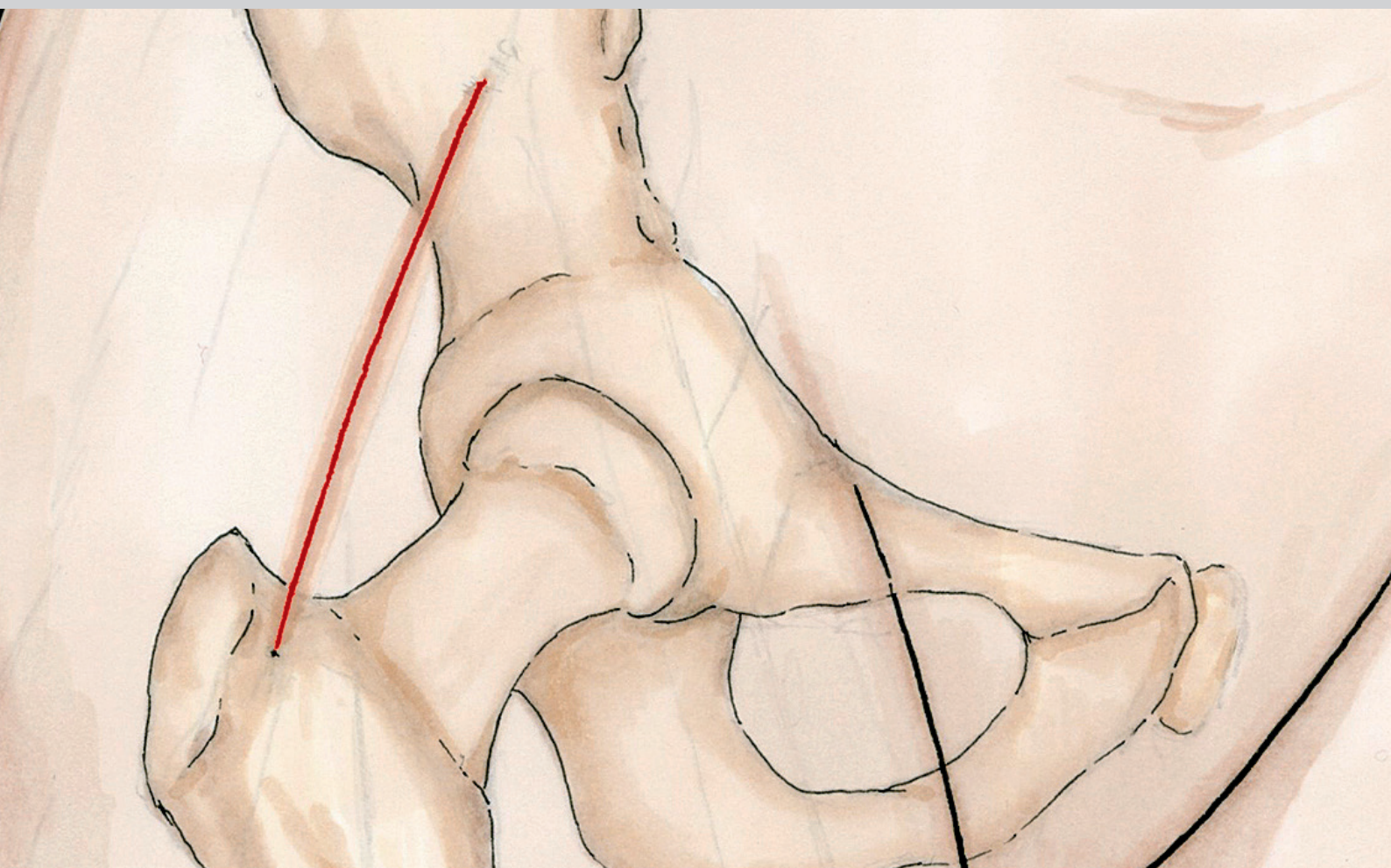


Técnica Quirúrgica

ABORDAJE ANTERIOR DE CADERA

Dr. Óscar Gayoso Rey





Dr. Óscar Gayoso Rey

Médico especialista en cirugía ortopédica y traumatología
Hospital San Rafael de A Coruña

ABORDAJE ANTERIOR DE CADERA. TÉCNICA QUIRÚRGICA © 2019

Dr. Óscar Gayoso Rey

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. Óscar Gayoso Rey su colaboración e implicación a la hora de desarrollar esta guía quirúrgica.

 **EVOLUTIONERS**
HIP RESEARCH GROUP

Evolutioners es un grupo de estudio de cirugía de cadera coordinado por MBA Institute.

Estimado colega:

Como bien sabes, la artroplastia total de cadera es uno de los procedimientos que los cirujanos ortopédicos realizamos de modo más frecuente. De hecho, y aunque hay grandes variaciones entre grupos de edad, sexos o razas, se estima que entre un 5% y un 10% de la población general adulta presenta signos radiológicos de coxartrosis primaria¹. Sin embargo, como la relación entre tales hallazgos y la sintomatología es variable, la prevalencia de artrosis de cadera sintomática supera el 3% de la población adulta en los países occidentales².

Aunque la tasa de satisfacción de los pacientes con los resultados de este tipo de cirugía suele ser muy alta, el reemplazo protésico de cadera no está exento de complicaciones como las luxaciones tempranas, la aparición de cojera, la debilidad de la musculatura abductora o la infección. Esto, unido a la alta prevalencia de la coxartrosis, hace que no podamos relajarnos en nuestro empeño de mejorar constantemente nuestros resultados.

Existen muchos enfoques para avanzar en este campo, pero el objetivo de este trabajo es centrarse en la vía de abordaje a utilizar.

Históricamente, los abordajes más utilizados han sido el anterior, el posterolateral y el anterolateral. Aunque cada uno de ellos suele asociarse con ciertas ventajas e inconvenientes, no existe una evidencia científica clara al respecto y la decisión suele estar más bien relacionada con las preferencias de cada cirujano.

El abordaje posterolateral (Moore) es el más utilizado. Posiblemente sea el más fácil de realizar y ello reduce el tiempo quirúrgico. Permite una buena visión del fémur y no precisa la disección de los músculos abductores, lo que facilita la marcha. A cambio, ofrece una visión acetabular limitada y se ha asociado a una mayor incidencia de luxación. Woo y Morrey³, tras analizar 10.500 artroplastias realizadas en la Clínica Mayo, demostraron diferencias significativas en la tasa de luxación al comparar el abordaje posterolateral (5,8%) con el transtrocanterico (2,3%). No obstante, hoy en día esa diferencia ha dejado de ser estadísticamente significativa por el uso de cabezas de mayor diámetro y por la reconstrucción capsular y de los rotadores externos.

