

PSEUDOTUMOR SECUNDARIO A TRUNIONOSIS. A PROPOSITO DE 2 CASOS

CARIBAY VARGAS REVERÓN, XOANA SOUTELO SAAVEDRA, CLARA CHIMENO PIGRAU,
ERNESTO MUÑOZ MAHAMUD, JENARO A. FERNANDEZ-VALENCIA LABORDE, ANDRES COMBALIA ALEU

Unidad de Cadera. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Clínic, Barcelona. Universidad de Barcelona.

Se estima que un 2% de las cirugías de revisión de las artroplastias de caderas son debidas a la corrosión de la interfaz cabeza/cuello con el concomitante aumento de iones metálicos en sangre, conocido como Trunnionosis. Pudiendo encontrarse desde corrosión leve macroscópica hasta la presencia de pseudotumores. Nuestro objetivo es describir dos casos de complicaciones en artroplastias de cadera par de fricción metal-metal asociadas a trunionosis

CASO 1

Mujer de 43 años intervenida de prótesis total de cadera izquierda metal-metal no cementada por necrosis avascular de fémur, con luxación recidivante y clínica de tumoración, dolor y pseudociática. Mediante TC se objetivó una importante colección de partes blandas (21x19x13 cm) con partículas metálicas en su interior. No se realizó estudio de iones metálicos en el presente caso.

