

ARTROSIS DE CADERA

GUÍA PARA PACIENTES



Esta guía describe cómo funciona una cadera normal, las causas del dolor de cadera y qué esperar de la cirugía de reemplazo de cadera.

Si su cadera está afectada como resultado de la artrosis, tras una fractura u otras condiciones, las actividades como caminar, sentarse o levantarse de una silla pueden ser dolorosas y difíciles. También puede tener rigidez y resultar muy difícil ponerse los zapatos y las medias o calcetines. También puede tener dolor estando en reposo.

Si los medicamentos, cambios en sus actividades cotidianas y el uso de ayuda para caminar no ayudan adecuadamente a sus síntomas, usted debería considerar la cirugía de reemplazo de cadera. Este es un procedimiento seguro y efectivo que puede aliviar su dolor, aumentar el movimiento y ayudarle a recuperar las actividades cotidianas normales.

1

ANATOMÍA

Principales estructuras que componen la articulación de la cadera

2

CLÍNICA

Principales síntomas de la artrosis de cadera

3

TRATAMIENTO

Qué es una prótesis de cadera y de qué se compone



Frecuencia

La artrosis de cadera es la patología articular más frecuente



Incapacidad

En el 2020, la artrosis se convertirá en la 4ª causa de discapacidad



Prótesis cadera

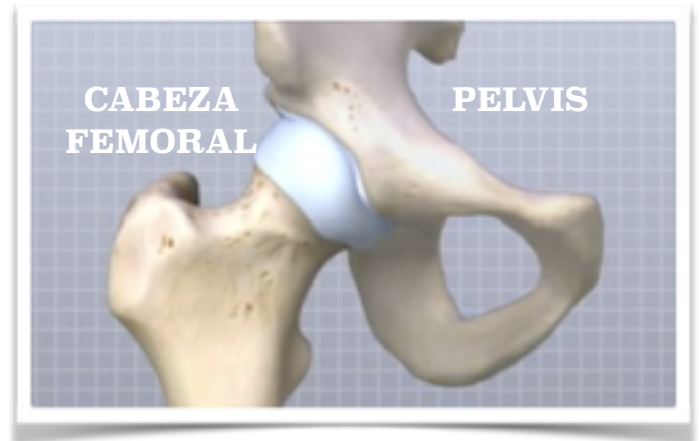
En España, cada año se realizan 30.000 cirugías de reemplazo de cadera

ANATOMÍA

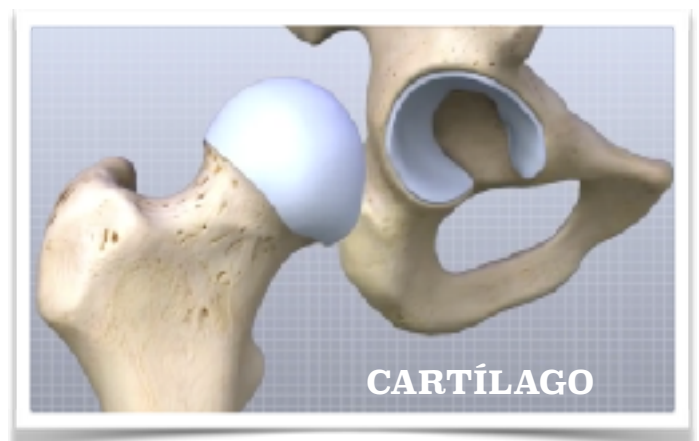
Principales estructuras que componen la articulación de la cadera, también llamada articulación coxo-femoral

La cadera es una de las articulaciones más grandes del cuerpo.

- Es una articulación esférica (de cabeza y cavidad). La parte esferoidal es la cabeza del fémur, el extremo superior del hueso del muslo. La cavidad articular está formada por el acetábulo, que es parte del hueso grande de la pelvis.
- Las superficies óseas de la cabeza y la cavidad están cubiertas con cartílago articular, un tejido suave que reviste y amortigua los extremos de los huesos y les permite moverse fácilmente.
- Un tejido fino llamado membrana sinovial rodea la articulación de la cadera. En una cadera sana, esta membrana genera una pequeña cantidad de líquido que lubrica al cartílago y elimina casi toda la fricción durante el movimiento de la cadera.