El abordaje anterolateral (Hardinge) permite una buena exposición del acetábulo (lo que facilita la orientación del cotilo, minorando el riesgo de luxación) y reduce el riesgo de lesión al nervio ciático. Sin embargo, algunos autores han observado mayores problemas de cojera con este tipo de abordajes, ya que se realiza a través del aparato abductor y hay más posibilidades de dañar el glúteo mediano y el nervio glúteo superior. Ramesh y cols.⁴ analizaron a 81 pacientes operados por la vía original de Hardinge y constataron que, a las dos semanas del postoperatorio, 19 (23%) de ellos presentaban denervación glútea y signo de Trendelenburg positivo. A los nueve meses, en 9 (11%) de ellos persistían la denervación y los problemas en la marcha.

El abordaje anterior se ha venido popularizando en los últimos tiempos. Es el único que se realiza a través de un plano intermuscular e internervioso, presentando una serie de ventajas:

- El paciente se encuentra en decúbito supino por lo que la disimetría se puede evaluar directamente.
- Se puede hacer control radiológico intraoperatorio.
- Dado que lo único que se secciona es la cápsula anterior, la tasa de luxación parece inferior a los otros abordajes (de entre el 0,6% y el 1,3%).

Sin embargo, el abordaje anterior puede ser técnicamente más demandante (lo que implica una mayor curva de aprendizaje) y requiere de instrumentación quirúrgica específica. En cuanto a las complicaciones, la menor incisión quirúrgica puede hacer que haya una mayor incidencia de fracturas intraoperatorias (principalmente, durante la curva de aprendizaje) y la región utilizada hace que se reporten algunas lesiones del nervio fémoro-cutáneo (0,2% en la serie de Siguier y cols.⁵).

En nuestro centro venimos realizando el abordaje anterior desde el año 2014. En este tiempo hemos operado más de 300 casos y nos hemos visto sorprendidos por la rápida recuperación de los pacientes y por el bajo índice de complicaciones (luxación en menos del 0,5% de los casos, lesión persistente del nervio fémoro-cutáneo por debajo del 1% y una tasa de fracturas intraoperatorias del 4% en los 100 primeros casos e inferior al 1% en los siguientes). Es destacable que observamos un alto porcentaje de pacientes que se "olvidan" en su vida diaria de que portan una prótesis de cadera (resultados ya observados en estudios como el de Ozaki⁶).

Por estos motivos, nos hemos animado a hacer una descripción detallada de la técnica que seguimos en nuestro hospital. Esperamos que os sea de utilidad.



Óscar Gayoso Rey

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Posicionamiento del paciente

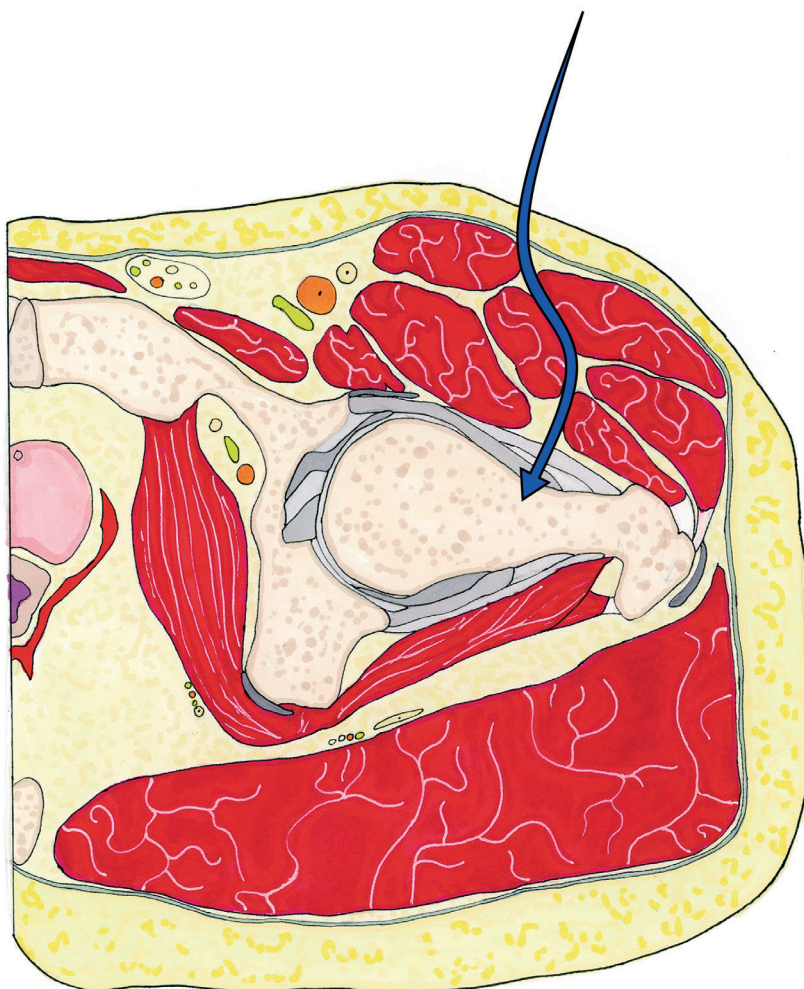
El paciente es colocado en decúbito supino en una mesa ortopédica estándar.

Se utiliza un soporte plano al nivel de la rodilla contralateral para mantener el miembro operado en rotación externa.

El brazo ipsilateral se coloca sobre el pecho con ayuda de un soporte o de una cincha.

El campo quirúrgico se prepara incluyendo las dos extremidades inferiores, ya que la pierna contralateral ha de movilizarse para permitir la rotación externa y la extensión de la cadera a intervenir.

