

Luxación tras artroplastia de cadera

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

Cuando se disloca una prótesis de cadera, la “bola” de la nueva articulación se sale de su cavidad. Por lo general, usted se dará cuenta de que esto ha ocurrido. La pierna puede parecer más corta o estar girada de forma anormal; además, no podrá apoyar peso en ella ni moverla como lo haría normalmente. Es doloroso y aterrador, pero se puede volver a colocar en su sitio.

En algunos casos, la cadera no se sale por completo de la articulación; en su lugar, se desplaza parcialmente y luego vuelve a su posición. Esto se conoce como subluxación. Es posible que sienta un chasquido, un dolor agudo en la zona inguinal y la sensación de que la cadera es inestable o está a punto de ceder.

El dolor se localiza en la zona inguinal o en los glúteos, y puede extenderse por la parte frontal del muslo hasta la rodilla. Suele intensificarse cuando dobla demasiado la cadera, gira con el pie firmemente apoyado en el suelo o se inclina hacia adelante desde una silla baja. Levantarse del inodoro, sentarse en un sillón profundo o agacharse para recoger algo del suelo también pueden desencadenar el dolor. Entrar y salir del coche resulta complicado debido a la altura baja del asiento y a la torsión necesaria.

Por lo general, el dolor es peor por la noche, al girarse en la cama, o al despertar, después de haber permanecido inmóvil durante horas. Una vez que se levanta y comienza a moverse con cuidado, suele mejorar.

En el día a día, las actividades que resultan difíciles son aquellas que requieren flexiones profundas o cruzar las piernas: ponerse calcetines y zapatos, cortarse las uñas de los pies, sentarse en sillas bajas o arrodillarse en el jardín. Es posible que recurra a un bastón al aire libre, pues no confía en la estabilidad de su cadera en terrenos irregulares.

Si su cadera se ha dislocado más de una vez, es probable que empiece a evitar cualquier movimiento y a planificar cada desplazamiento según la ubicación de las sillas y pasamanos más cercanos. Esta precaución es muy común; vale la pena comentársela a su cirujano.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Su nueva articulación de cadera consiste en una “bola” que encaja en una “cavidad”. En una cadera normal, fuertes bandas de tejido alrededor de la articulación, junto con los músculos de la zona, mantienen esa bola firmemente en su lugar. Durante la operación, algunas de esas bandas se estiraron o se cortaron para acceder a la articulación; por eso necesitan tiempo y cuidado para sanar. Hasta que eso ocurra, la bola puede salirse de la cavidad si la pierna se dobla o gira en exceso.

La parte de la cavidad es un “copa” incrustada en la pelvis; la bola, por su parte, se sitúa en la parte superior del fémur. Esta copa está revestida por un borde liso que ayuda a retener la bola, algo similar a una junta que sella una tapa. Cuando todo está bien alineado, la bola permanece centrada incluso bajo carga. No obstante, si la copa y la bola están orientadas de forma que la bola queda menos cubierta, o si los músculos circundantes son débiles, la bola puede desplazarse por encima del borde y salirse. Eso es lo que se conoce como dislocación; explica por qué ciertos movimientos, como la flexión profunda o girar con el pie fijo en el suelo, la provocan.

Algunas caderas presentan mayor riesgo que otras. Si su prótesis se colocó tras una fractura de cadera, si padece alguna enfermedad que afecte el equilibrio o la postura, como la enfermedad de Parkinson, o si ha sido sometido a una cirugía de fusión vertebral en la zona lumbar, la articulación cuenta con menos protección natural. Lo mismo ocurre en caderas en las que lesiones o intervenciones previas debilitaron los músculos externos. Su cirujano tiene todo esto en cuenta al planificar la operación; existen distintos tipos de prótesis y técnicas quirúrgicas que aumentan la estabilidad de la articulación cuando el riesgo es mayor.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de cadera en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su situación. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En esa consulta, tomamos su historia clínica, lo examinamos y programamos estudios de imagen cuando resultan necesarios.

El primer paso tras una dislocación es volver a colocar la cadera en su posición. Después, analizamos qué factores hacen que su cadera sea inestable y determinamos qué opciones son adecuadas para usted.

Normalmente probamos primero el tratamiento no quirúrgico: modificar sus patrones de movimiento y realizar fisioterapia para fortalecer los músculos que mantienen la cabeza femoral dentro de la cavidad acetabular. Le damos tiempo suficiente a este tratamiento antes de considerar la cirugía.

Para el dolor que pueda surgir durante este proceso, los analgésicos y antiinflamatorios sencillos pueden ayudarle a mantenerse cómodo y seguir moviéndose. Le explicaremos cuáles son las opciones más adecuadas para usted.

