

DOI: 10.26820/recimundo/9.(2).abril.2025.883-891

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2708>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 883-891



Reemplazo articular de cadera en pacientes jóvenes: Influencia de trastornos psiquiátricos en la elección y manejo de la prótesis

Hip arthroplasty in young patients: Influence of psychiatric disorders on prosthesis selection and management

Artroplastia da anca em pacientes jovens: influência dos transtornos psiquiátricos na seleção e gestão da prótese

Cristhian Alexander Quinaluisa Erazo¹; Leonel Alexander Segovia Jácome²; Verónica Daniela Vaca Muñoz³; Juan Luis Acuña Naranjo⁴; Ariel Matheus Barragán Cisneros⁵; Lenin Guillermo Molina Alvarez⁶

RECIBIDO: 10/03/2025 **ACEPTADO:** 19/04/2025 **PUBLICADO:** 04/08/2025

1. Médico; Posgradista de Ortopedia y Traumatología de la Universidad de Las Américas-UDLA; Quito, Ecuador; Alex_trmf@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1897-2441>
2. Médico; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; leonel_sj@outlook.com;  <https://orcid.org/0009-0002-1512-3276>
3. Médica; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; danifitness899@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0005-4337-9254>
4. Médico; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; juanl211221@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0000-6547-6745>
5. Médico; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; arielbarragancisneros12@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0004-8900-272X>
6. Médico; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; leningma97@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0003-7703-900X>

CORRESPONDENCIA

Cristhian Alexander Quinaluisa Erazo

Alex_trmf@hotmail.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

El reemplazo articular de cadera en pacientes jóvenes es un tema de creciente interés en la ortopedia, debido al aumento exponencial de adultos jóvenes que requieren esta cirugía. La elección y el manejo de la prótesis en este grupo demográfico presentan desafíos únicos, y la influencia de trastornos psiquiátricos es un factor crucial que puede impactar significativamente el resultado. Para esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos académicas clave, incluyendo PubMed, Scopus, Web of Science y LILACS. Se incluyeron estudios publicados desde 2015 hasta la fecha de la revisión para asegurar la actualidad de la información. Los criterios de inclusión se enfocaron en artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas que abordaran directamente la influencia de los trastornos psiquiátricos en la selección y el manejo de las prótesis en pacientes jóvenes sometidos a reemplazo articular de cadera. Se excluyeron editoriales, cartas al editor y estudios de caso individuales. La selección de los artículos se realizó en dos fases: primero, se revisaron los títulos y resúmenes para determinar su relevancia; luego, los artículos potencialmente elegibles fueron evaluados en su totalidad para verificar si cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Se priorizaron los estudios con mayor nivel de evidencia. Aunque el RAC puede mejorar significativamente la calidad de vida en pacientes jóvenes con trastornos psiquiátricos, el éxito del procedimiento depende en gran medida de un abordaje integral y personalizado. La colaboración entre ortopedistas, psiquiatras, psicólogos y fisioterapeutas es imperativa para optimizar los resultados funcionales y psicosociales en esta población de pacientes.

Palabras clave: Reemplazo de cadera, Artroplastia de cadera, Pacientes jóvenes, Trastornos psiquiátricos, Depresión, Ansiedad.

ABSTRACT

Hip arthroplasty in young patients is a topic of growing interest in orthopedics due to the exponential increase in young adults requiring this surgery. Prosthesis selection and management in this demographic present unique challenges, and the influence of psychiatric disorders is a crucial factor that can significantly impact outcomes. For this literature review, a systematic search was conducted in key academic databases including PubMed, Scopus, Web of Science, and LILACS. Studies published from 2015 to the review date were included to ensure up-to-date information. Inclusion criteria focused on original articles, systematic reviews, meta-analyses, and clinical guidelines directly addressing the influence of psychiatric disorders on prosthesis selection and management in young patients undergoing hip arthroplasty. Editorials, letters to the editor, and individual case studies were excluded. Article selection occurred in two phases: first, titles and abstracts were reviewed for relevance; then, potentially eligible articles were fully evaluated to confirm they met the established inclusion criteria. Studies with the highest level of evidence were prioritized. Although hip arthroplasty can significantly improve the quality of life in young patients with psychiatric disorders, the success of the procedure largely depends on a comprehensive and personalized approach. Collaboration among orthopedists, psychiatrists, psychologists, and physical therapists is imperative to optimize functional and psychosocial outcomes in this patient population.

