

Técnica para modificar el posicionamiento del paciente en decúbito lateral posterior a fijación con soportes en el abordaje posterolateral a la cadera



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Cali

Clínica **Imbanaco**
Vocación de Servicio

Autores

- Hernando Gaitán Lee. Médico ortopedista. Fellow de patología, cirugía y reemplazos articulares de cadera y rodilla. Grupo de patología, cirugía y reemplazos articulares de cadera y rodilla. Clínica Imbanaco. - Pontificia Universidad Javeriana, Cali
- Julio César Palacio Villegas. Médico ortopedista. Subespecialista en reemplazos articulares de cadera y rodilla. Grupo de patología, cirugía y reemplazos articulares de cadera y rodilla. Clínica Imbanaco. - Pontificia Universidad Javeriana, Cali
- Ricardo Alzate. Médico ortopedista. Subespecialista en cirugía de cadera. Grupo de patología, cirugía y reemplazos articulares de cadera y rodilla. Clínica Imbanaco.
- Claudia Lorena Chacón. Médico General. Grupo de patología, cirugía y reemplazos articulares de cadera y rodilla. Clínica Imbanaco.
- Willy Paul Stangl Correa. Médico ortopedista. Subespecialista en cirugía de rodilla. Clínica Imbanaco- Pontificia Universidad Javeriana, Cali
- Willy Paul Stangl Herrera. Médico ortopedista. Subespecialista en reemplazos articulares de cadera y rodilla. Grupo de patología, cirugía y reemplazos articulares de cadera y rodilla. Clínica Imbanaco. - Pontificia Universidad Javeriana, Cali
- Andres Alejo Echeverri. Médico ortopedista. Subespecialista en reemplazos articulares de cadera y rodilla. Grupo de patología, cirugía y reemplazos articulares de cadera y rodilla. Clínica Imbanaco. - Pontificia Universidad Javeriana, Cali

Introducción y justificación

El abordaje posterolateral es el más utilizado mundialmente para acceder a la articulación coxofemoral. Entre sus principales indicaciones se encuentra la artroplastia total de cadera ¹.

El adecuado posicionamiento del paciente facilita la visualización e identificación de parámetros anatómicos del acetábulo para orientar adecuadamente la copa ^{2, 3}.

La ubicación del paciente debe ser completamente lateral y requiere la constante movilización del mismo previa a la colocación de los campos quirúrgicos por lo que puede variar y ser poco exacta ⁴.

Materiales y métodos

1. Ubicación del paciente con sábana de movimiento entre la región lumbar y el tercio medio del muslo
2. Movilización del paciente para ubicarlo en decúbito lateral
3. Posicionamiento de la sábana de movimiento entre el paciente y los soportes de cadera
4. Tracción del segmento anterior de la sábana para aumentar la inclinación posterior del paciente. En caso de querer aumentar la inclinación anterior se realiza tracción del segmento anterior
5. Verificación de la adecuada posición
6. Video explicativo que demuestra cómo la tracción anterior de la sábana corrige y logra el posición en neutro del paciente



1



2



3



4



5



6

Discusión

El abordaje posterolateral es el más utilizado mundialmente para la artroplastia total de cadera por su versatilidad, adecuada exposición y naturaleza extensible ¹.

El adecuado posicionamiento del paciente en decúbito lateral es clave en este abordaje y permite al cirujano identificar estructuras anatómicas de acetábulo para orientar adecuadamente la copa ².

Cambios en la posición de la pelvis llevarán a una inadecuada percepción de la orientación acetabular en términos de inclinación y anteversión ³.

Desafortunadamente la ubicación del paciente requiere la constante movilización del mismo previa a la colocación de los campos quirúrgicos por lo que puede ser inexacta ⁴.

Estudios han mostrado que la inconsistencia en la colocación del paciente y el movimiento de la pelvis durante la cirugía explican en parte la variación en la orientación del componente acetabular con respecto a la posición planeada ⁵, lo que se traduce en mayores tasas de luxación e inestabilidad ⁶.

Se plantea una técnica fácil y reproducible para mejorar el posicionamiento del paciente que permite sutiles modificaciones en la inclinación del cuerpo para lograr la deseada por el cirujano evitando la necesidad de retirar los soportes.

Bibliografía

1. Moretti VM, Post ZD. Surgical Approaches for Total Hip Arthroplasty. *Indian J Orthop.* 2017 Jul-Aug;51(4):368-376
2. Papalia GF, Zampogna B, Albo E, Torre G, Villari E, Papalia R, Denaro V. The role of patient surgical positioning on hip arthroplasty component placement and clinical outcomes: a systematic re-view and meta-analysis. *Orthop Rev (Pavia).* 2023 Apr 11;15:74116.
3. Rutherford M, O'Connor JD, Hill JC, Beverland DE, Lennon AB, Dunne NJ. Patient positioning and cup orientation during total hip arthroplasty: assessment of current UK practice. *Hip Int.* 2019 Jan;29(1):89-95.
4. Berry D, Lieberman J. *Surgery of the Hip.* 1st Edition. Saunders
5. Grammatopoulos G, Pandit HG, da Assunção R, Taylor A, McLardy-Smith P, De Smet KA, Murray DW, Gill HS. Pelvic position and movement during hip replacement. *Bone Joint J.* 2014 Jul;96-B(7):876-83
6. Seagrave KG, Troelsen A, Malchau H, Husted H, Gromov K. Acetabular cup position and risk of dislocation in primary total hip arthroplasty. *Acta Orthop.* 2017 Feb;88(1):10-17