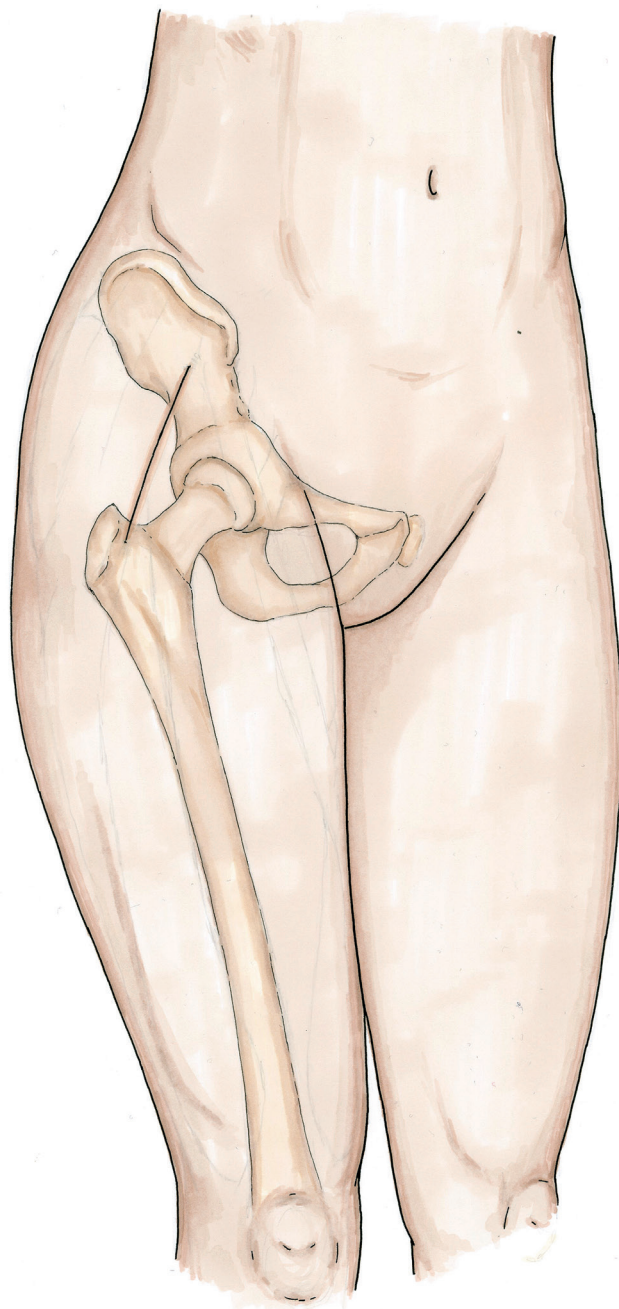
La figura muestra la trayectoria general y los planos que habremos de separar para realizar el abordaje anterior directo.



Incisión

Existen dos opciones para realizar la incisión inicial:

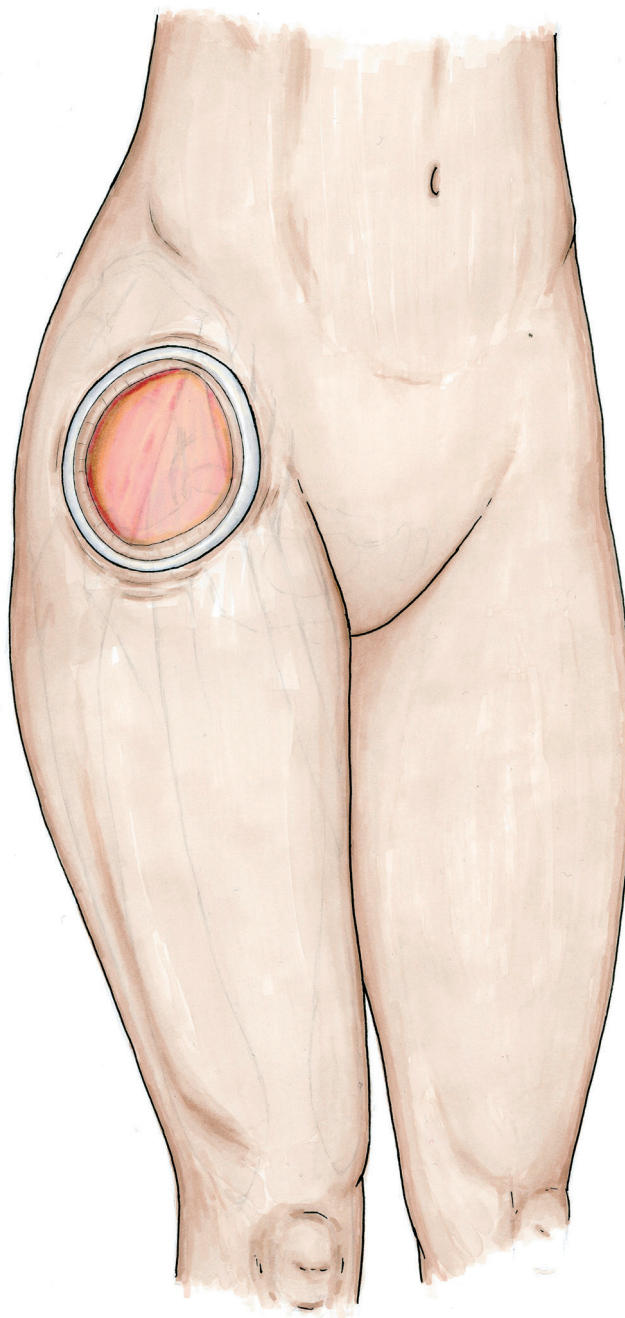
- Incisión estándar: Comenzando alrededor de 2 centímetros posterior y distal con respecto a la espina iliaca anterosuperior, se extiende distalmente entre 8 y 10 centímetros.
- Incisión modificada: Parte del mismo punto, pero sigue un trayecto oblicuo hacia posterior y hasta 5 centímetros distal al trocánter mayor. Esto permite abordar más cómodamente el tercio proximal del fémur en caso de fractura intraoperatoria del mismo.



Disección inicial

Se realiza una disección del plano subcutáneo hasta visualizar la fascia del músculo tensor de la fascia lata.