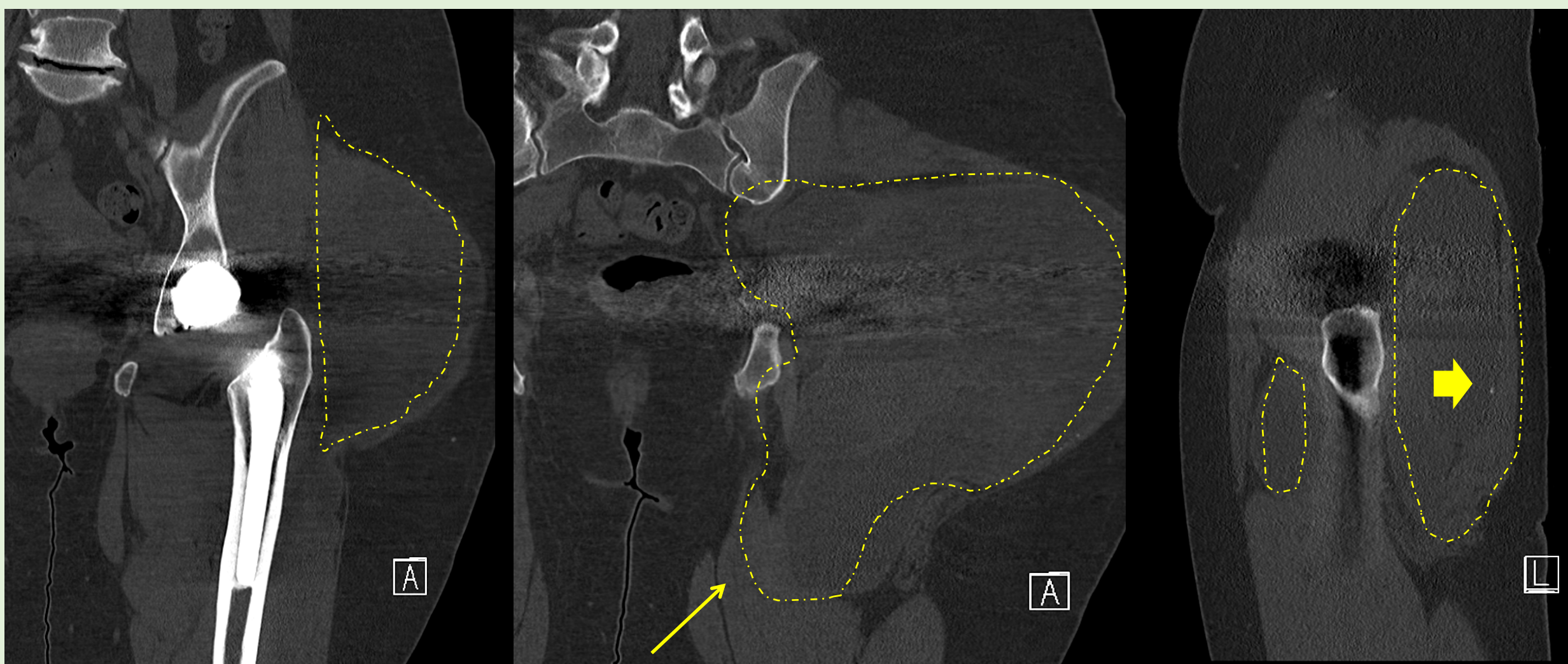


Fig. 1 – Arriba a la izquierda: contacto íntimo del pseudotumor con nervio ciático
Abajo a la izquierda: aspecto ennegrecido del cono
Imágenes de la derecha: superficie externa (arriba) e interna (abajo) del pseudotumor

Tamaño: 17x12x4cm / Grosor máximo: 1cm.