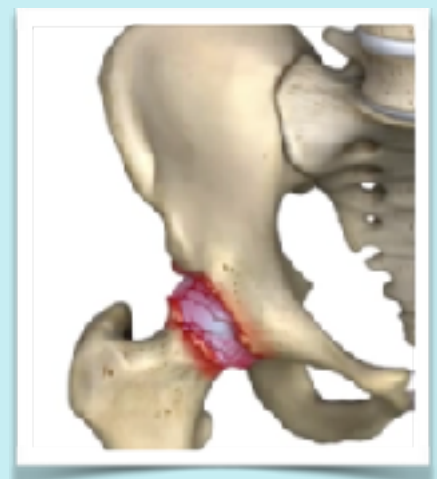
“Las superficies óseas articulares están cubiertas de cartílago”



ARTROSIS DE CADERA

La causa más frecuente de dolor crónico y de limitación funcional de cadera es la artrosis.

Está relacionada a la edad. Por lo general ocurre en personas mayores de 50 años, y a menudo en personas con una historia familiar de artrosis. El cartílago se desgasta y los huesos entonces rozan uno con otro, causando dolor y rigidez de cadera. La artrosis también puede ser causada o acelerada por irregularidades en la forma cómo se desarrolló la cadera en la infancia o tras una fractura de cadera o de acetábulo.



SÍNTOMAS

Principales síntomas que se producen en la artrosis de cadera

El síntoma fundamental es el **dolor**. El dolor en la artrosis de cadera se localiza en la zona de la ingle; en ocasiones, el dolor baja por la cara anterior del muslo y también puede doler



la rodilla, lo que puede hacer pensar al paciente que el problema está en la rodilla.

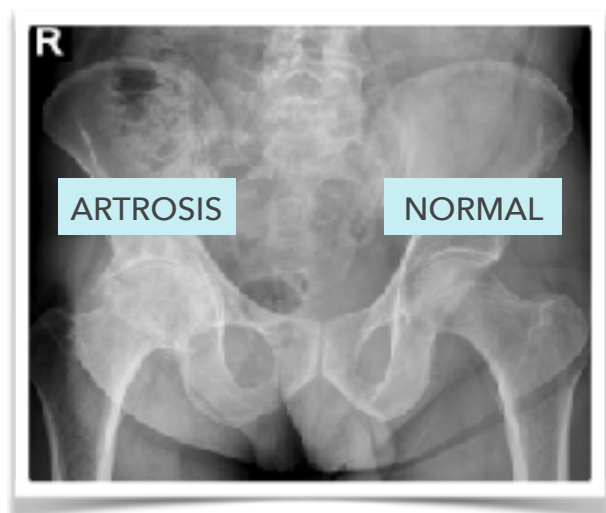
Por tanto, es muy importante saber que el dolor de cadera no se localiza en la zona del cuerpo popularmente conocida como "las caderas". Esta zona, que en realidad se corresponde con la pelvis, nada tiene que ver con la articulación de la cadera y, por lo tanto, los dolores que ahí se localizan, tienen otro origen, generalmente muscular.

Al principio de la enfermedad, el dolor sólo aparece al caminar y al subir o bajar escaleras. También se siente dolor tras un período de reposo, hasta que la articulación entra en calor, y luego vuelve a aparecer tras una larga caminata o ejercicio prolongado, porque se sobrecarga la articulación. De forma progresiva, aparece dificultad para acciones tan elementales como cruzar las piernas cuando se está sentado, calzarse o ponerse unas medias. Cuando la enfermedad está en

sus comienzos, el dolor desaparece por completo al tumbarse en la cama, por lo que no hay problemas para conciliar el sueño debido al dolor, pero en los casos avanzados el dolor no desaparece en la cama. Con el paso del tiempo, es normal que aparezca cojera al caminar.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Para confirmar el diagnóstico se realiza una **Radiografía** que muestra los hallazgos típicos que produce la artrosis en la articulación, y permite establecer un pronóstico según la cadera se encuentre más o menos desgastada.