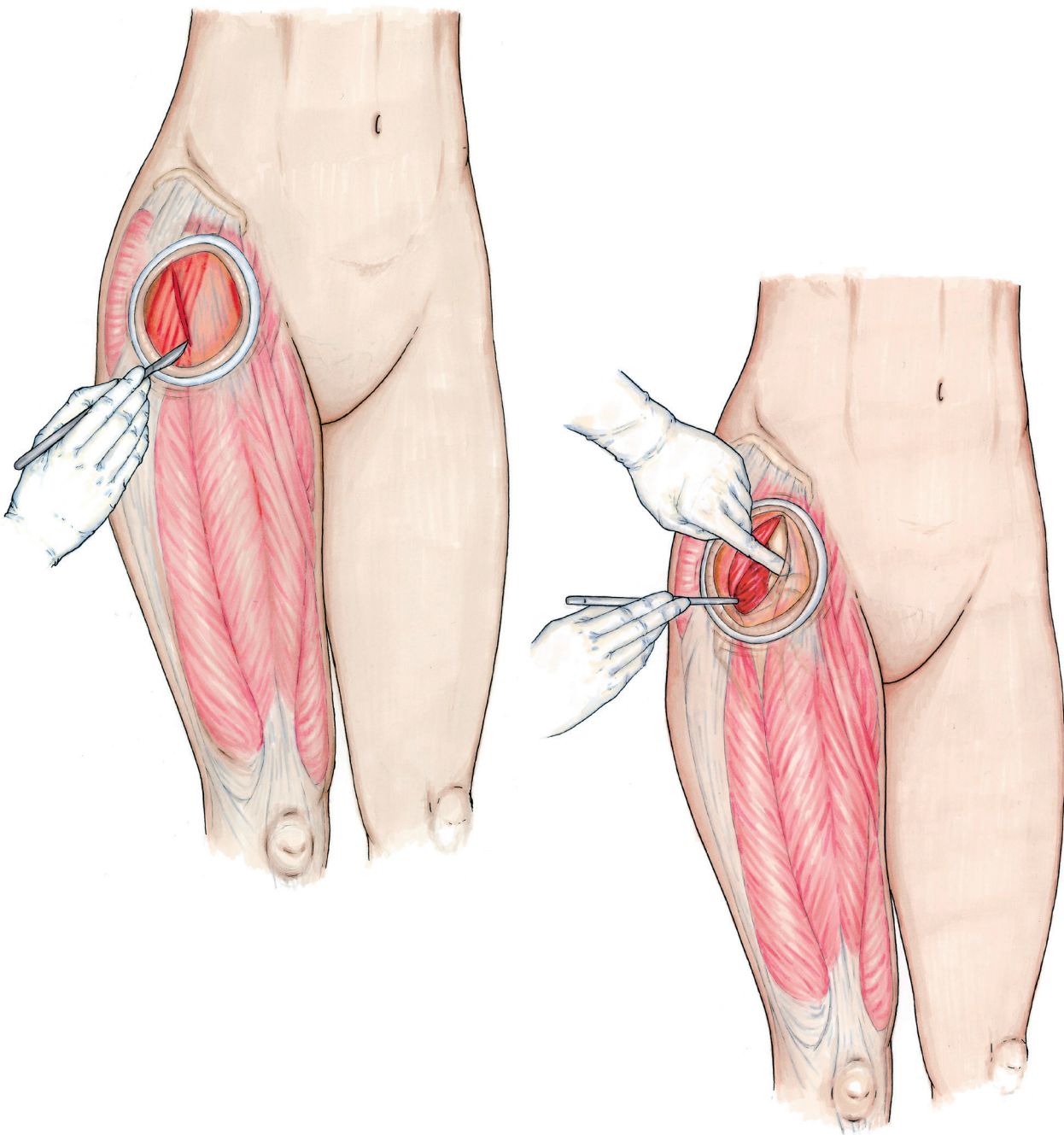
Para facilitar la cirugía, es posible utilizar un anillo retractor de tejidos blandos.



Incisión de la fascia

Se lleva a cabo una incisión longitudinal de la fascia del músculo tensor de la fascia lata, comenzando un centímetro anterior a la fascia lata.

Mediante disección roma (hacia anterior) se separa la fascia del músculo (Tensor de la Fascia Lata) hasta localizar el intervalo con el músculo Sartorio.

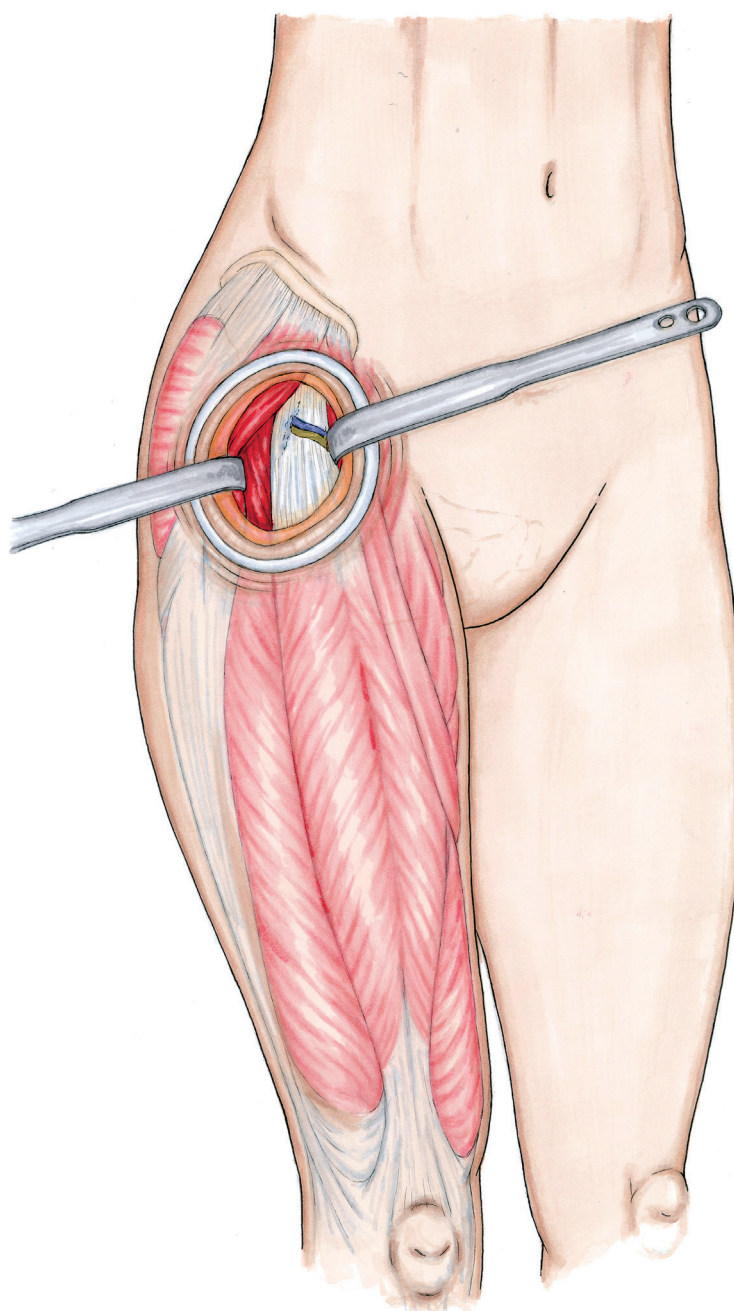


Desarrollo del plano

A continuación, se desarrolla el plano entre el músculo tensor de la fascia lata (separándolo hacia lateral) y el músculo sartorio (hacia medial).

Para ello nos ayudaremos de un retractor de Hoffmann curvo largo apoyado en el aspecto lateral del trocánter mayor y de otro retractor anclado en el borde superior de la fascia.

