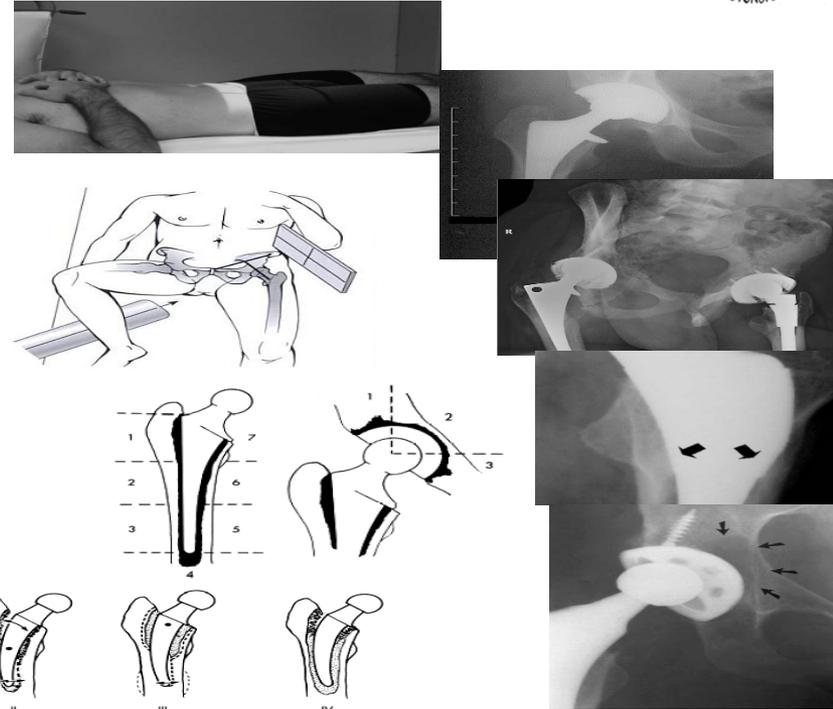


## Estudio de imagen de la prótesis de cadera: pérdida ósea, proceso infeccioso y aflojamiento.

Reyes Martín AL, García Vera JJ, Sevillano Pérez E. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Parque San Antonio.

### INTRODUCCIÓN

Se presenta un trabajo sobre el estudio radiológico del aflojamiento, la infección y la osteólisis de la artroplastia de cadera.



### MATERIAL Y MÉTODO

Se ha consultado bibliografía reciente sobre el estudio radiológico. Acceso a PubMed.

### RESULTADO - DISCUSIÓN

Se precisan proyecciones básicas (AP de pelvis, AP de cadera, rana lateral, transversal en la proyección lateral), mostrar toda la artroplastia. Observación minuciosa.

Aflojamiento vástago cementado. 7 zonas de Gruen. El festoneado progresivo del endostio indica aflojamiento aséptico. La falta de relleno del canal sería visible desde el postoperatorio.

Gruen determinó además las 4 formas de fallo (pistón, giro medial, giro calcar y fatiga de unión del saliente), y Harris los tipos de aflojamiento (definitivo, probable, posible).

No cementado: signos de integración (puentes trabeculares, escudo de estrés proximal...) y de inestabilidad (pedestal, migración, modificación de la versión en rotación...)

Acetábulo cementado: zonas del manto de cemento De Lee y Charnley. A pesar del aflojamiento es alta la supervivencia acetabular.

Signos de infección: reacción perióstica transparente, líticas no habituales. Radiografía escasa sensibilidad.



La prueba más precisa para valorar la osteólisis es la TC; también elevada sensibilidad y especificidad para infección periprotésica (la ausencia de derrame articular es un signo de no infección, y la presencia de colecciones líquidas en tejido muscular de infección).

La determinación radiográfica tiene escasa correlación entre observadores y puede subestimar la osteólisis.

En acetábulo cementado aparece una línea osteolítica, en el no cementado zonas focales de lisis en expansión. Puede haber migración. En el fémur comienza en zonas 1 y 7. En el cementado pueden aparecer lesiones del endostio en la interfase.

Las clasificaciones de la AAOS y de Paprosky determinan tipo de osteólisis.

Otras: Artrografía+gammagrafía. Gammagrafía con isótopos, o con leucocitos marcados con indio (para determinar infección). RM utilidad limitada.

### CONCLUSIÓN

Como pruebas complementarias se precisan de inicio las proyecciones básicas radiográficas para el estudio. La TC destaca por su alta sensibilidad y especificidad para determinar osteólisis e infección. Otras pruebas tienen una utilidad complementaria.