

# ABORDAJE DIRECTO SUPERIOR DE CADERA

Dr. Francisco Soler Valero

**MBA**° INSTITUTE



Dr. Francisco Soler Valero

Traumatólogo especialista en cirugía compleja de cadera y rodilla CEO Clínica Traumatología Soler

### ABORDAJE DIRECTO SUPERIOR DE CADERA. TÉCNICA QUIRÚRGICA © 2023

Dr. Francisco Soler Valero

Diseño: Departamento de marketing MBA SURGICAL EMPOWERMENT

Ilustraciones: Alicia Fernández Gálvez

Impresión: Cízero Digital

Depósito Legal:

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro pueden reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin el previo permiso escrito de sus autores.

# **MBA** INSTITUTE

Desde MBA Institute queremos agradecer al Dr. Francisco Soler Valero su colaboración e implicación a la hora de desarrollar esta guía quirúrgica.

# **INTRODUCCIÓN**

Las artroplastias de cadera son uno de los procedimientos más habituales entre las cirugías de ortopedia y traumatología, cuyo principal objetivo es devolver la máxima calidad de vida posible al paciente. Con el aumento de la esperanza de vida y la creciente incidencia de coxartrosis, se espera que en los próximos años las intervenciones de recambio protésico sean cada vez más frecuentes<sup>1-3</sup>.

Los principales objetivos de la cirugía son la reducción del dolor, que suele resultar incapacitante para el paciente, y la recuperación de funcionalidad de la articulación. Con unos resultados generales de satisfacción favorables, los pacientes suelen experimentar una reducción significativa del dolor que les permite caminar y retomar actividades diarias que les resultaban imposibles debido a su patología<sup>3</sup>.

Actualmente, las artroplastias totales de cadera pueden realizarse mediante una amplia variedad de abordajes quirúrgicos. La elección entre uno y otro depende de múltiples factores, como las características del paciente y la patología. Sin embargo, debido a la ausencia de unas directrices científicas consensuadas, el motivo determinante suele ser la preferencia del cirujano<sup>2</sup>.

Dados los buenos resultados que tiene asociados, el abordaje posterolateral sigue considerándose el estándar de oro. Proporciona una muy buena exposición femoral intraoperatoria sin diseccionar los músculos abductores, y resulta sencillo de dominar para el cirujano. Sin embargo, y aunque la diferencia entre unos y otros es cada vez menor, sigue contando con las mayores tasas de luxación postoperatoria entre los distintos abordajes de artroplastias de cadera<sup>4</sup>.

Al igual que en el resto de los campos de la cirugía, los procedimientos mínimamente invasivos han comenzado a generar un interés creciente en ortopedia, al permitir reducir el tamaño de las incisiones y minimizar el daño tisular manteniendo la viabilidad de la intervención.

Con ello, en nuestra práctica clínica habitual empleamos el abordaje directo superior. Desarrollado recientemente como una modificación del abordaje posterolateral, se considera una alternativa emergente mínimamente invasiva al garantizar un menor daño en tejidos blandos y requerir una menor desinserción muscular, ya que conserva la banda iliotibial, el músculo cuadrado femoral y el tendón del músculo obturador externo. Esto resulta en una mayor estabilidad articular y un bajo riesgo de luxación. Con esta técnica se aprecia un menor sangrado intraoperatorio, y por lo consiguiente unas menores tasas de transfusión sanguínea. Algunos autores la han asociado con una deambulación temprana que podría relacionarse directamente con sus bajas tasas de complicaciones postoperatorias<sup>5–7</sup>.

Además de sus ventajas clínicas, es un abordaje altamente reproducible dada su corta curva de aprendizaje. Al ser la ventana superior del abordaje posterolateral, el cirujano cuenta con la seguridad de poder ampliar el abordaje en cuestión de segundos en el caso de no contar con una visualización aceptable o ante la aparición de complicaciones<sup>5</sup>.

Por estos motivos, consideramos de interés la difusión de esta técnica quirúrgica. Esperamos que os sea de utilidad y se pueda implementar en otros centros hospitalarios.

Francisco Soler Valero

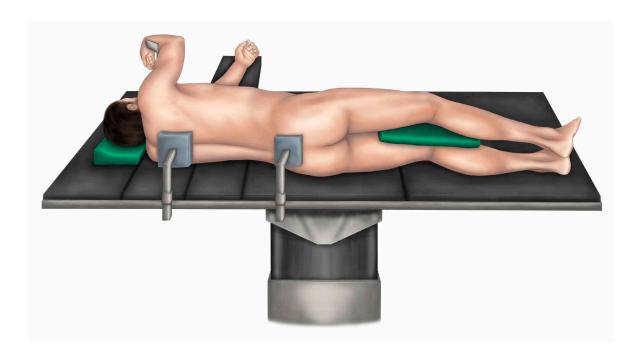
# **DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA**

## Posicionamiento del paciente

El paciente es colocado en decúbito lateral, situándole en el tercio anterior de una mesa ortopédica estándar para facilitar la aducción de la extremidad a operar.