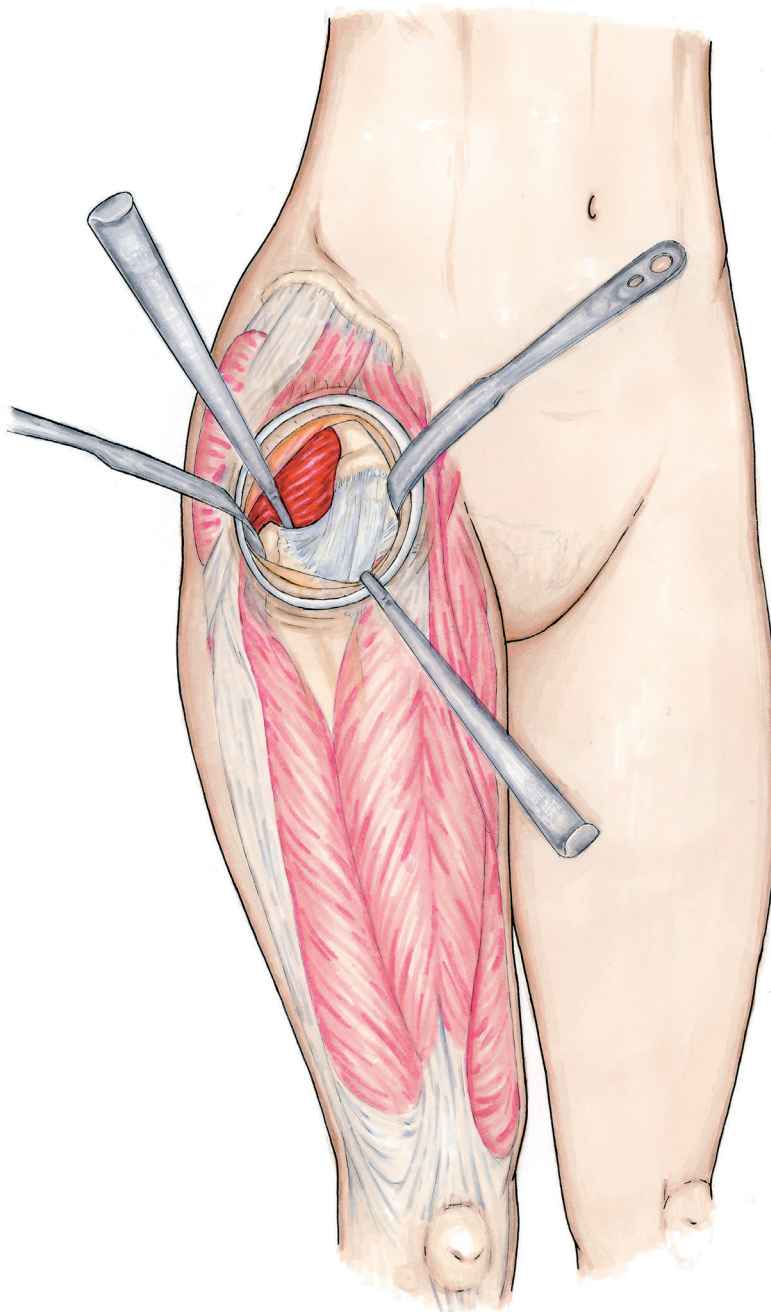
En el fondo de este plano, concretamente en la fascia situada entre el músculo recto anterior y el glúteo medio, nos encontramos con la rama ascendente de la arteria femoral circunfleja externa. Según la preferencia del cirujano, se procederá a ligarla o a coagularla.



Visualización de la cápsula

Se abre la aponeurosis entre el recto anterior y el glúteo medio y se objetiva la grasa precapsular, que se puede reseca en caso de que sea hipertrófica.

Un separador recto de Hoffmann es situado en el borde inferior del cuello femoral. Con la ayuda de un periostotomo se desarrolla el plano capsular anterior y el superior, donde se situarán otros elevadores periósticos (largo y curvo en el borde anterior acetabular; recto en el borde superior del cuello femoral).

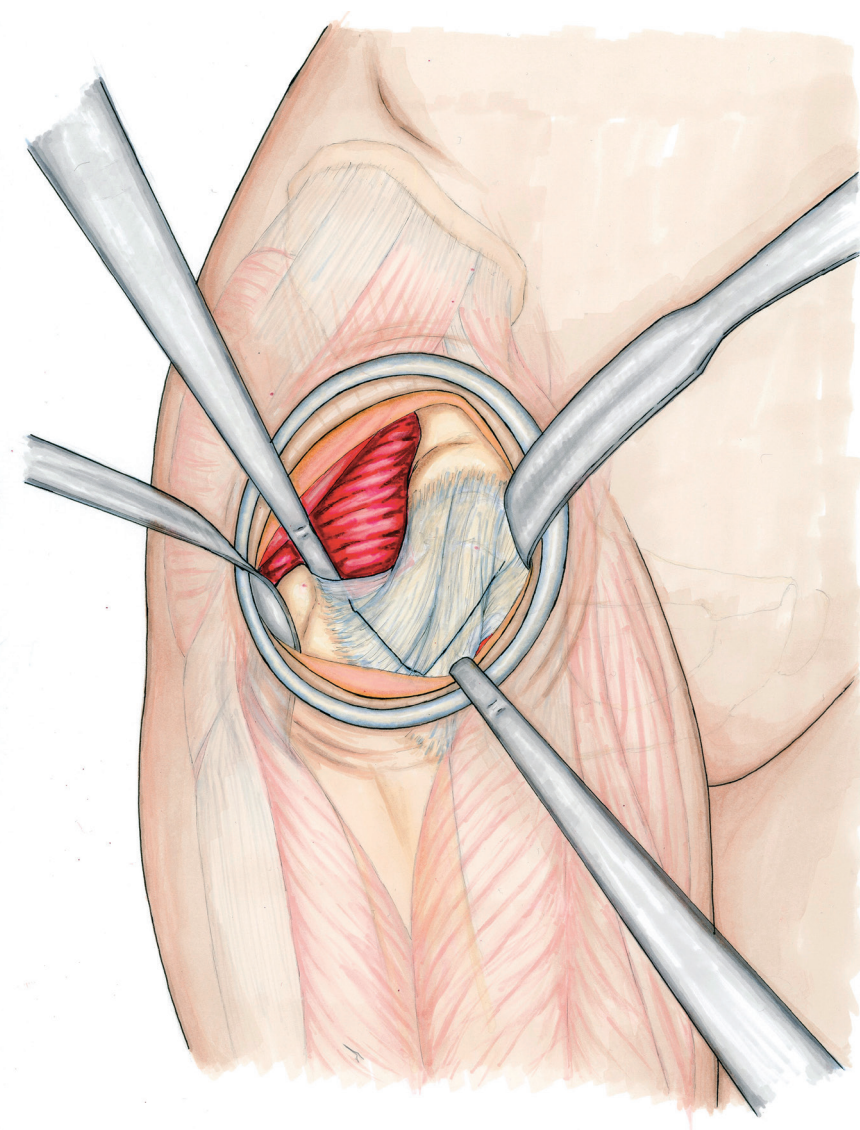


Trabajo capsular

Se lleva a cabo la capsulotomía en forma de T invertida. La capsulectomía se realiza de acuerdo con las preferencias personales del cirujano.

Los separadores inferior y superior se reposicionan hacia el interior de la cápsula.

Se libera la cápsula distalmente hasta que sea posible visualizar (o palpar) el trocánter menor. Proximalmente se libera hasta que sea posible palpar la cara medial del trocánter mayor.