En la imagen superior vemos una cadera con artrosis (con pinzamiento del espacio articular y osteofitos, que son picos de hueso), siendo la otra cadera completamente normal.

- Si la radiografía es normal, su médico puede valorar el realizar una **Resonancia Magnética Nuclear (RMN)** para descartar otro tipo de patologías menos frecuentes como pueden ser una Necrosis Avascular o lesiones del labrum, ambas más frecuentes en pacientes más jóvenes.

TRATAMIENTOS

Principales tratamientos para la artrosis de cadera

1. Tratamiento no farmacológico:

Consiste en una combinación de factores que incluye:

- Corrección de los factores desencadenantes o agravantes: evitar el sobreuso o mal uso articular, tratar la obesidad, corregir la diferencia de longitud de los miembros inferiores con el empleo de alzas en el calzado, etc.
- Ejercicio físico: su objetivo es mantener la funcionalidad articular y conseguir fortalecer los músculos que hay alrededor de la articulación. En las fases de más dolor la realización de ejercicios en piscina es muy útil, ya que dentro del agua es más fácil realizar movimientos más amplios sin la resistencia de la gravedad. Los ejercicios correctamente realizados pueden reducir la progresión de la artrosis. Además, se pueden hacer ejercicios que no supongan carga, además de la natación, tales como el ciclismo o el remo y deben evitarse deportes más agresivos, como las carreras o los saltos. Las afecciones de cadera suelen dificultar el andar, por lo que es importante que el paciente intente caminar lo más derecho posible, extendiendo hacia atrás el muslo. Hay que cuidar también los movimientos de los pies evitando arrastrarlos.
- Protección articular: lo más adecuado es el uso de un bastón que se lleva en el lado de la cadera sana, con una altura adecuada, de forma que cuando la persona está erguida de pie, la empuñadura del bastón ha de estar a la altura de la muñeca. El uso de bastón suele producir un gran alivio del dolor.
- Conviene emplear utensilios, como calzadores de mango largo, que evitan tener que agacharse para calzarse, asientos elevados en el retrete, barras de pared para la

bañera, etc. A menudo surgen problemas al levantarse y sentarse. Para levantarse de una silla eche el tronco hacia adelante, apoye las manos en el asiento o en los brazos de la silla y yérgase estirando las rodillas. En general, es mejor no sentarse en sillas bajas ni durante mucho tiempo seguido.

- Tratamiento rehabilitador: se puede aplicar calor profundo, como las microondas o los ultrasonidos, que tiene un efecto analgésico. Los masajes pueden ser de utilidad para la musculatura contracturada. Las aguas termales (balneoterapia) pueden disminuir el dolor y la incapacidad.

2. Tratamiento farmacológico:

Las medicinas son necesarias en determinadas fases de la artrosis. Reducen el dolor y, si existe, la inflamación articular. Si las molestias son leves puede ser suficiente tomar paracetamol o aspirina a dosis bajas (una o dos al día). Sin embargo, en la mayoría de los casos el dolor no desaparece con estas medidas y habrá que recurrir a tomar otros fármacos antiinflamatorios. La toma de estos medicamentos siempre debe hacerse bajo control médico, ya que pueden tener efectos secundarios. Las infiltraciones locales no son en general aconsejables en la cadera artrósica. Los llamados fármacos condroprotectores no tienen una eficacia completamente probada en lo que se refiere a la regeneración del cartílago, aunque sí han mostrado eficacia en el control de los síntomas a largo plazo.