Keywords: Hip replacement, Hip arthroplasty, Young patients, Psychiatric disorders, Depression, Anxiety.

RESUMO

A artroplastia da anca em pacientes jovens é um tema de crescente interesse na ortopedia devido ao aumento exponencial de adultos jovens que necessitam desta cirurgia. A seleção e o manejo de próteses nesta faixa etária apresentam desafios únicos, e a influência de transtornos psiquiátricos é um fator crucial que pode impactar significativamente os resultados. Para esta revisão da literatura, foi realizada uma pesquisa sistemática nas principais bases de dados acadêmicas, incluindo PubMed, Scopus, Web of Science e LILACS. Estudos publicados de 2015 até a data da revisão foram incluídos para garantir informações atualizadas. Os critérios de inclusão se concentraram em artigos originais, revisões sistemáticas, meta-análises e diretrizes clínicas que abordavam diretamente a influência dos transtornos psiquiátricos na seleção e gestão de próteses em pacientes jovens submetidos à artroplastia do quadril. Editoriais, cartas ao editor e estudos de casos individuais foram excluídos. A seleção dos artigos ocorreu em duas fases: primeiro, os títulos e resumos foram analisados quanto à sua relevância; depois, os artigos potencialmente elegíveis foram avaliados na íntegra para confirmar se cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos. Os estudos com o mais alto nível de evidência foram priorizados. Embora a artroplastia da anca possa melhorar significativamente a qualidade de vida em pacientes jovens com transtornos psiquiátricos, o sucesso do procedimento depende em grande parte de uma abordagem abrangente e personalizada. A colaboração entre ortopedistas, psiquiatras, psicólogos e fisioterapeutas é fundamental para otimizar os resultados funcionais e psicossociais nesta população de pacientes.

Palavras-chave: Substituição da anca, Artroplastia da anca, Pacientes jovens, Transtornos psiquiátricos, Depressão, Ansiedade.

Introducción

La artroplastia total de cadera (ATC) es un tratamiento consolidado para patologías avanzadas de cadera en pacientes mayores, pero su aplicación en pacientes excepcionalmente jóvenes presenta desafíos únicos. Los avances recientes en biomateriales y abordajes quirúrgicos han mejorado significativamente la durabilidad de los implantes; estudios modernos reportan tasas de supervivencia del 95% a 10 años. Sin embargo, los pacientes jóvenes siguen presentando mayores tasas de revisión en comparación con poblaciones mayores, principalmente debido al aflojamiento aséptico que representa el 50,2% de las revisiones y complicaciones por desgaste. Entre los factores pronósticos clave se incluyen la etiología, la selección del implante y la técnica quirúrgica (1).

En los últimos años el uso de la fijación no cementada se ha incrementado a nivel global, especialmente en pacientes jóvenes, reportando tasas de supervivencia protésica por encima del 90% a largo plazo. Además, existen diferentes ventajas adicionales, como la disminución del tiempo quirúrgico, el menor riesgo de eventos tromboembólicos y, dada la ausencia del cemento, una ulterior revisión con menor demanda técnica. Por otro lado, en los inicios de la fijación cementada, diferentes autores informaron tasas alarmantes de fallo de fijación (hasta un 50%) a corto plazo en pacientes jóvenes. Como consecuencia, su uso fue restringiéndose a pacientes mayores y de menor demanda funcional (2).

