

Evaluación clínica de resultados de prótesis total de cadera

DR. SC. ALFREDO CEBALLOS MESA,¹ DR. ROBERTO BALMASEDA MANENT,² DR. ROBERTO PUENTE RODRÍGUEZ³ Y DR. MARIO PEDROSO CANTO³

Ceballos Mesa A, Balmaseda Manent R, Puente Rodríguez R, Pedroso Canto M. Evaluación clínica de resultados de prótesis total de cadera. Rev Cubana Ortop Traumatol 1998;12(1-2):72-6.

Resumen

Se presenta la evaluación clínica de los resultados de 33 caderas operadas con prótesis total primaria de cadera en 28 pacientes con edades entre 22 y 81 años, que tenían más de 2 años de operados por distintas causas muchas de las cuales habían sido operadas previamente por otras técnicas. Para la evaluación fue escogida la puntuación presentada por la Clínica de los Hermanos Mayo en 1985 que para los resultados clínicos da un máximo de 80 puntos. Como puntaje medio se obtuvo la cifra de 67,9; 16 caderas obtuvieron una puntuación por encima de ésta, para el 48,5 %. En el resultado final, entre excelente y bien (80-60 puntos), se encontraron 28 caderas para el 84 % lo que representa una adecuada reincorporación de nuestros pacientes a la vida social.

Descriptor DeCS: CADERA/cirugía; PROTESIS DE CADERA.

Desde los primeros trabajos de *M. D' Aubigné*¹ varios autores han tratado de estandarizar un sistema de evaluación sobre los resultados de la prótesis total de cadera. Harris,² en 1969, desarrolló una escala de puntaje hasta 100 donde incluía tanto la evaluación clínica como la radiográfica, especialmente para las prótesis cementadas. *Amstutz*³ en 1982 modificaría esta evaluación.

El Hospital para Cirugía Especial (*The Hospital for Special Surgery*) desarrolló su escala de medición en especial la parte radiográfica, tanto para las cementadas como para las roscadas o atornilladas.⁴

En 1985, la Clínica de los Hermanos Mayo⁵ elaboró una nueva escala de medición de los resultados basada en especial en el síntoma dolor al que le asignó un valor de 40 puntos sobre los 80 de su máximo en Clínica, ya que es principalmente ésta la causa que lleva al paciente al acto operatorio. El resto de hasta 100 lo dividió entre las características radiográficas de fémur y acetábulo. Para nuestro trabajo hemos escogido esta escala que puede ser

reproducibile por cualquier observador y que se mantiene en el tiempo para continuar las evaluaciones futuras del paciente. La variabilidad de nuestros elementos protésicos (cementadas y no, bipolares, híbridos) determinó que se excluyera la evaluación radiográfica sobre la cual, además, no hay criterios uniformes en cuanto a las variables medibles y su meticulosidad.⁶

Métodos

El presente trabajo ha sido realizado con pacientes operados por prótesis total de cadera primarias, por el mismo equipo de cirujanos ortopédicos en el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ) de La Habana, Cuba entre 1985 y 1993.

Fueron incluidos pacientes que como mínimo tenían 2 años de operados con prótesis primarias, y se excluyeron aquellos a los que se les realizó recambio protésico, ya fueran de nuestro Centro o

¹ Doctor en Ciencias. Profesor Consultante de Ortopedia y Traumatología. ISCM-H.

² Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Asistente. Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología.

³ Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.

remitidos de otras instituciones, y a los que habían fallecido o no fue posible evaluar.

Se analizaron 33 caderas (23 de mujeres y 10 de hombres) en 28 pacientes cuyas edades en el momento de la operación oscilaban entre 22 y 81 años para un promedio de $53,7 \pm$ años.

El peso promedio de los pacientes fue 64 kg para las mujeres y 75 kg para los hombres; la estatura promedio fue de 160 cm para las mujeres y 175 cm para los hombres, lo que se adapta a la configuración del cubano.