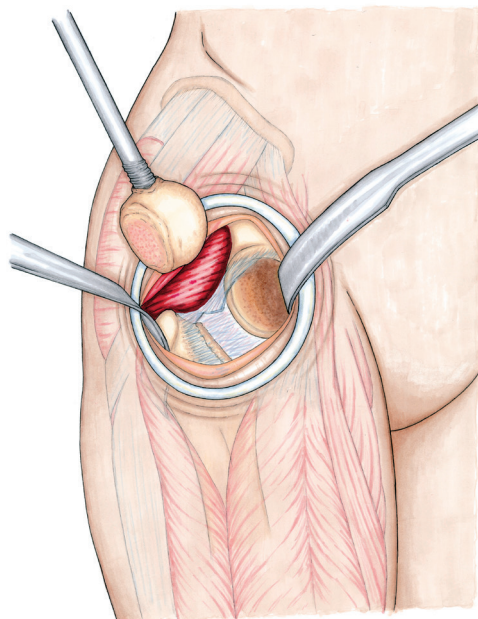
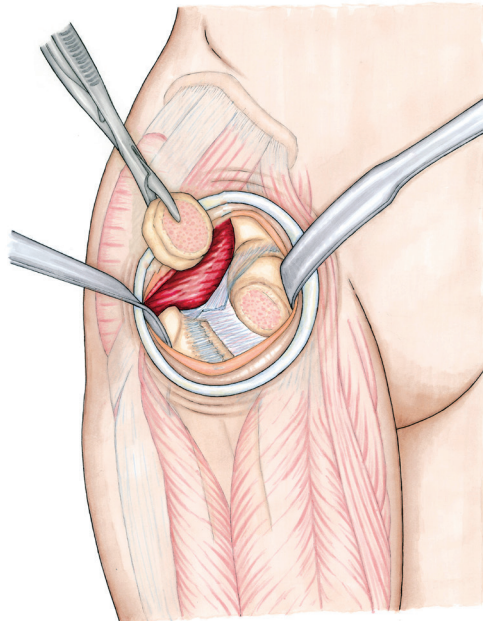
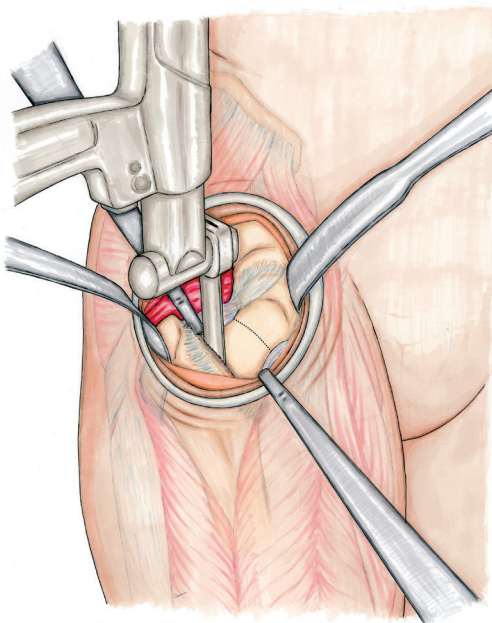
Osteotomía

Dado el reducido tamaño del abordaje, se realiza una doble osteotomía.

Se comienza por el corte distal, pues es a partir del cual se ha planificado previamente la altura de la prótesis.

Posteriormente se lleva a cabo el corte proximal, que se realizará aproximadamente un centímetro por encima del distal.

Se retira el disco de hueso obtenido y se extrae la cabeza femoral.



Trabajo acetabular

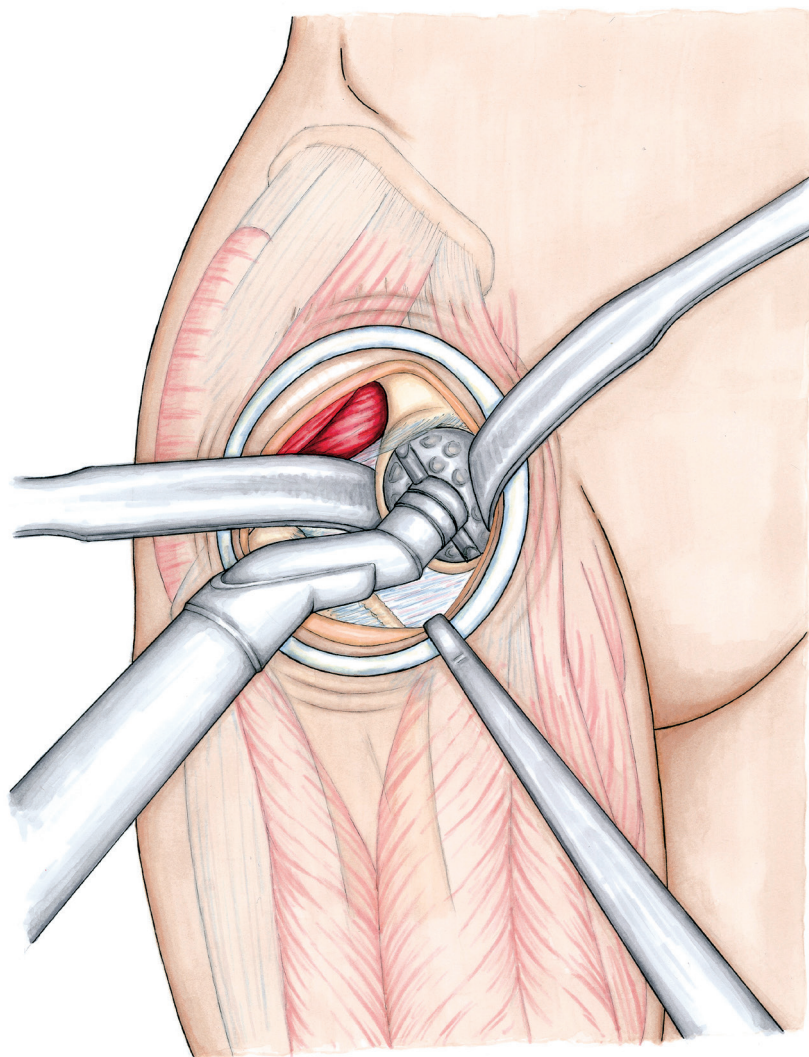
Se coloca un separador de doble rama en la ceja posterior del acetábulo mientras mantenemos el separador anterior en su posición. Tras ello, se realiza la exéresis del labrum y de los tejidos periacetabulares.

Se puede fijar un pin de Steinmann en el borde superior del acetábulo a modo de separador y un retractor curvo en el borde inferior acetabular.

Se regulariza y fresa el acetábulo de acuerdo a la técnica quirúrgica preferida por cada cirujano. El abordaje anterior requiere del uso de un brazo de fresado con offset. En nuestras manos, resulta más cómodo situar la fresa en el acetábulo y conectar después el motor a la misma.

Una vez fresado y medido el tamaño del cotilo, se procede a su impactación definitiva utilizando un impactador, que será estándar o con offset en función del espacio disponible.