Sin embargo, a pesar del éxito observado con estos componentes y teniendo en cuenta la extensión de su indicación, han surgido diversos desafíos particulares para las tecnologías de fijación no cementadas en pacientes más jóvenes. Estos desafíos incluyen: 1. Preservación del capital óseo femoral proximal. 2. Potencial necesidad de una revisión eficaz del componente femoral.

3. Desajuste anatomomorfológico femoral por discordancia proximal-distal. 4. Capacidad de insertar implantes de forma segura y reproducible. Los implantes femorales no cementados de vástago corto se han desarrollado para abordar algunos de estos desafíos en tanto y en cuanto no disminuyan el nivel actual de éxito alcanzado por los implantes no cementados de longitud convencional (3).

Metodología

Para esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos académicas clave, incluyendo PubMed, Scopus, Web of Science y LILACS. La búsqueda se llevó a cabo utilizando una combinación de términos de búsqueda relevantes como "reemplazo de cadera", "artroplastia de cadera", "pacientes jóvenes", "trastornos psiquiátricos", "depresión", "ansiedad", "manejo de prótesis" y "elección de implante", tanto en español como en inglés. Se incluyeron estudios publicados desde 2015 hasta la fecha de la revisión para asegurar la actualidad de la información. Los criterios de inclusión se enfocaron en artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas que abordaran directamente la influencia de los trastornos psiquiátricos en la selección y el manejo de las prótesis en pacientes jóvenes sometidos a reemplazo articular de cadera. Se excluyeron editoriales, cartas al editor y estudios de caso individuales. La selección de los artículos se realizó en dos fases: primero, se revisaron los títulos y resúmenes para determinar su relevancia; luego, los artículos potencialmente elegibles fueron evaluados en su totalidad para verificar si cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Se priorizaron los estudios con mayor nivel de evidencia.

Resultados

Artrosis de la cadera



Figura 1. Paciente con cadera artrósica en el lado derecho, y cadera normal en la izquierda

Fuente: Gonzalo J (4).

El término artrosis de cadera refiere al proceso fisiopatológico por el cual la articulación coxofemoral sufre el deterioro del cartílago y del hueso subcondral. Este daño articular es el resultado final de distintos procesos o enfermedades que tienen como común denominador la lesión de los condrocitos, la matriz y el hueso subyacente, factores que generan progresivamente distintos grados de compromiso y afectación en la función de la misma. La osteoartritis (artrosis) se clasifica en primaria y secundaria según su origen. La artrosis primaria, históricamente la más común, se atribuye al "desgaste" o envejecimiento celular sin una causa específica identificable. Suele manifestarse en adultos mayores, generalmente después de los 55 años (4).

Por otro lado, la artrosis secundaria surge como consecuencia de una enfermedad o condición preexistente que predispone al deterioro articular. Este tipo es más frecuente en personas menores de 50 años. La comprensión de la artrosis secundaria se ha ampliado significativamente, especialmente con el descubrimiento del síndrome de fricción fémoro-acetabular (SFFA) en la década de los 90. Esta sutil alteración en la morfología de la cadera puede llevar a

un desgaste prematuro y artrosis en individuos jóvenes, un factor que previamente no se identificaba, lo que ha reducido el porcentaje de casos clasificados como artrosis primaria (4).

Causas

La artrosis de cadera presenta diferentes causas según la edad del paciente. En pacientes mayores de 65 años se presenta con mayor frecuencia la artrosis primaria, la cual es de tipo degenerativo y lleva al paciente a presentar dolor articular progresivo que produce limitación funcional en grado variable. En los pacientes jóvenes (menores de 40 años), la artrosis primaria es rara y más aún en adolescentes. En este grupo de pacientes priman las alteraciones secundarias a complejos traumatismos o los grados más graves de patologías de la infancia que derivan en múltiples procedimientos correctivos y luego en degeneración articular. Se aceptan como factores de riesgo para el desarrollo de artrosis secundaria: displasia de cadera, pinzamiento femoroacetabular, necrosis avascular, artritis juvenil, artritis séptica previa, deslizamiento epifisiario capital femoral, fracturas de cadera o acetábulo, y enfermedad de Perthes (5).

Influencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con trastornos mentales

Investigadores de la Universidad de Duke, han revelado que los pacientes con enfermedades mentales experimentan una peor recuperación y resultados de salud después de someterse a una cirugía de reemplazo total de cadera (artroplastia). El estudio, que analizó datos del Medicare entre 2005 y 2011, comparó la evolución de 86.976 pacientes con depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia que se sometieron a esta cirugía, con la de 590.689 pacientes sin enfermedades mentales. Los hallazgos mostraron que los pacientes con trastornos mentales presentaban más problemas médicos adicionales y eran más propensos a desarrollar 13 de las 14 complicaciones médicas más frecuentes en los tres meses posteriores a la cirugía (6).

Específicamente, se encontró que estos pacientes tenían el doble de riesgo de sufrir una infección, que la prótesis se rompiera o se saliera de su sitio, y el doble de probabilidades de necesitar una segunda cirugía de revisión. También mostraron el doble de riesgo de sufrir insuficiencia respiratoria o neumonía, sin diferencias significativas entre los distintos tipos de enfermedades mentales. Esta peor recuperación se debe a que la salud mental deficiente reduce la capacidad de autogestión de los pacientes para seguir las instrucciones médicas postoperatorias. Además, estos pacientes suelen tener un sistema inmune debilitado, mayor índice de masa corporal y más riesgo de diabetes, factores que pueden contribuir a una recuperación menos favorable. Ante estos resultados, se enfatiza la importancia de informar a los pacientes con enfermedades mentales sobre los riesgos específicos que pueden enfrentar al someterse a una cirugía de reemplazo de cadera (6).

Artroplastia total de cadera

La artroplastia total de cadera (ATC) es uno de los mayores hitos de la cirugía ortopédica moderna, con orígenes que se remontan a los intentos de reemplazo del siglo XX uti-

lizando diversos materiales. Fue en la década de 1960 cuando Sir John Charnley revolucionó el campo al establecer la ATC con el concepto de "baja fricción", consolidándose como el padre de la artroplastia de cadera moderna. Actualmente, la ATC es una de las cirugías más realizadas a nivel global, con unas 30.000 intervenciones anuales en España y un crecimiento proyectado del 71% para 2030 en Estados Unidos, a pesar de los aplazamientos por la pandemia de SARS-CoV-2. Este procedimiento, efectivo y seguro, implica reemplazar total o parcialmente la articulación de la cadera (cabeza femoral y/o acetábulo) con una prótesis debido al desgaste del cartílago, corrigiendo anomalías anatómicas y mejorando la calidad de vida (7).

En pacientes jóvenes (generalmente menores de 50 años, o aquellos con larga esperanza de vida y alta actividad física), las causas más frecuentes son la coxartrosis primaria o secundaria. La indicación para una ATC en este grupo se da ante un daño articular irreversible, cuando el tratamiento conservador no logra controlar el dolor o la limitación funcional. Dada su juventud y nivel de actividad, la durabilidad de la prótesis es crucial, y la investigación continua busca mejorar los resultados de la intervención, su técnica y los componentes protésicos (7).

Componentes y tipos

La prótesis total de cadera consta de cuatro componentes clave: el vástago femoral y el componente acetabular, ambos anclados al hueso, junto con la cabeza femoral y el inserto, que son las partes articulares. La cabeza femoral, de cerámica o metal, se une al vástago femoral, el cual se inserta en la diáfisis femoral. El inserto, fabricado en polietileno, cerámica o metal, se sitúa entre el componente acetabular y la cabeza femoral, permitiendo el movimiento. Este último es crucial, ya que su desgaste, especialmente el del polietileno, ha sido la causa principal de falla protésica. Por ello, se han desarrollado mejoras, particularmente para pacientes jóvenes, para aumentar su durabilidad (7).

