



## Caso Clínico

### Disección de la arteria femoral común tras artroplastia total de cadera

#### *Common femoral artery injury following total hip replacement*

María Soledad Manzano Grossi, María Azucena Ayala Strub, Tamara de Francisco Torres, Rosario García Pajares, José Manuel Liger Ramos

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

#### INTRODUCCIÓN

Las complicaciones arteriales tras el implante de una prótesis total de cadera constituyen una rara entidad cuya prevalencia oscila entre el 0,08 y 0,3% (1).

El aumento de la esperanza de vida y la subsiguiente mayor degeneración ósea y vascular determinan que este tipo de lesiones tiendan a ser cada vez más frecuentes.

Esta rara complicación se asocia a una elevada mortalidad (7-10%) y a un elevado riesgo de amputación (12-15%), por lo que la prevención de la misma es el aspecto más importante de su tratamiento (2).

#### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 81 años con los factores de riesgo cardiovascular habituales, diagnosticada en otro centro de artrosis de cadera derecha. Acudía por dolor continuo y limitación para la deambulación y para las actividades de la vida diaria, requiriendo altas dosis de analgesia.

A la exploración, se objetivó un flexo de la cadera de 90° con rotaciones anuladas. Se decidió entonces intervenir realizando una artroplastia total de cadera (Smith and Nephew cotilo EP-FIT™) no cementada.

En el posoperatorio inmediato comienza con dolor brusco, palidez y frialdad de la pierna, motivo por el que es derivada 48 horas después a nuestro servicio. Se determinó la presencia de un relleno venocapilar enlentecido, la ausencia de pulso poplíteo y de distales y la limitación funcional del miembro.

Diagnosticada de isquemia subaguda, se inició pauta de analgesia y anticoagulación con heparina sódica en bomba de perfusión continua, lo cual mejoró la movilidad de la extremidad.

Se realizó eco-doppler, donde se observó una estenosis de la arteria femoral común proximal de en torno al 50-99% que progresaba hasta hacerse casi oclusiva en arteria femoral superficial.

La angiografía por tomografía computarizada (angio-TC) confirmó la oclusión de la arteria femoral común, así como del inicio de la femoral profunda y superficial con repermeabilización de ambas arterias en el inicio de su tercio medio.

Pese al tratamiento conservador inicial, la paciente continuaba con mal control analgésico y limitación funcional, por lo que se optó por un tratamiento quirúrgico preferente.

Como hallazgo intraoperatorio (Fig. 1) se evidenció una disección localizada en femoral común asociada a *flap* oclusivo y trombo secundario hasta el origen de la femoral superficial y profunda derechas.

Recibido: 03/04/2019 • Aceptado: 01/05/2019

Manzano Grossi MS, Ayala Strub MA, de Francisco Torres T, García Pajares R, Liger Ramos JM.  
Disección de la arteria femoral común tras artroplastia total de cadera. *Angiología* 2019;71(4):164-166.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00058>

#### Correspondencia:

María Soledad Manzano Grossi. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ del Dr. Esquerdo, 46. 28007 Madrid  
e-mail: [smanzanogrossi@gmail.com](mailto:smanzanogrossi@gmail.com)

Se realizó una tromboendarterectomía con fijación de la íntima proximal a la bifurcación de femoral común y plastia de femoral común y superficial con parche de Dacron (Fig. 2).

La paciente evolucionó tras la cirugía satisfactoriamente y recuperó en el miembro inferior derecho la movilidad, la sensibilidad y el pulso tibial posterior. Dos meses después, vista en consulta, no presentaba complicación.

## DISCUSIÓN

La artroplastia total de cadera es un procedimiento útil para reducir el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes con artrosis de esta articulación.

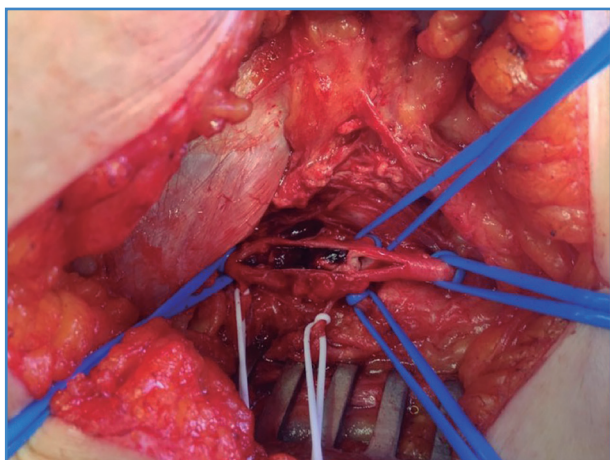


Figura 1.