En el abordaje anterior directo se recomienda dar al cotilo una inclinación de entre 35° y 45°, así como una anteversión de entre 5° y 10°.

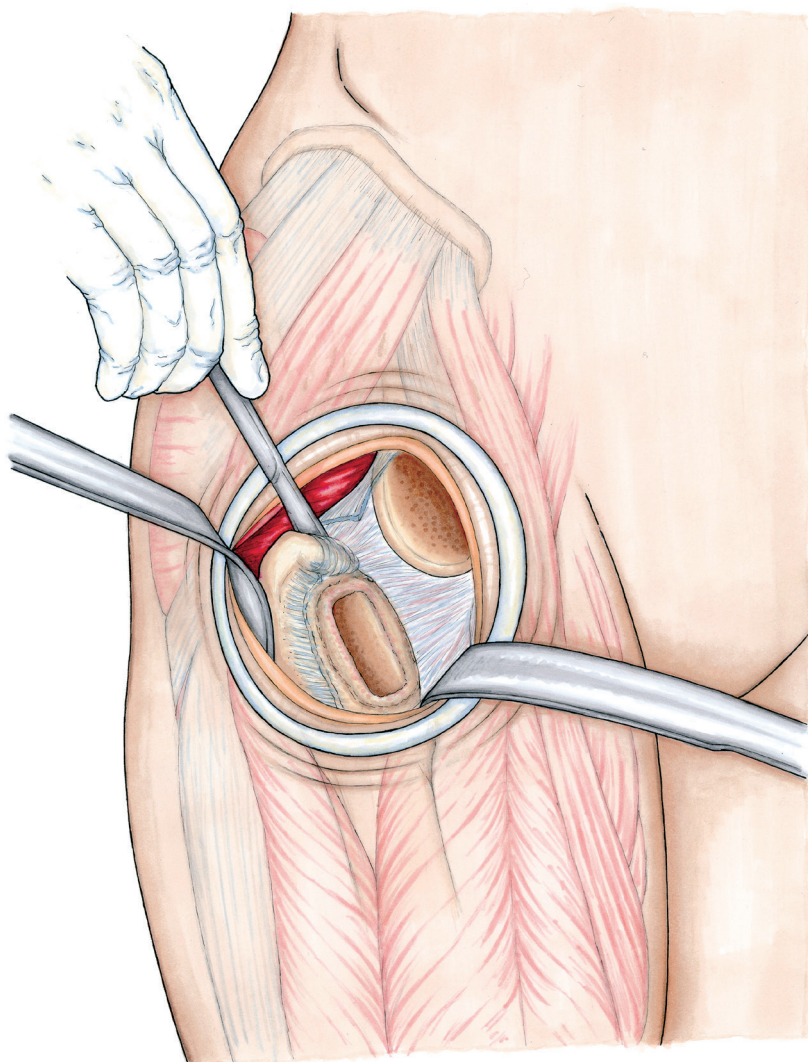


Trabajo femoral

Se realiza una liberación femoral proximal hasta el punto en el que se consiga una buena movilización del fémur. Para comprobarla, se tracciona con un gancho de hueso introducido en el canal femoral.

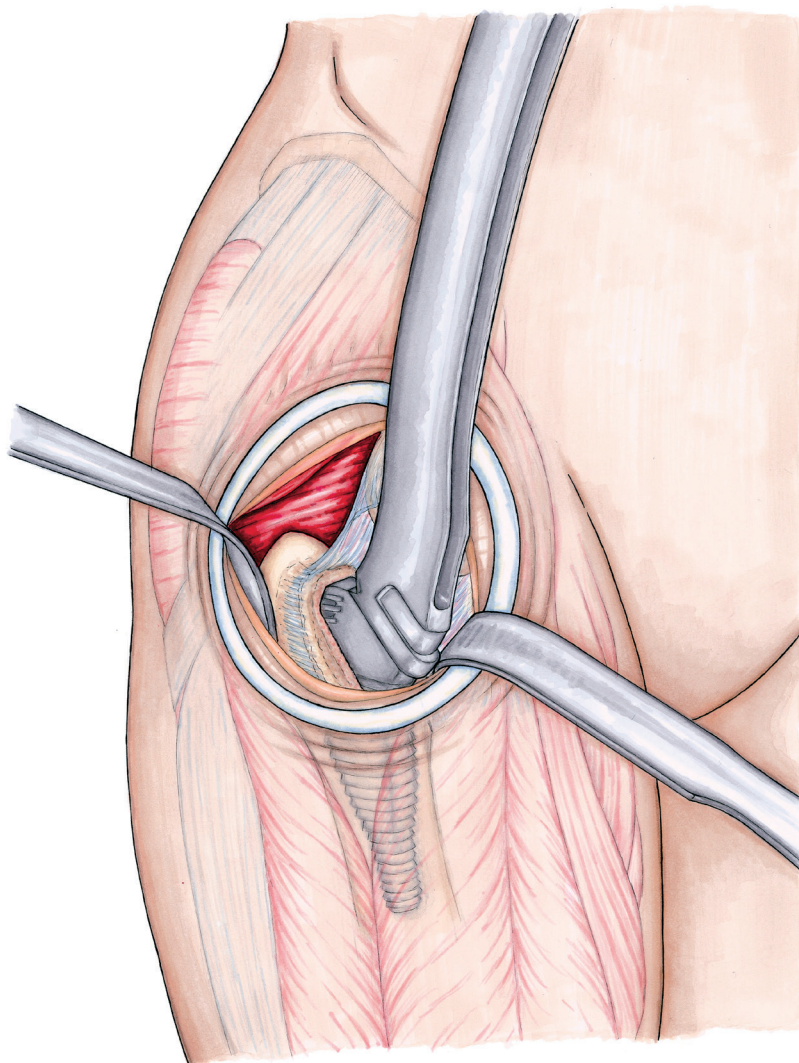
Se sitúa un elevador curvo de doble rama de Hoffmann entre el trocánter mayor y los glúteos. Un segundo elevador se coloca en el calcar.

Para obtener una buena exposición del cuello femoral, rotamos el miembro externamente y se aproxima el mismo por debajo de la extremidad sana. Además, y mediante el manejo de la mesa ortopédica, se flexiona la cadera.