3. Cirugía:

La cirugía está indicada cuando el resto de los tratamientos no logra controlar el dolor o el paciente se encuentra muy invalidado por la enfermedad. La intervención más practicada es la sustitución de la articulación dañada por una prótesis. Aunque se trata de una intervención mayor y, por lo tanto con cierto riesgo, la prótesis de cadera es uno de los grandes avances de la cirugía ortopédica, está

perfectamente estandarizada y en cualquier hospital español se realiza de forma habitual y con excelentes resultados. La desaparición del dolor es inmediata y la recuperación muy rápida, lo que supone que enfermos prácticamente inválidos estén a los pocos días caminando y haciendo vida prácticamente normal. En cualquier caso, como se ha señalado, la cirugía siempre hay que considerarla cuando el tratamiento médico ha fracasado.

La decisión de someterse a cirugía de reemplazo de cadera debe ser una decisión colaborativa entre usted, su familia, su médico de atención primaria y su cirujano ortopédico. El proceso de tomar esta decisión comienza típicamente con una derivación hecha por su médico a un cirujano ortopédico para una evaluación inicial.

Candidatos para cirugía

No hay restricciones absolutas de peso ni edad para el reemplazo total de cadera.

Las recomendaciones para la cirugía se basan en el dolor y la discapacidad de un paciente, no su edad. La mayoría de los pacientes que se someten a reemplazo total de cadera tienen entre 50 y 80 años, pero los cirujanos ortopédicos evalúan a los pacientes individualmente. Se han realizado con éxito reemplazos totales de cadera en todas las edades, desde el joven adolescente con artritis juvenil al paciente anciano con artritis degenerativa.

Cuándo se recomienda la cirugía

Hay varias razones por las que su médico podría recomendar la cirugía de reemplazo de cadera. Las personas que se benefician de la cirugía de reemplazo a menudo tienen:

- Dolor de cadera que limita las actividades cotidianas, como caminar o flexionarse
- Dolor de cadera que persiste en reposo, ya sea de día o de noche
- Rigidez en una cadera que limita la capacidad de moverse o levantar la pierna
- Alivio inadecuado del dolor si se usan medicamentos antiinflamatorios, terapia física o soportes para caminar.

¿Cómo es una prótesis de cadera?



Una prótesis es un artefacto que se implanta para realizar una determinada función que el cuerpo ha perdido o la realiza de forma muy defectuosa.

Se utilizan aleaciones metálicas, titanio, materiales cerámicos y polímeros. Hoy por hoy sólo estos materiales presentan las condiciones más adecuadas de resistencia, durabilidad y comportamiento ante los esfuerzos que sufrirán una vez implantados en el cuerpo humano.

En un reemplazo total de cadera (que también se llama artroplastia total de cadera), el hueso

y el cartílago dañados se remueven y reemplazan con componentes protésicos.

- La cabeza del fémur dañada se remueve y se reemplaza con un **vástago** de metal que se coloca en el centro ahuecado del fémur. El vástago femoral puede ser cementado o "calzado a presión" dentro del hueso.
- Una **cabeza** de metal o cerámica se coloca en la parte superior del vástago. Esta cabeza reemplaza la cabeza dañada del fémur que fue removida.
- La superficie de cartílago dañado de la cavidad (acetábulo) se remueve y reemplaza con una cavidad de metal, también llamada **cotilo**. A veces se usan tornillos o cemento para mantener la cavidad en su lugar.
- Un **espaciador** de plástico, cerámica o metal se inserta entre la cabeza y cavidad nuevas para permitir una superficie con deslizamiento suave.



¿Cómo se desarrolla la intervención y los días siguientes a la cirugía?