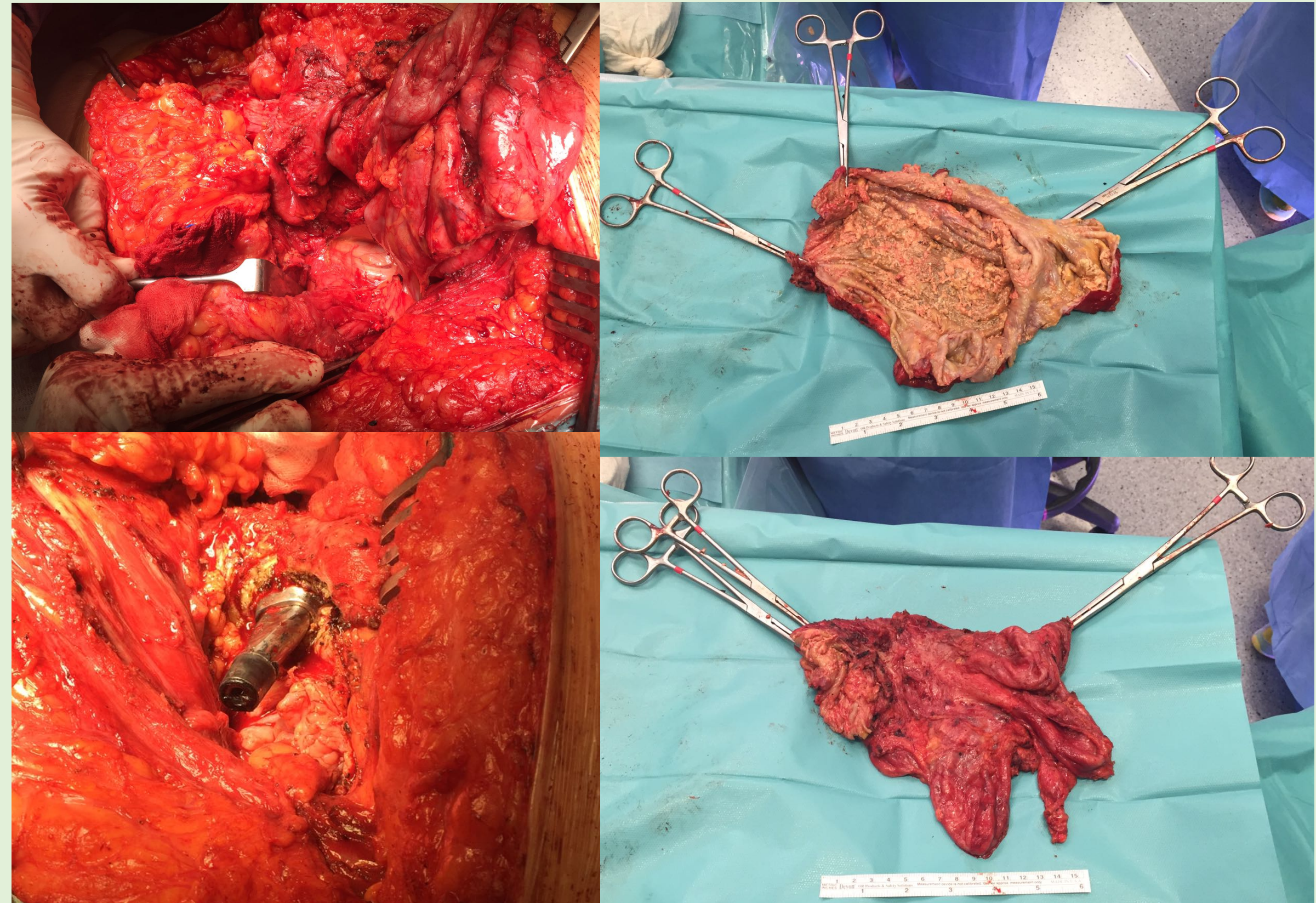


Fig. 2 – TC cadera izquierda en el que se evidencia tumoración de partes blandas que se extiende por espacio glúteo mayor, por anterior y distal, hasta contactar con nerviociático (flecha fina).
La flecha ancha marca una partícula de metal.
1. Plano de la artroplastia.
2. Plano posterior a la artroplastia.
3. Corte sagital.

AP: Lesión quística inflamatoria con contenido fibrino-hemático. Paredes engrosadas hialinizadas, reacción xantogranulomatosa e histiocitaria. Componente inflamatorio crónico con reacción fibroblástica, sin signos de malignidad

CASO 2

Hombre de 68 años intervenido de prótesis total de cadera izquierda metal-metal por artropatía hemofílica (Hemofilia tipo B). Presentando tumoración dolorosa en muslo izquierdo. Mediante TC se objetivó una colección de partes blandas (5,7 x 3,8 cm). A nivel analítico presentaba aumento de cobalto plasmático (25,5 µg/L). Tras la cirugía los niveles disminuyeron de forma marcada a 4.4 µg/L.

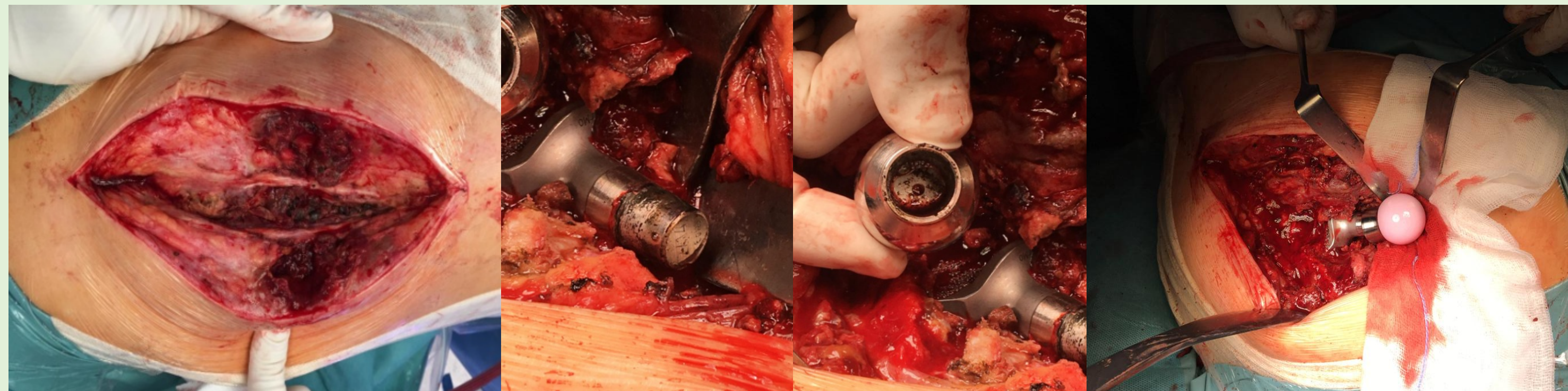


Fig. 3 – De izquierda a derecha: Material y tejido sugestivo de enfermedad de las partículas.
Signos de trunnionosis en cono y cabeza. Tras la comprobación de la estabilidad del vástago y componente acetabular y la correcta preservación del polietileno, se coloca cabeza de cerámica MBA 28mm + 12, previa colocación de camisa adaptadora.