Trabajo del canal

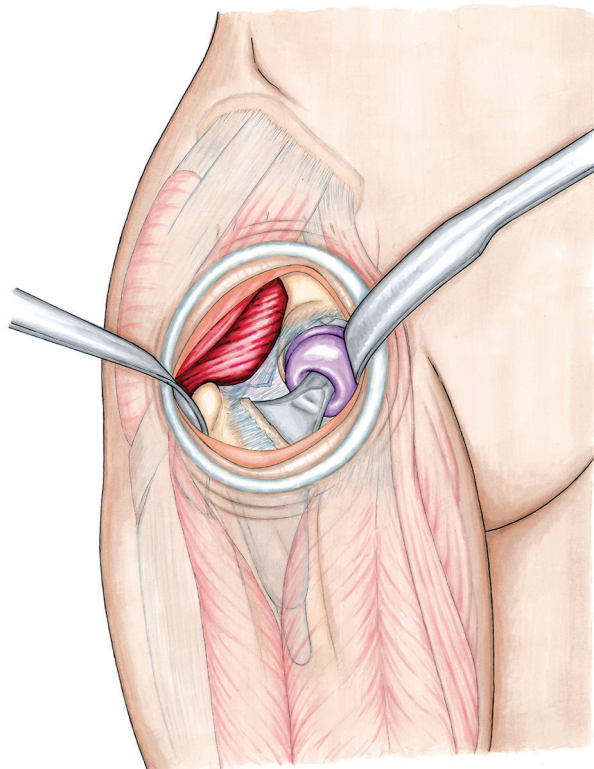
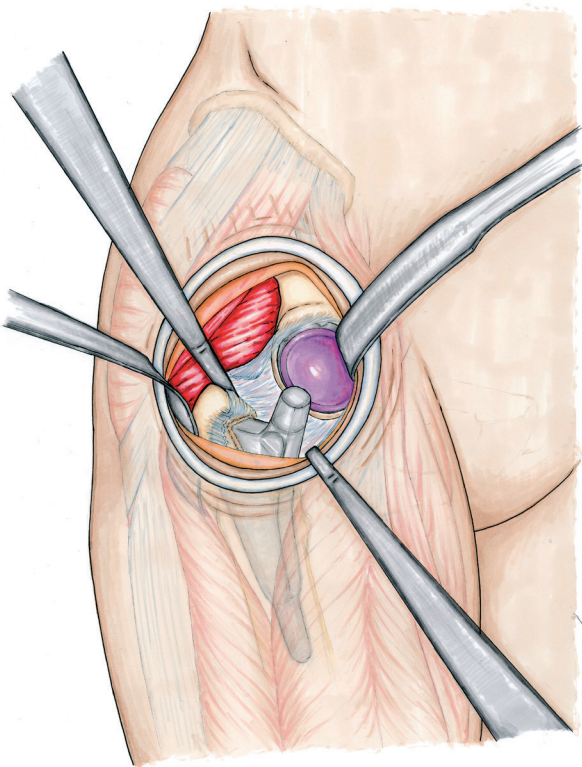
Se localiza el canal femoral con la ayuda de un instrumento romo y curvo. Después, se raspa progresivamente el canal con la ayuda del porta-raspas con offset hasta conseguir una buena estabilidad.



Reducción de prueba

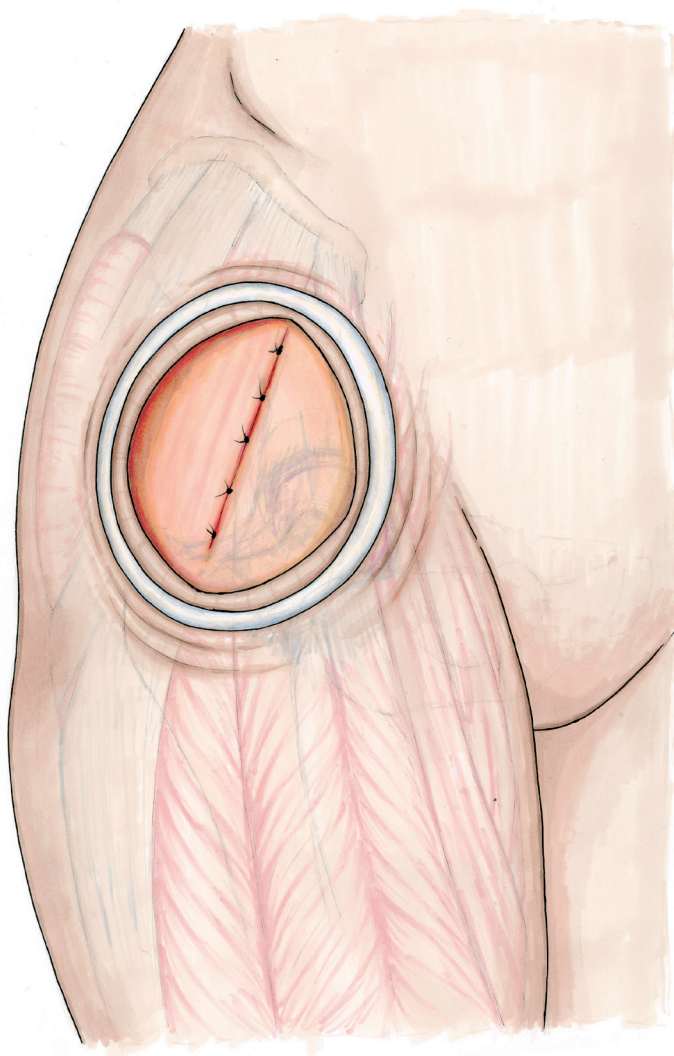
Con la ayuda de los implantes de prueba, se realiza una reducción preliminar. Comprobaremos la estabilidad, la existencia de disimetría y la tensión muscular.

Si estamos satisfechos, se realiza la implantación definitiva del vástago y la colocación del inserto y la cabeza definitivos.



Cierre

Se cierra la fascia con puntos sueltos o con sutura continua. Finalmente, se suturan los planos subcutáneos y la piel.



Bibliografía

1. Dagenais S, Garbedian S, Wai EK. Systematic Review of the Prevalence of Radiographic Primary Hip Osteoarthritis. *Clin Orthop Relat Res.* 2009;467(3):623-637. doi:10.1007/s11999-008-0625-5.
2. Zhang W. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2005;64(5):669-681. doi:10.1136/ard.2004.028886.
3. Woo RY, Morrey BF. Dislocations after total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 1982;64(9):1295-1306. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7142237>.
4. Ramesh M, O'Byrne JM, McCarthy N, Mahalingham K, Cashman WF, Jarvis A. Damage to the superior gluteal nerve after the hardinge approach to the hip. *J Bone Jt Surg.* 1996;78(6):903-906. doi:10.1302/0301-620X78B6.1289.
5. Siguier T, Siguier M, Brumpt B. Mini-incision Anterior Approach Does Not Increase Dislocation Rate. *Clin Orthop Relat Res.* 2004;426:164-173. doi:10.1097/01.blo.0000136651.21191.9f.
6. Ozaki Y, Baba T, Homma Y, et al. Posterior versus direct anterior approach in total hip arthroplasty: difference in patient-reported outcomes measured with the Forgotten Joint Score-12. *SICOT-J.* 2018;4:54. doi:10.1051/sicotj/2018051.



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

www.mbainstitute.eu

Colabora