- Se realiza un estudio preoperatorio que comprende como mínimo un análisis de sangre, una radiografía del tórax y un electrocardiograma. Si el anestesiólogo en la consulta preoperatoria lo precisa, pedirá pruebas más específicas (ecocardiograma, pruebas de ventilación pulmonar, pruebas de alergia, etc.).
- Se utiliza la anestesia general o bien la raquianestesia (de espalda para abajo). En recambios de prótesis se prefiere la general porque suelen durar bastantes horas.
- Las incisiones de piel varían según las preferencias del cirujano: normalmente el paciente se verá la cicatriz en la cara lateral de la cadera o bien formando una curva hacia los glúteos (abordaje posteroexterno).
- Se realiza una profilaxis con heparina cálcica, para prevenir la trombosis venosa, durante un mes aproximadamente desde el mismo día de la intervención.
- Durante los primeros días se administra un antibiótico intravenoso para prevenir infecciones.
- A las 48 horas, como muy tarde, se retiran los tubos de drenaje. Su misión es evacuar el sangrado residual que se produce tras la operación.
- A las 24 horas se suele solicitar un análisis de sangre llamado hemograma control, que evalúa la anemia aguda debida a la pérdida de sangre en la operación (a grosso modo sobre medio litro en las parciales, cerca de un litro en las totales y entre litro y medio y dos litros en las de recambio). En

determinados casos se requerirá una transfusión.

- Se controla el dolor con analgésicos intravenosos durante los primeros días, para después tomarlos por boca durante varias semanas.
- Si el dolor lo permite el paciente se sienta al día siguiente.
- En unos 3 a 7 días, con los sueros ya quitados, el paciente paseando con dos muletas (independientemente de que apoye la extremidad o no) y sin complicaciones (seromas, etc.) puede ser dado de alta en el hospital.
- Si el cirujano teme una posible luxación precoz de la prótesis indicará el encamamiento hospitalario durante varias semanas con la extremidad apoyada en un cajón antirrotatorio, hasta que la cicatriz profunda sea lo suficientemente fuerte como para evitar la luxación (salida de la cabeza femoral de la cavidad articular).
- Los puntos se pueden retirar a partir del décimo día, en la consulta del traumatólogo.
- Normalmente no se necesita rehabilitación en un centro específico, porque el paciente rápidamente va cogiendo fuerza y movilidad al andar. La cadera es muy agradecida a corto plazo con las prótesis.



INFECCIÓN DE LA PRÓTESIS (DE CADA 100 OPERADOS, UNO O DOS LA DESARROLLAN)

- Cuando se produce en los primeros días o semanas se suele deber a algún germen que penetra por la herida desde el aire o la piel (es imposible esterilizarlos completamente pese a las condiciones de asepsia del quirófano)
- Cuando aparece más tardía se debe a algún foco de infección a distancia. Lo más frecuente es desde el aparato urinario o por caries.
- El tratamiento más habitual de la prótesis infectada consiste en su extracción, un tratamiento durante meses con antibióticos (parte del tiempo se administrarán vía intravenosa en el cuello para evitar flebitis en los brazos) y cuando se considera erradicada la infección, se implanta una prótesis de rescate. Hasta ese momento el paciente puede andar con muletas y en muchos casos puede apoyar con relativa fuerza la pierna, aunque no tenga cadera.
- En determinados casos puede recomendarse una operación sólo de limpieza dejando de momento la prótesis por si el antibiótico consigue eliminar la infección.

HEMATOMA

Consiste en la acumulación de sangre residual. Se puede sobreinfectar, por lo que se debe drenar: normalmente se introduce una sonda acanalada o unas pinzas por la herida (no suele doler) y se drena por esa zona. A veces es necesario realizar una intervención quirúrgica de limpieza.

SEROMA

Complicaciones de una prótesis de cadera

Lo mismo, pero el líquido es un exudado de los tejidos (linfa, etc.).

LUXACIÓN DE LA PRÓTESIS

La pieza femoral se separa de la pélvica.



- Se presenta en un 5% de los casos aproximadamente y suele asociarse más al abordaje posteroexterno (aunque éste tiene otras ventajas), a un cotilo protésico en posición inadecuada, a un cuello de prótesis corto y a una tensión de la cicatriz o de los músculos insuficiente. En otros casos se debe a un golpe o torsión que la desencaja.
- El primer episodio requiere anestesiarse al paciente y recolocarla sin necesidad de abrir (salvo excepciones).
- Si se sigue luxando la prótesis tendrá que cambiarse, bien alguno o todos sus componentes.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Supone la formación de trombos en las venas internas de las piernas (aun con la profilaxis puede aparecer). El riesgo es que los trombos se desprendan y emigren como émbolos hacia el pulmón, provocando una embolia pulmonar.