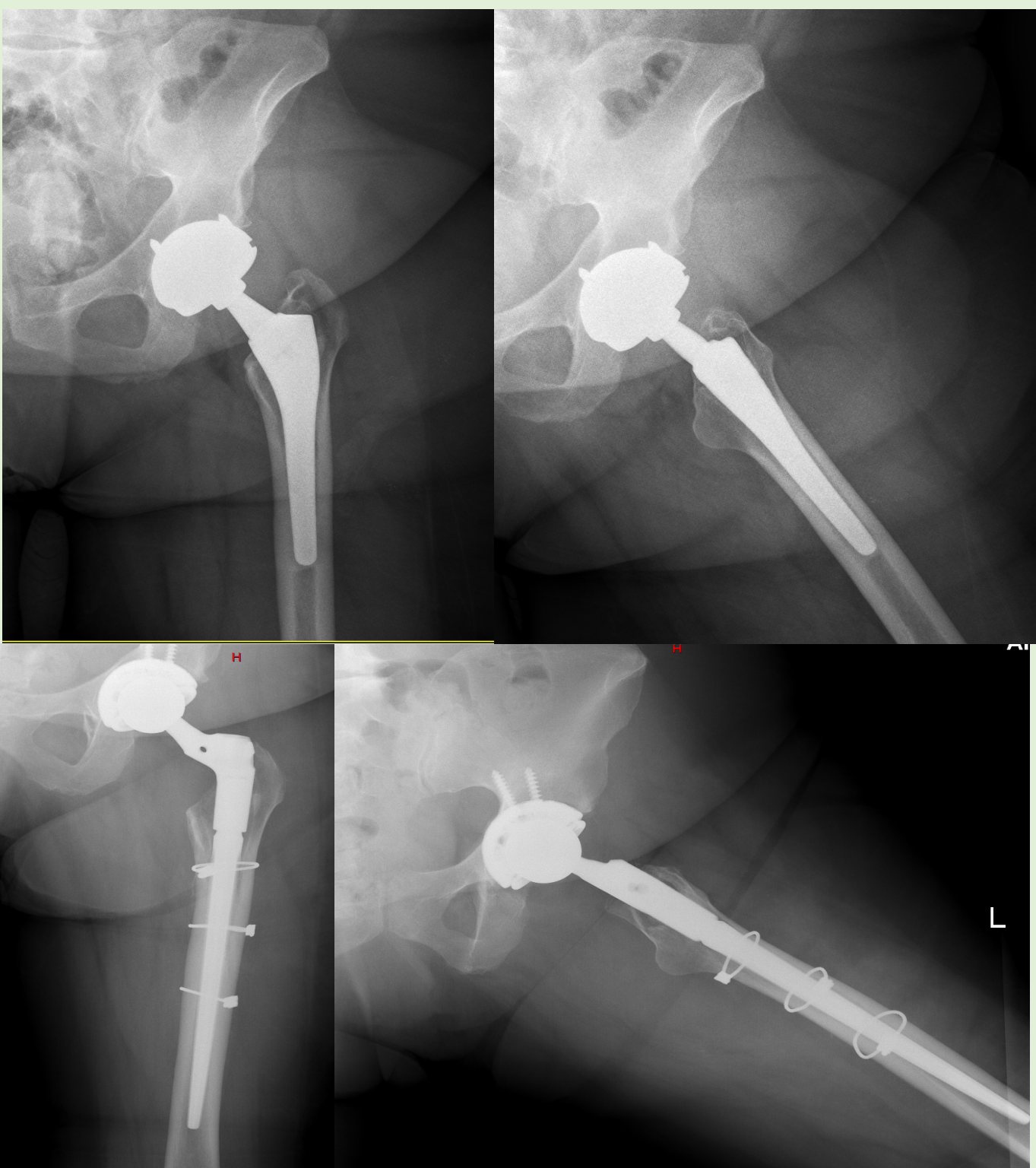


Fig. 5 – RESULTADOS CASO 1:
Arriba: Rx prequirúrgica, en la que se evidencia una imagen redondeada de partes blandas, correspondiente al pseudotumor
Abajo: Rx de seguimiento a los 3 meses, con consolidación adecuada del la osteotomía trocantérea.