Se utiliza un soporte plano a nivel de la rodilla contralateral para mantener el miembro operado en rotación externa, con una posición 40-40-40 de flexión, rotación interna y abducción.

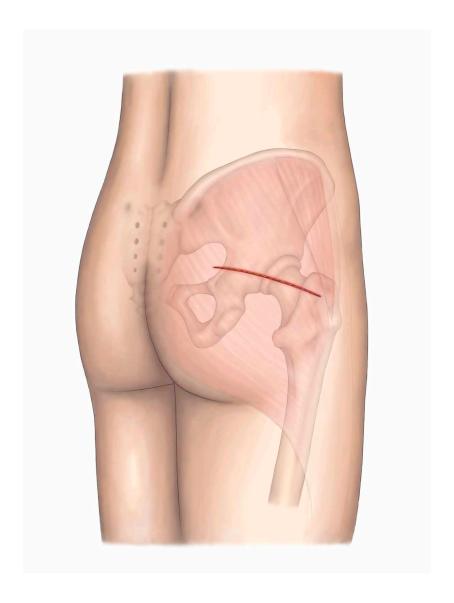
El campo quirúrgico se prepara incluyendo únicamente la extremidad a intervenir. En esta posición se puede controlar la discrepancia de los miembros tomando como referencia ambas rodillas, así como la extensión de la cadera a intervenir.



### Incisión cutánea

Para comenzar, se marca en la piel de la extremidad a intervenir una línea longitudinal desde el trocánter mayor hasta la mitad del fémur. A continuación, a un través de dedo y por debajo del trocánter mayor, se traza una línea perpendicular a la línea longitudinal.

La incisión ha de partir del vértice posterosuperior del trocánter mayor en una dirección de 45°, extendiéndose aproximadamente 6 cm hacia el extremo proximal y 2 cm hacia el extremo distal.

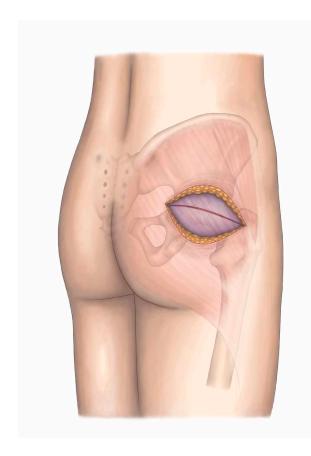


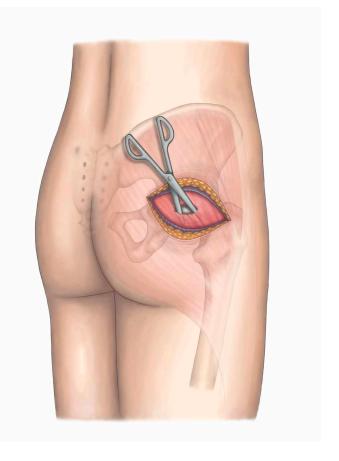
### **Disección inicial**

Se realiza una disección inicial del plano subcutáneo, siguiendo la misma línea de la incisión cutánea, hasta conseguir visualizar la fascia del músculo tensor de la fascia lata. Se puede emplear un anillo retractor de tejidos blandos para facilitar el acceso.

Se lleva a cabo una incisión longitudinal de la fascia del glúteo mayor, en línea con las fibras musculares del mismo.

Las fibras musculares del glúteo se separan a lo largo de su eje longitudinal y en dirección anterior mediante disección roma, con el objetivo final de localizar el tendón del músculo piriforme. Para ello, se introduce una tijera quirúrgica y se abren sus hojas, sin realizar ningún corte.





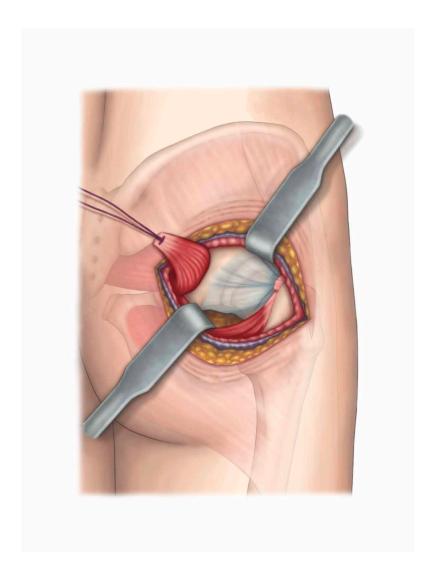
# Desarrollo del plano y visualización de la cápsula

Se desarrolla el plano entre los músculos glúteo menor y piriforme. Para facilitar el proceso, se apoya un retractor de Hoffman curvo largo sobre el techo acetabular y se ancla otro retractor en el borde inferior del cuello femoral.