Los diagnósticos que llevaron a estos pacientes a ser operados fueron:

Coxoartrosis esencial	15
Necrosis aséptica	6
Secuelas traumáticas	6
Uso de esteroides	3
Artrocatadisis	2
Artritis reumatoidea	1

De los pacientes, un grupo había sufrido operaciones previas por variadas causas, entre ellas:

Prótesis Thompson	4
Clavos-placas	2
Osteotomías	2
Perforaciones	1
Exéresis de cabeza femoral	1

El acto operatorio fue realizado por abordaje posterior en 25 caderas, anteroexterno en 5 y anterior en 3.

En 5 pacientes se realizó osteotomía del trocánter mayor con osteosíntesis por alambres.

Se emplearon distintos tipos de prótesis:

Charnley	10
Aesculap	9
Etropal	8
Howse	4
Prowal	2

Se realizaron 16 prótesis cementadas, entre ellas en 12 se cementó el componente femoral siendo 4 híbridas al siempre cementarse la cúpula acetabular.

En 17 caderas la prótesis fue no cementada, cotilo roscado y vástago femoral a presión.

Para realizar la evaluación se revisaron los pacientes operados entre marzo/86 y diciembre/93 por medio de entrevista personal y en otros casos por evaluación de su historia clínica y encuesta por correo.

Se tomó la escala de la "Mayo Clinic" que evalúa los resultados de la clínica con un máximo de 80 puntos repartidos en:

Dolor	40 puntos
Ninguno	40
Ocasional	35
Moderado	20

Función	20 puntos
Distancia a caminar	15 puntos
Hasta 10 cuerdas	15
6 cuerdas	12
1-3 cuerdas	7
En la casa	2
No camina	0

Uso de muletas o bastón	5 puntos
Ninguno	5
Ocasional	4
Todo el tiempo	3

Movilidad y poder muscular	20 puntos
Capacidad de movilizarse en vehículo	5 puntos
Fácilmente	5
Con dificultad	3

Cuidado de sus pies	5 puntos
Fácilmente	5
Con dificultad	3

Claudicación evidente a la marcha	5 puntos
Ninguna	5
Moderada	3
Severa	0

Subir escaleras	5 puntos
Normal	5
Sosteniéndose	4
Escalón a escalón	2
No	0

Esta escala es la traducción de la publicada por Kavanagh.⁵

Para el análisis de la información se utilizaron los porcentajes medios y desviaciones estándar como medias de resumen calculadas mediante el sistema CSS.

Resultados

La aplicación de la escala de medición de la

"Mayo Clinic" se caracterizó por evaluar el dolor y la función más que por las mediciones de ángulos y movimientos como en otras, tampoco evalúa la ingestión de analgésicos u otros medicamentos.

En 19 caderas (57,6 %) operadas los pacientes no refirieron ningún dolor, en 12 el dolor fue ocasional (36,4 %) y dolor moderado en 2 caderas

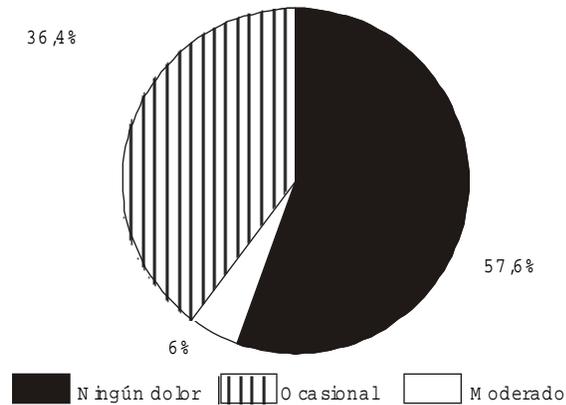


FIG. 1. Dolor.

(6 %) (fig. 1).

Al evaluar la función, la distancia al caminar fue de hasta 10 cuadras y 6 cuadras en 15 caderas (45,4 %) respectivamente; sólo en 3 la distancia fue de 1-3 cuadras (9,1 %).

