

CARTA AL DIRECTOR

Pseudoaneurisma de arteria iliaca externa tras artroplastia total de cadera

Pseudo-aneurysm of the external iliac artery after total hip arthroplasty

Sr. Director:

Las lesiones arteriales tras artroplastia total de cadera (ATC) primarias son poco frecuentes, con una incidencia del 0,25%. La arteria iliaca externa e iliaca común son los vasos más frecuentemente afectados¹, y el pseudoaneurisma es la lesión más frecuente².

Las lesiones vasculares tardías son poco frecuentes y suelen ser debidas a erosión y compresión de la pared vascular de grandes vasos y el pseudoaneurisma es la forma más frecuente de presentación. Las lesiones vasculares agudas se manifiestan en forma de hemorragia severa, mientras que las tardías lo hacen en forma de dolor secundario a la presión de un falso aneurisma, síntomas isquémicos debidos a la obstrucción del flujo vascular², hipotensión, edema de extremidades, fístula sangrante e incluso parálisis del ciático³.

El pseudoaneurisma se suele presentar en forma de masa pulsátil dolorosa en relación con anemia, semanas o meses tras la intervención quirúrgica. Es debido a una laceración de la pared vascular de una gran arteria y suele presentarse tras cirugía de revisión y, a veces, con infección¹; el agente lesional habitual es una espícula de cemento del componente acetabular que erosiona la pared vascular^{1,3}. Las lesiones intrapelvianas secundarias a movilizaciones protésicas son poco frecuentes, ya que el efecto protector de las estructuras vasculares que ejerce el músculo iliopsoas se relaciona con la reacción fibrosa que rodea el componente acetabular en su lenta migración intrapelviana, ambos factores explican la baja incidencia de lesión vascular en protrusiones intrapelvianas.

Se presenta el caso de una mujer de 78 de años con un cuadro de coxalgia derecha de 2 años de evolución. En el estudio radiológico mostraba una coxartrosis avanzada con reabsorción subtotal de la cabeza femoral derecha y ascenso del cuello femoral hacia la región supraacetabular. Se procedió a la colocación de una artroplastia total de cadera derecha no cementada mediante un abordaje anterolateral de Hardinge. Durante el acto quirúrgico se apreció un

defecto óseo importante de la pared anterior acetabular. En el control radiológico posquirúrgico se apreció una posición incorrecta del componente acetabular. En el quinto día del postoperatorio se autorizó la sedestación; por precaución, se prohibió la carga, aunque en ningún momento se pensó que el implante no estuviese firmemente posicionado. Al mes fue revisada y se observó ascenso y desplazamiento intrapelviano del componente acetabular. La paciente había cargado, a pesar de la prescripción facultativa de no hacerlo. A los 2 meses, la paciente presentó un cuadro de dolor brusco en la cadera y la pierna derecha relacionado con frialdad e impotencia funcional severa. La exploración detectó la ausencia de pulsos periféricos en esa pierna, y se diagnosticó síndrome isquémico agudo secundario a obliteración iliofemoral derecha, por lo que se realizó una embolectomía transfemoral de urgencia, con lo que recuperó la circulación arterial periférica en esa zona, y se resolvió el cuadro. Un mes después, requirió de nuevo ingreso hospitalario al presentar nuevamente dolor e impotencia funcional sin cortejo isquémico agudo asociado. Se realizó arteriografía previa a la cirugía de revisión y se observó la disección de la arteria femoral común con pseudoaneurisma concomitante en la arteria iliaca externa (fig. 1). En un primer tiempo quirúrgico conjunto entre cirugía vascular y traumatología se procedió a la extracción del cotilo intrapelviano mediante abordaje retroperitoneal y

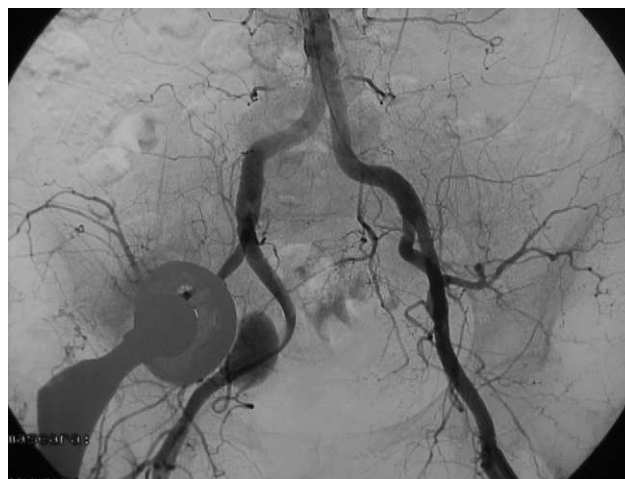


Figura 1 Pseudoaneurisma en arteria iliaca externa con movilización intrapelviana del cotilo protésico.