En el fondo de este plano podremos encontrar el tendón del músculo piriforme. Debido a las diferencias anatómicas entre pacientes, hay variabilidad en cuanto a su disposición e inserción, que puede ser conjunta con el gémino superior.

Tras referenciar con una sutura el tendón del piriforme se desinserta o se retrae, dependiendo de la anatomía del paciente. En ambos casos, se sutura al tejido subcutáneo en el extremo posterior de la incisión.

Se realiza una capsulotomía en forma de T, y con la ayuda de un periostotomo se desarrollan los planos capsulares anterior y posterior. En el borde anterior acetabular se sitúa un elevador perióstico largo y curvo, mientras que en el borde superior del cuello femoral se posiciona un elevador perióstico recto. Ambos planos se referencian con suturas.



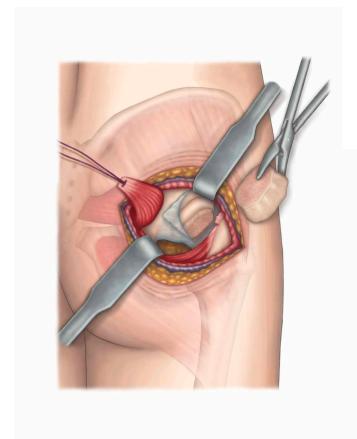
### Osteotomía

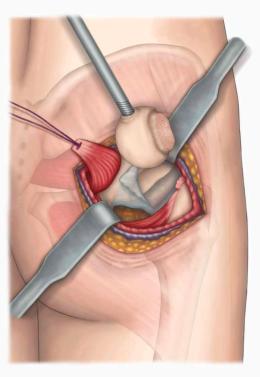
En los pacientes con coxa valga, se expone el cuello femoral y se procede a realizar una osteotomía clásica.

Por otro lado, en los pacientes con coxa vara, se efectúa una luxación posterior de la cabeza femoral con respecto al acetábulo. Tras esto, y debido al reducido tamaño del abordaje, se realiza una doble osteotomía.

En un primer paso se realiza el corte distal, a partir del que se planificado la altura de la prótesis, y se retira el disco de hueso obtenido.

A continuación, se lleva a cabo el corte proximal, aproximadamente un centímetro por encima del distal, y se retira la cabeza femoral.



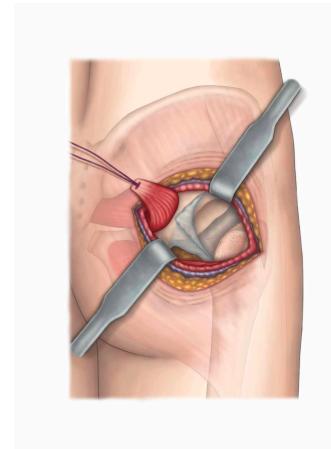


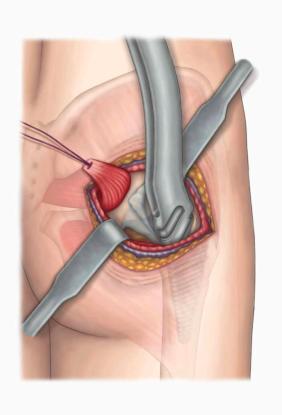
# Trabajo del canal femoral

Se sitúa un elevador curvo de doble rama de Hoffmann por debajo del cuello femoral, a la altura del calcar, y un segundo elevador en el trocánter mayor.

Con el fin de conseguir una buena exposición del cuello femoral se rota el miembro intervenido, colocándolo en una posición 40-40-40. Para ello apoyamos el pie del paciente, con la rodilla por debajo, en el soporte plano que posicionamos al comienzo de la cirugía.

Con la ayuda de un instrumento romo y curvo se localiza el canal femoral, que se raspa progresivamente con la ayuda de un porta-raspas sin offset hasta conseguir una buena estabilidad. Se deja la raspa en el canal femoral para asegurar un fémur macizo y evitar fracturas quirúrgicas.