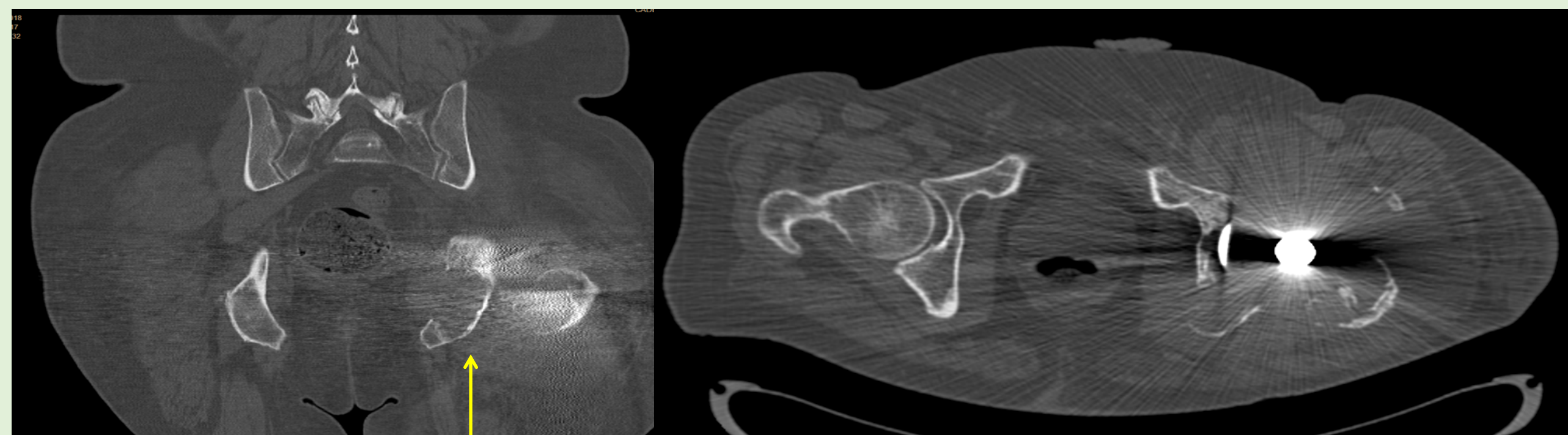


Fig. 4 – TC preoperatorio: se evidencia lesión en isquion izquierdo (flecha), que insufla la cortical, y componente de partes blandas compatible con enfermedad de partículas

En ambos casos se realizó exéresis del pseudotumor. Al extraer los implantes observamos grave corrosión del cono con material negruzco, hallazgos compatibles con Trunnionosis. Se precisó de cotilos constreñidos, debido a la gran laxitud de tejidos tras la resección que ocasionaba una inestabilidad que no compensaba a expensas de alargamiento de la extremidad, aumento de cuello, lateralidad u optimizando la anteversión combinada. En el primer caso observamos un contacto íntimo del pseudotumor con el nervio ciático y signos macroscópicos de compresión del mismo.

RESULTADOS

Evolución satisfactoria con remisión de la sintomatología y de la tumoración. Pasando de un Merlé d'Aubigné preoperatorio de 8 (2-5-1) a una puntuación de 15 (6-6-3) y de 9 (2-6-1) a una puntuación de 14 (6-6-2) respectivamente.