El número de caderas que no necesitó ningún tipo de apoyo al caminar fue de 16 (48,5 %), igual resultado se obtuvo para las que necesitaron apoyo ocasionalmente y sólo en 1 cadera (3,0 %) se

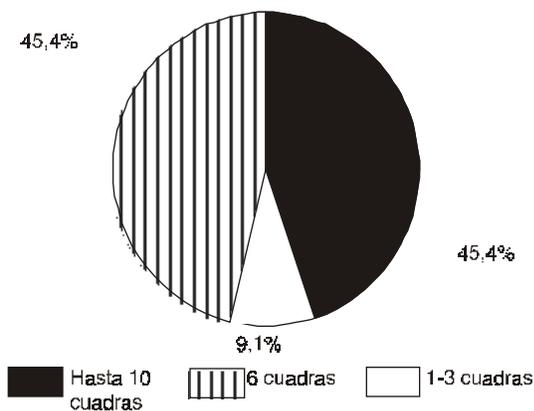


FIG. 2. Distancia al caminar.

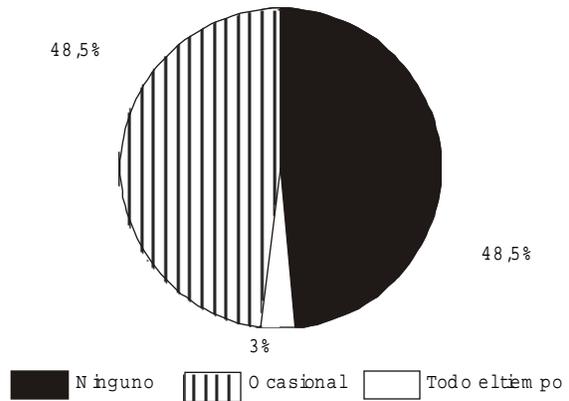


FIG. 3. Uso de muletas o bastón.

necesitó apoyo todo el tiempo (figs. 2 y 3).

La puntuación obtenida para la evaluación de la movilidad y el poder muscular se muestran en las figuras 4 a 7. El 60,6 % de las caderas operadas se movilizan en vehículos fácilmente, el 84,8 % tiene dificultad en el cuidado de sus pies; el 27,3 % no presentaron claudicación evidente a la marcha. El 69,7 % presentaron claudicación moderada y severa, sólo 1 cadera (3 %) en 8 caderas (24,2 %) la capacidad para subir escaleras fue normal; en 9 (27,3 %) necesitaban sostenerse; 15 (45,4 %) subían escalón a escalón y 1 (3,0 %) no puede subir escaleras.

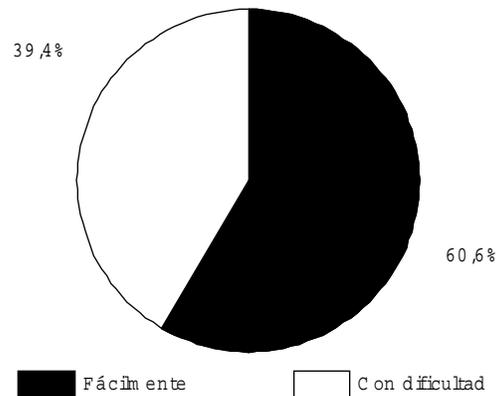


FIG. 4. Capacidad de movilización en un vehículo.

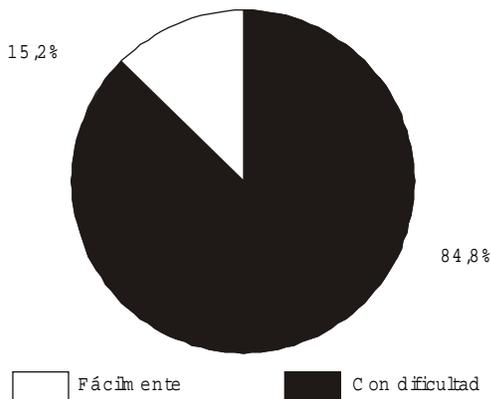


FIG. 5. Cuidado de los pies.