EMBOLIA GRASA O BIEN POR CEMENTO

Al perforar el hueso para implantar la prótesis pueden formarse pequeños émbolos de grasa de la médula ósea (el tuétano del hueso), que irán al pulmón. En las prótesis cementadas el cemento entra a presión y puede también provocar embolia.

LESIONES DE NERVIOS

Cada vía de abordaje puede lesionar por proximidad a un nervio. Lo más habitual es la lesión del ciático o del nervio del glúteo medio. Suele ser más frecuente en los recambios de prótesis debido a que la cicatriz previa no deja ver bien las estructuras.

LESIONES DE ARTERIAS

Lo mismo ocurre con las arterias. En los recambios puede lesionarse alguna rama arterial vecina al cotilo.

FRACTURA DEL FÉMUR EN LA ZONA DEL VÁSTAGO POR UNA CAIDA

Se denominan fracturas periprotésicas, cada vez más frecuentes por el incremento en el número de pacientes de edad avanzada que tiene una prótesis de cadera.

Se favorece cuando el hueso tiene osteoporosis. Suele requerir como mínimo una operación de osteosíntesis (fijación de los fragmentos de la fractura). En ocasiones tiene que cambiarse la prótesis.

CALCIFICACIONES ALREDEDOR DE LA PRÓTESIS

A veces son muy voluminosas e impiden la movilidad de la cadera, lo que indica la extirpación quirúrgica cuando se haya detenido su crecimiento (calcificación en fase

inactiva). Se pueden prevenir tomando determinados antiinflamatorios durante meses, siempre que no aparezcan lesiones digestivas por su uso.

¿Qué problema fundamental presentan las prótesis?

La prótesis es un artefacto rígido encastrado en un tejido duro pero vivo, que es el hueso. Por tanto la interacción entre ambos cuando la cadera se mueve o se apoya originará tarde o temprano un aflojamiento. El periodo se mide en años. En los jóvenes es inevitable. En los ancianos su esperanza de vida puede concluir antes de que se afloje lo suficiente como para dar problemas. El aflojamiento inicialmente puede no dar síntomas, pero acaba provocando un dolor incapacitante. La prótesis deberá cambiarse en la intervención llamada de revisión o de recambio, que presenta muchos más problemas:

- Se trabaja en un campo con falta de hueso y con cicatriz profunda que altera las relaciones normales de músculos, nervios, etc. La intervención dura más y es mucho más cruenta.
- Se utilizan prótesis más grandes, con más piezas que darán más rozamiento.
- Se requiere un volumen importante de injerto de hueso para rellenar huecos. Normalmente se obtiene de un cadáver.

¿Qué debe hacer un paciente con una prótesis de cadera?

- Debe acudir regularmente a la consulta de su traumatólogo, para detectar posibles aflojamientos u otros problemas.
- Debe evitar caminar por terreno irregular y los ejercicios de impacto como salto y carrera. No debe cargar pesos excesivos.
- Puede nadar con moderación y montar en bicicleta (mejor estática y sin resistencia para evitar caídas y no forzar la prótesis).
- Debe evitar en lo posible ciertos movimientos que fuerzan el encaje protésico y pueden provocar una luxación. Estos dependerán de la vía de abordaje.
- Debe cuidar su dentadura y acudir asiduamente a su dentista, para prevenir caries. Su dentista debe saber que es portador de prótesis. Si le extrae una muela deberá hacer profilaxis con antibiótico.
- Ante la sospecha de cualquier infección, aun banal, acudirá a su médico indicando que es portador de prótesis.
- Ante un dolor en la zona de la cadera consultará primero con su médico de cabecera, y si hay sospecha de infección o aflojamiento lo remitirá a su traumatólogo.
- Si aparece inflamación en la zona, acudirá a su hospital de referencia indicando que es portador de prótesis.