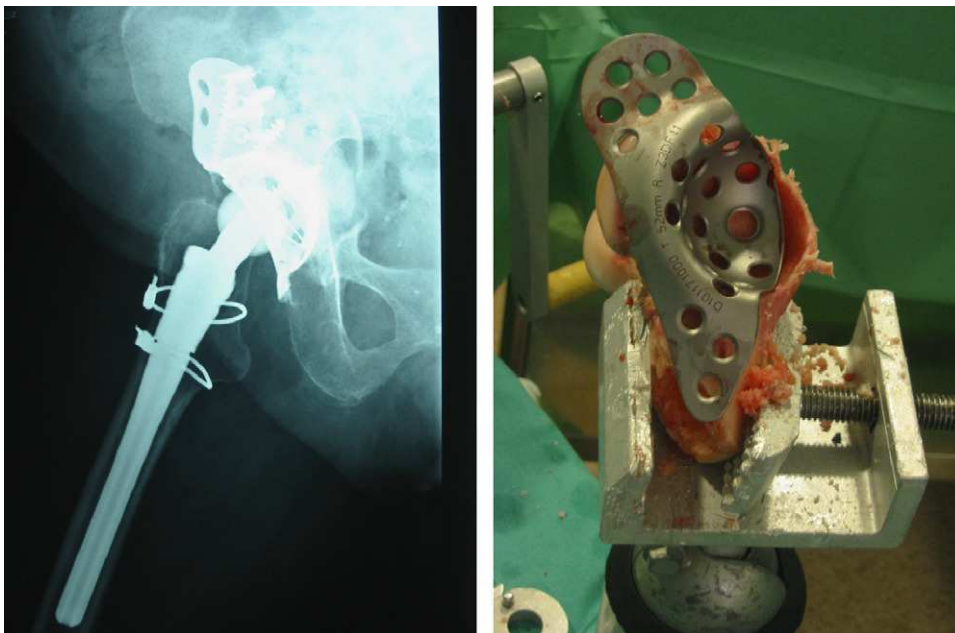


Figura 2 Anillo de reconstrucción de Paprosky asociado a artroplastia de revisión con cotilo cementado y vástago modular.

control del pseudoaneurisma con su disección y anastomosis terminoterminal. En el mismo acto quirúrgico se comprobó el fallo de la anastomosis y se observó ausencia de pulsos periféricos, falta de relleno capilar y baja temperatura distal por lo que se procedió a una trombectoendarterectomía de la arteria ilíaca externa con *bypass* de ilíaca externa a femoral profunda mediante injerto de Dacron. A las 8 horas, la paciente presentaba un cuadro de frialdad de la extremidad, ausencia de pulsos y mayor dolor; se realizó una trombectomía urgente de la arteria femoral superficial y *bypass* femorofemoral. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria, con pulsos periféricos presentes y recuperación de la temperatura en la pierna. Un mes después, solucionado el problema vascular, se procedió a la extracción del vástago femoral y limpieza acetabular con un abordaje anterolateral de Hardinge; se comprobó un gran déficit de soporte óseo estructural acetabular con pérdida completa del fondo, la pared posterior y la pared anterior (defecto acetabular IIIB de Paprosky)⁴. Se talló un neocotilo usando un injerto estructural completo tallado sobre aloinjerto de cóndilos femorales que se impactó sobre la región acetabular para solucionar la pérdida ósea. Se colocó un anillo de reconstrucción de Paprosky y un cotilo cementado, además de un vástago modular (fig. 2). La evolución posquirúrgica fue satisfactoria, sin más complicaciones. Al mes de la intervención quirúrgica se autorizó la deambulación con dos bastones. Presentaba buen estado general y controles radiológicos correctos. A los 4 meses se comprobó la permeabilidad del *bypass* femorofemoral, y la

paciente no presentaba signos de claudicación a la marcha y los pulsos periféricos estaban presentes. Actualmente mantiene buena evolución clínica y deambula con un solo apoyo.

Bibliografía

1. Ratliff AH. Arterial injuries after total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br.* 1985;67:517-8.
2. Bach CM, Steingruber IE, Ogon M, Maurer H, Nogler M, Wimmer C. Intrapelvic complications after total hip arthroplasty failure. *Am J Surg.* 2002;183:75-9.
3. Giacchetto J, Gallagher JJ. False aneurysm of the common femoral artery secondary to migration of a threaded acetabular component. A case report and review of the literature. *Clin Orthop Relat Res.* 1988(231):91-6.
4. Paprosky WG, Perona PC, Lawrence JW. Acetabular defect classification and surgical reconstruction in revision arthroplasty: a 6 year follow up evaluation. *J Arthroplasty.* 1994;9:33-44.

F.J. Serrano-Escalante*, M. Moleón-Camacho y P. Cano-Luis

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología,
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: doctoresca@hotmail.com
(F.J. Serrano-Escalante)