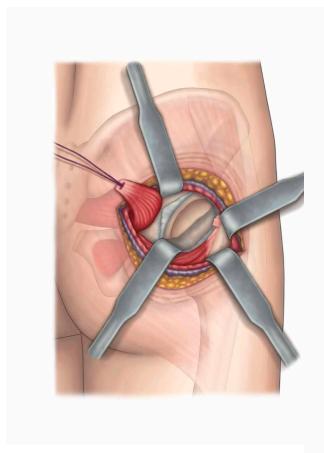
## Tiempo acetabular

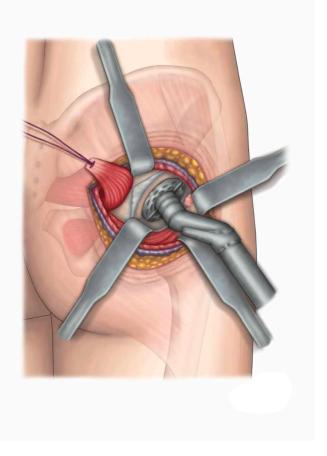
Gracias a la referencia de la cápsula posterior con una sutura, se retrae la misma hasta el tendón del isquion, donde se fija un pin de Steinmann. El objetivo es lograr una correcta visualización de la pared posterior del acetábulo. A continuación, se fija un segundo pin de Steinmann en el techo acetabular.

Se coloca un separador de doble rama en la ceja anterior del acetábulo, separando el fémur proximal y visualizando la parte anterior del cotilo. A continuación, se sitúa un separador en forma de T en el ligamento transverso.

Aunque el acetábulo se regulariza y fresa de acuerdo con las preferencias del cirujano, ha de realizarse con un brazo de fresado con un offset de 45°, siendo este el paso clave de la técnica quirúrgica.

Tras el fresado y la medición del cotilo, se procede a la impactación definitiva. Atendiendo al espacio disponible, se emplea un impactador estándar o con offset.

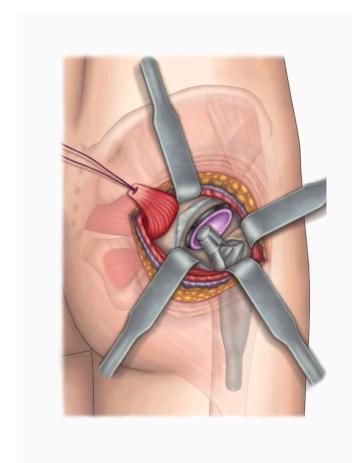


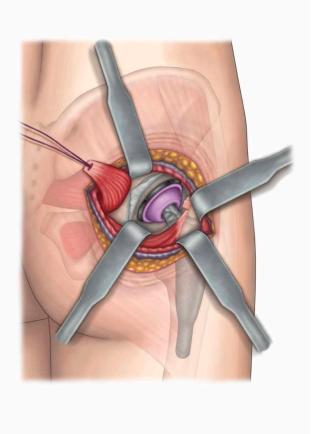


# Reducción

Utilizando los implantes de prueba, se realiza una reducción preliminar. Se comprueba la estabilidad, la posible discrepancia en la longitud de ambos miembros y la tensión muscular.

Si se valora como correcta la prótesis de prueba, se lleva a cabo la implantación definitiva del vástago y la cabeza acetabular.





# Cierre de la incisión

La fascia se cierra con puntos sueltos o con sutura continua. Para finalizar, se suturan los planos subcutáneos y la piel mediante una sutura intradérmica.



### **Bibliografía**

- Shichman, I. et al. Projections and Epidemiology of Primary Hip and Knee Arthroplasty in Medicare Patients to 2040-2060. JBJS Open Access 8, (2023).
- Sheahan, W. Elective Total Hip Arthroplasty: Which Surgical Approach Is Optimal? Fed. Pract. (2022). doi:10.12788/fp.0234
- Schwartz, C. E., Rapkin, B. D., Sniderman, J. & Finkelstein, J. A. Appraisal and patient-reported outcomes following total hip arthroplasty: a longitudinal cohort study. *J. Patient-Reported Outcomes* 6, 93 (2022).
- Koster, M., Luzier, A. D., Temmerman, O. P., Vos, S. J. (CJ) & Benner, J. L. How do dislocation rates differ between different approaches to total hip arthroplasty? A systematic review and meta-analysis. *J. Orthop. Trauma Rehabil*. 221049172211476 (2023). doi:10.1177/22104917221147688
- Barrett, A. A., Ezzibdeh, R. M., Horst, P. K., Roger, D. J. & Amanatullah, D. F. Direct Superior Approach to the Hip for Total Hip Arthroplasty. *JBJS Essent. Surg. Tech.* 9, e17 (2019).
- Kayani, B., Konan, S., Chandramohan, R. & Haddad, F. S. The direct superior approach in total hip arthroplasty. *Br. J. Hosp. Med.* 80, 320–324 (2019).
- Ezzibdeh, R. M. et al. Short-Term Safety of the Direct Superior Approach for Total Hip Arthroplasty. Surg. Technol. Int. 36, 317–322 (2020).

# **Notas**





Avda. Jardín Botánico 1345. Silos del Intra 33203 Gijón. España T: +34 985 195 505 F: +34 985 373 452

www.mbainstitute.eu

Colabora