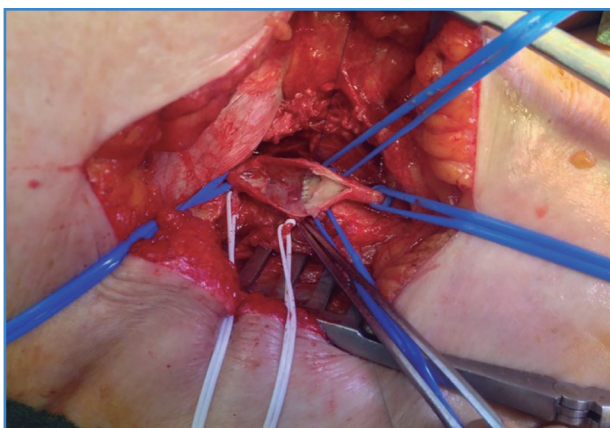


Figura 2.

Las lesiones arteriales asociadas a este procedimiento son raras, sin embargo, constituyen la tercera causa más frecuente de lesión iatrogénica después de las secundarias a cateterismos y las de origen traumático.

Las arterias más frecuentemente lesionadas suelen ser la iliaca externa y la femoral común, especialmente en aquellos pacientes con afectación vascular a varios niveles (3).

Los mecanismos lesivos más frecuentes son aquellos derivados del uso de separadores, taladros, cemento (por acción física o química), o por manipulación agresiva de la extremidad (compresión, estiramiento o rasgado) (4).

En nuestro caso en particular, la hiperextensión arterial en una paciente añosa con cierto grado de calcificación arterial generó, mediante un mecanismo de cizallamiento, una lesión íntima que provocó una disección localizada en la femoral ocasionando una isquemia aguda de dicha extremidad.

Las diferentes series recogen que entre un 25 y un 50% de los casos no son diagnosticados en las primeras 24 horas. En muchas ocasiones, debido al uso de medias de compresión, paños quirúrgicos o anestesia epidural, que enmascaran la clínica habitual de isquemia aguda.

Este retraso diagnóstico puede comprometer la viabilidad de la extremidad y el éxito del tratamiento revascularizador, aumentando así el riesgo de secuelas irreversibles y, por tanto, la tasa de amputación (1).

Aunque la frecuencia de este tipo de lesiones es baja, es fundamental realizar una buena historia clínica y exploración vascular previamente a la realización de la prótesis total de cadera. Asimismo, es conveniente evitar la flexión, la aducción o la rotación extrema de la extremidad durante el procedimiento. Sería conveniente también realizar un seguimiento cercano en el posoperatorio inmediato para evitar un eventual retraso diagnóstico y realizar así un tratamiento específico lo más precoz posible (5).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Calligaro KD, Dougherty MJ, Ryan S, Booth RE. Acute arterial complications associated with total hip and knee arthroplasty. *J Vasc Surg* 2003;38(6):1170-7. DOI: 10.1016/S0741

2. Yang I-H. Neurovascular injury in hip arthroplasty. *Hip Pelvis* 2014;26(2):74-8. DOI: 10.5371/HP.2014.26.2.74.
3. Rue JPH, Inoue N, Mont MA. Current overview of neurovascular structures in hip arthroplasty: anatomy, preoperative evaluation, approaches, and operative techniques to avoid complications. *Orthopedics* 2004;27(1):73-83.
4. Abularrage CJ, Weiswasser JM, Dezee KJ, Slidell MB, Henderson WG, Sidawy AN. Predictors of lower extremity arterial injury after total knee or total hip arthroplasty. *J Vasc Surg* 2008;47(4):803-7. DOI: 10.1016/j.jvs.2007.11.067
5. Parvizi J, Pulido L, Slenker N, Macgibeny M, Purtill JJ, Rothman RH. Vascular injuries after total joint arthroplasty. *J Arthroplasty* 2008;23(8):1115-21. DOI: 10.1016/j.arth.2008.02.016