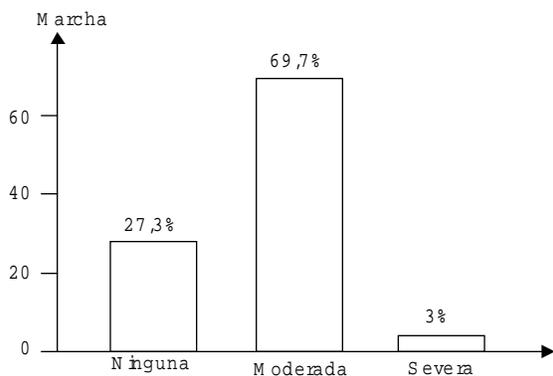


FIG. 6. Limitación a la marcha.

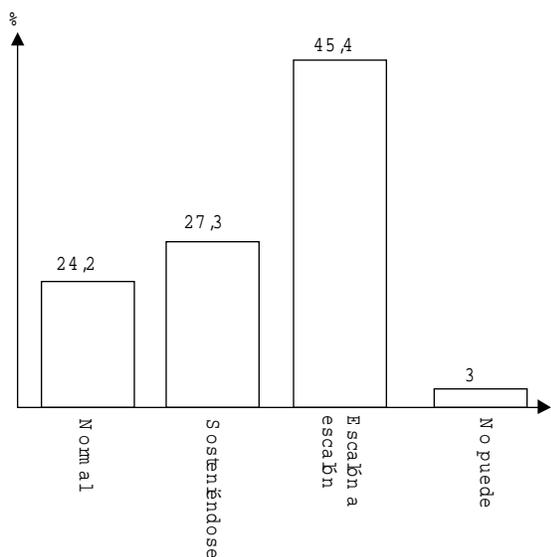


FIG. 7. Comportamiento al subir escaleras.

De la suma máxima de 80 puntos la media de nuestros resultados fue de 67,9 puntos y se reportaron 16 caderas por encima de dicha cifra.

El rango de valores para incluir a las caderas evaluadas dentro de los resultados establecidos en la práctica diaria, tanto en las escalas de Harris como en la "Mayo Clinic" se establece reduciendo 10 puntos del valor máximo para las distintas denominaciones. Sobre esa base la evaluación final en este estudio fue: en 3 caderas (39,4 %) y 15 (45,4 %), se obtuvo una evaluación de excelente y bien respectivamente, que representa un total de 84,8 %; en 4 (12,1 %) la evaluación resultó regular y en 1 (3,0 %) mal (fig. 8).

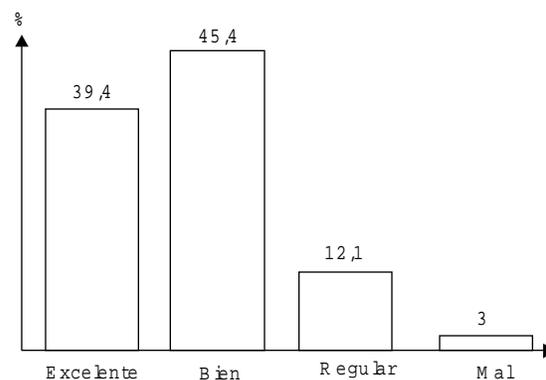


FIG. 8. Evaluación final.

Discusión

Para analizar los resultados en cualquier tipo de operación o tratamiento de un grupo quirúrgico por parte de ellos mismos, se requieren escalas medibles que puedan ser realizadas por cualquier observador parcial o imparcial dado que las respuestas las brinda el propio paciente y no la interpretación del observador; de ahí la importancia de esta escala de la "Mayo Clinic".

En esta modesta serie de evaluación clínica el 48,5 % de las caderas operadas mostraron resultados por encima de 67,9 puntos de 80 posibles y al sumar las que tuvieron puntuación por encima de 60 puntos donde se pueden incluir los conceptos de excelente y bien, este porcentaje se elevó al 84,8 %.

Beckenbaugh e Ilstrup,⁷ utilizando la escala de Harris modificada encontraron un 85 % de resultados excelentes y buenos.