Si la cadera sigue dislocándose a pesar de todo esto, se considera la cirugía. Existen dos vías principales. Una consiste en revisar la prótesis, es decir, cambiar algunas o todas sus partes para aumentar la estabilidad de la articulación. Una opción es el uso de una copa articular con dos superficies móviles, conocida como “copa de doble movilidad”, que brinda mayor sujeción a la cabeza femoral. La otra vía se aplica cuando la primera prótesis

implantada fue solo parcial, tras una fractura de cadera: consiste en convertirla en una prótesis total de cadera. Ambas intervenciones son más complejas que la primera, y le explicaremos los riesgos incrementados antes de que tome cualquier decisión. Se trata de una decisión compartida, tomada conjuntamente con usted.

También es importante el lugar donde se realiza la operación. Trabajamos en un hospital con amplia experiencia en este tipo de cirugías; la evidencia científica indica que las tasas de dislocación disminuyen cuando tanto el cirujano como el hospital realizan un volumen elevado de reemplazos de cadera.

Si su primera prótesis se implantó por la parte posterior de la cadera, seguir un programa de fisioterapia estructurado y temprano reduce la probabilidad de que vuelva a dislocarse. Y si la cirugía es una opción viable para usted, adaptamos el procedimiento a su propia cadera, a sus riesgos individuales y a sus necesidades específicas, pues no existe un único método que sirva para todos.

Qué esperar

En la mayoría de los casos, una cadera que se disloca una vez no vuelve a hacerlo. Se vuelve a colocar la cadera en su posición, los tejidos circundantes sanan y, con los cuidados adecuados, la articulación se estabiliza. Muchas personas nunca experimentan una segunda dislocación. No obstante, en algunos casos la cadera vuelve a salirse; una cadera que se ha dislocado varias veces tiene mayor probabilidad de seguir haciéndolo sin tratamiento adicional.

La probabilidad de que esto ocurra depende de cada cadera en particular. Para la mayoría de las personas sometidas a su primera prótesis de cadera, el riesgo de dislocación en los 2 años siguientes es del 3,5 %. Si la prótesis se implantó tras una fractura de cadera, el riesgo es mayor: aproximadamente 1 de cada 20 pacientes experimenta una dislocación en el primer año. Como ya se mencionó, las caderas también presentan mayor riesgo tras una cirugía de fusión espinal o en personas con enfermedades como el Parkinson.

Si la cadera sigue dislocándose, la cirugía para estabilizarla suele ser eficaz. Al modificar los componentes de la prótesis para que la “bola” quede más firmemente sujeta, se evita cualquier nueva dislocación en el 91 % de los pacientes cuya cadera era inestable. Esta es la realidad: la mayoría de las caderas se corrigen mediante una cirugía adicional, aunque no todas.

Dejar una cadera inestable no es una buena opción. Una articulación que se disloca repetidamente daña los componentes de la prótesis y el hueso circundante, además de desgastar el cartílago que aún queda en la articulación. Con el tiempo, esto provoca rigidez, dolor y artritis, y dificulta cualquier intervención quirúrgica posterior. Cuanto más tiempo permanezca la cadera fuera de su posición, más complicado resulta lograr un buen resultado al volverla a colocar.

En resumen: una sola dislocación, tratada a tiempo y seguida de precauciones razonables y ejercicios de fortalecimiento, suele estabilizarse y permanecer así. Las dislocaciones repetidas rara vez se resuelven por sí solas; requieren una evaluación adecuada y, con frecuencia, cirugía adicional. Si evita moverse, planifica su día en torno a sillas y pasamanos, o le preocupa que la cadera vuelva a dislocarse, hable con su cirujano. Es importante actuar a tiempo, antes de que la cadera o su confianza se vean aún más afectadas.

Cuándo consultar a un especialista

Si su cadera se ha dislocado, requiere atención inmediata. Acuda a urgencias si no puede apoyar peso en la pierna, si esta parece más corta o está girada de forma anormal, o si el dolor es intenso y la cadera no se mueve. Es necesario volver a colocar la cadera en su posición lo antes posible; cuanto más tiempo permanezca dislocada, más difícil será hacerlo. Solicite una evaluación urgente por parte de un especialista si siente un “chasquido” y un dolor agudo en la ingle, pero la cadera vuelve a su sitio por sí sola, o si la cadera se ha dislocado en más de una ocasión. Informe también a su cirujano si experimenta entumecimiento, hormigueo o debilidad al mover el pie o el tobillo, ya que el nervio que discurre por la parte posterior de la pierna podría verse afectado.