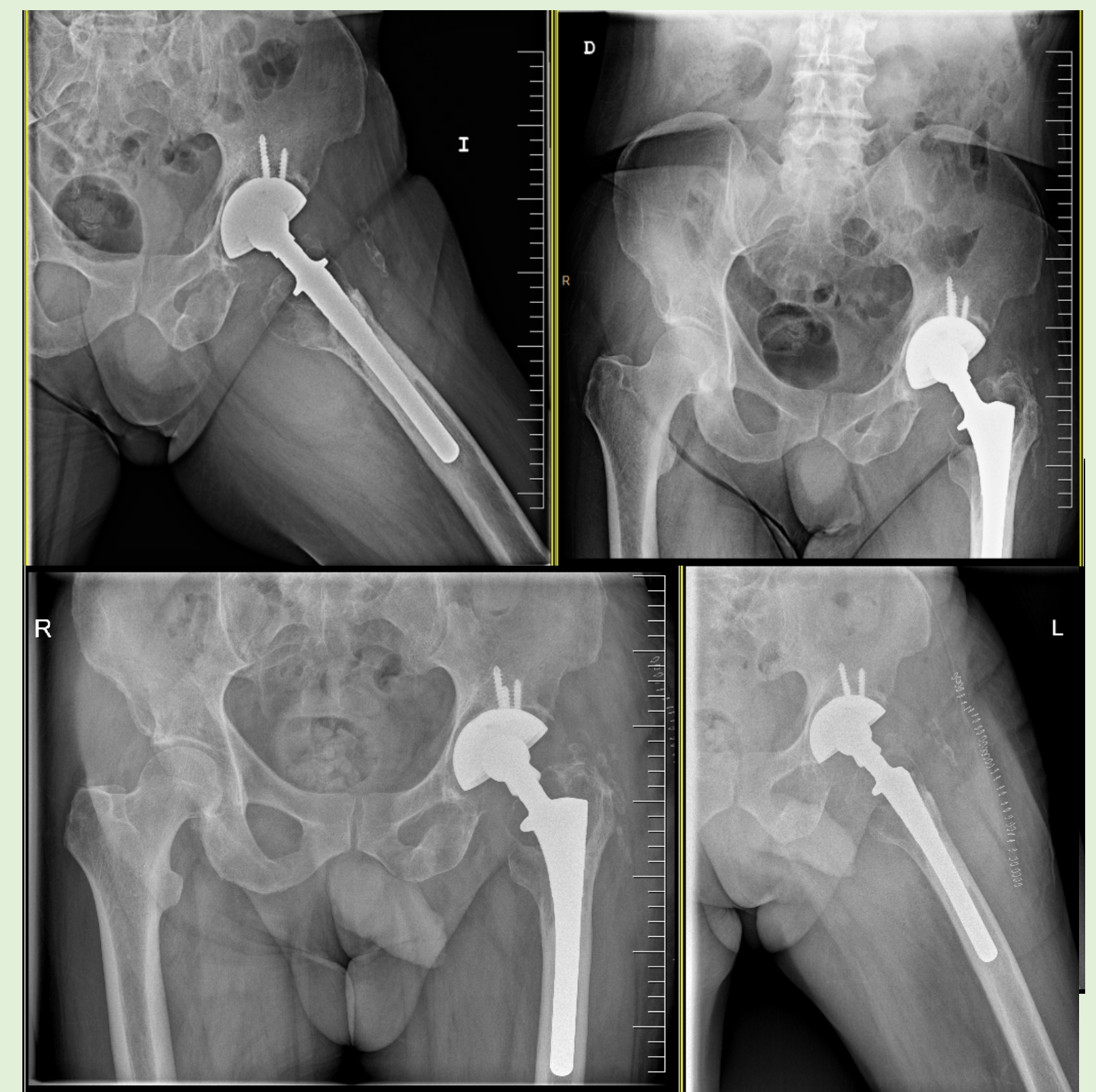


Fig. 6 – RESULTADOS CASO 2:
Arriba: Rx preoperatoria.
Abajo: Rx de control en el postoperatorio inmediato

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La corrosión del cono puede ser motivo de reacción adversa de partes blandas con formación de pseudotumor, llegando a grandes tamaños con posible compresión del nervio ciático. La exéresis del pseudotumor y el recambio de componentes prótesis han permitido obtener resultados satisfactorios, pero teniendo en cuenta que la agresión a partes blandas puede condicionar un alto riesgo de inestabilidad.

Sería interesante estandarizar los protocolos de actuación ante la sospecha diagnóstica de trunnionosis para adelantarnos a la aparición de las complicaciones como las que describimos en nuestra serie de casos. De esta manera, los pacientes podrían beneficiarse de una recuperación más precoz y con mejores resultados funcionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Mistry JB, Chughtai M, Elmallah RK, Diedrich A, Le S, Thomas M, Mont MA. Trunnionosis in total hip arthroplasty: a review. J Orthop Traumatol. 2016 Mar;17(1):1-6.
- Carli A, Politis A, Zukor D, Huk O, Antoniou J. Clinically significant corrosion at the head-neck taper interface in total hip arthroplasty: a systematic review and case series. Hip Int. 2015 Jan-Feb;25(1):7-14.
- Berstock JR, Whitehouse MR, Duncan CP. Hip arthroplasty: Management factorials. Trunnion corrosion. What surgeons need to know in 2018. Bone Joint J. 2018; 100-B (1 Supple A): 44-9