Kavanagh e Ilstrup utilizando el esquema de la "Mayo Clinic" encontraron el 52 % entre excelente

y bueno y con el mismo material encontraron el 65 % cuando aplicaron la escala de Harris modificada, esto refleja la variación pero también la similitud final entre las distintas escalas de medición de resultados en las prótesis totales de cadera.

Hemos encontrado pacientes con dolor ocasional o moderado junto con alguna cojera en especial en aquellos en quienes se realizó osteotomía del trocánter mayor y también al revisar los exámenes radiográficos, imágenes que pueden interpretarse como de aflojamiento pero asintomáticas en el orden clínico. Si estas caderas van a avanzar hacia un futuro fallo clínico es impredecible pero podemos señalar que en esos casos el puntaje fue de menor cuantía, en ellos debemos profundizar en los estudios imagenológicos para precisar la necesidad del recambio protésico, al respecto *Kavanagh* ha señalado que en sus casos solamente el 30 % de los pacientes con imágenes radiográficas de aflojamiento presentaban síntomas clínicos.⁸

En conclusión pensamos que esta escala evaluativa de la "Mayo Clinic" 1985 refleja el estado del paciente y permite evaluar el pronóstico y evolucionarlo con un mismo patrón durante toda su vida de una manera sencilla por cualquier observador tanto en consulta externa, como por encuesta.

Summary

The clinical evaluation of the results of 33 hips operated on with total primary hip prosthesis in 28 patients aged 28-81, who had been surgically treated more than 2 years ago due to different causes, which had led to previous operations by other techniques, is presented. The scoring system used by the "Hermanos Mayo" Clinic, in 1985, that grants a maximum of 80 points for clinical results was selected for the evaluation. The mean scoring was 67.9. 16 hips obtained a higher scoring (48.5 %). In the final result, 28 hips were between excellent and good (80-60 points), accounting for 84 %, which represents an adequate reincorporation of our patients to social life.

Subject headings: HIP/surgery; HIP PROTHESIS.

Résumé

L'évaluation clinique des résultats de 33 hanches opérées, avec une prothèse totale primaire de hanche chez 28 patient âgés entre 22 et 81 ans, ayant plus de 2 ans d'opérés par différentes raisons dont beaucoup d'entre elles avaient été préalablement traitées par d'autres techniques, est présentée. Pour cette évaluation, on a choisi le score présenté par la Clinique des Frères Mayo en 1985 qui compte 80 points au maximum pour les résultats cliniques. Comme score moyen, on a obtenu un score supérieur à celui-ci, pour 48,5 %. Dans le résultat final, on a trouvé 28 hanches, entre excellent et bien (80-60 points), pour 84 %, représentant un retour adéquat de nos patients à la vie sociale.

Mots clés: HANCHE/chirurgie; PROTHÈSE DE HANCHE.

Referencias Bibliográficas

1. D'Aubigné MR, Postel M. Functional results of hip arthroplasty with acrylic prosthesis. *J Bone Joint Surg* 1954;36A:451-75.
2. Harris W. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by hold arthroplasty, an end result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg* 1969;51-A:737-55.
3. Amstutz H. Revision of aseptic loose total hip arthroplasties. *Clin Orthop* 1982;170:21-33.
4. Pellici P, Philip D, Wilson Jr. Long term results of revision total hip replacement. *J Bone Joint Surg* 1985;67-A(4):513-16.
5. Kavanagh B, Ilstrup D. Revision total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg* 1985;67-A(4):517-26.
6. Johnston RC, Fitzgerald R. Clinical and radiographic evaluation of total hip replacement, a standard system of terminology for reporting results. *J Bone Joint Surg* 1990;72A:161-8.
7. Beckenbaugh R, Ilstrup D. Total hip arthroplasty. A review of three hundred and thirty-three cases with long follow-up. *J Bone Joint Surg* 1978;60-A:306-13.
8. Neumann L, Freund K. Long term results of Charnley total hip replacement. *J Bone Joint Surg* 1994;76B(2):245-51.

Recibido: 12 de diciembre de 1996. Aprobado: 6 de marzo de 1997.

Dr. Alfredo Ceballos Mesa. Calle 62 No. 722, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.