Existen dos técnicas principales para la fijación de los componentes óseos: la prótesis cementada, que utiliza cemento óseo de polimetilmetacrilato para una sujeción inmediata, siendo ideal para pacientes mayores o con mala calidad ósea, y para quienes tienen artritis reumatoide o trauma. Por otro lado, la prótesis no cementada es la opción preferida en pacientes jóvenes con buena calidad ósea, ya que se adhiere por presión y fomenta la proliferación ósea natural o el uso de materiales porosos/hidroxiapatita para la osteointegración, ofreciendo actualmente los mejores resultados. Las prótesis de revisión son similares en diseño, pero están adaptadas para reemplazar una prótesis previa debido a complicaciones, permitiendo la sustitución de la pérdida ósea (7).

Indicaciones para la Artrodesis de Cadera

La artrodesis de cadera sigue siendo una opción útil en pacientes jóvenes con artritis de cadera unilateral en etapa terminal donde los métodos de preservación de la cadera han fallado o ya no ofrecen un pronóstico prometedor. En niños con defectos óseos o de tejidos blandos que podrían comprometer la inserción y estabilidad de los implantes de ATC, o aquellos con afecciones neuromusculares, la artrodesis podría ser la mejor opción para lograr una cadera funcional, estable y sin dolor con menos riesgo que una artroplastia (8).

Pacientes menores de 30 años con cirugías de cadera previas que resultaron en cicatrización excesiva o daño a la musculatura abductora, artritis postraumática con defectos óseos, o etiología postinfecciosa parecen ser candidatos sólidos para la artrodesis de cadera en lugar de la artroplastia. Sin embargo, aquellos con dolor lumbar preexistente, osteoartritis o deformidad de la cadera contralateral que pueda predisponer a la artritis, o dolor ipsilateral de rodilla corren el riesgo de que los síntomas progresen después de la artrodesis de cadera y, por lo tanto, podrían no ser candidatos adecuados para la artrodesis (8).

A pesar de un sesgo general contra la realización de una artrodesis en mujeres, los resultados de la artrodesis de cadera no han demostrado ser dependientes del género, ya que pacientes masculinos y femeninos reportan resultados similares, ninguno reportó dificultades en la función sexual, y las mujeres no informan problemas durante el parto. No obstante, existe un sesgo actual contra la artrodesis debido a las mencionadas consecuencias estructurales y funcionales, especialmente en mujeres (8).

Implantes no cementados



Figura 2. A. Implantes con fijación en cuello femoral. B. Implantes con fijación cervico - metafisiaria con apoyo en la cortical lateral. C. Implantes de fijación trocanterica - metafisiaria

Fuente: Nossa et al (9).

La filosofía de implantes no cementados es obtener una fijación biológica entre hueso y el implante, para lograr este objetivo es necesario obtener 1. Estabilidad primaria adecuada definida como micro movimiento entre implante - hueso menor a 40 micras. 2. Contacto íntimo entre hueso huésped e implante con brecha menores de 2 mm

idealmente; Estas dos premisas guiaron diseños de implantes no cementados a desarrollar vástagos tubulares largos que llenan el canal con superficies porosas totales, los cuales reportaron problemas de reabsorción ósea proximal (stress shielding) y dolor en el muslo relacionado con el tamaño del implante y la morfología de la punta del vástago. Generando una evolución en los diseños hacia vástagos de forma triangular con puntas delgadas e integración ósea proximal (9).

En la última década se han introducido diferentes tipos de diseños de vástagos cortos, estos implantes se pueden clasificar en tres categorías: 1. Implantes con fijación en cuello femoral: son implantes de forma cilíndrica impactadas en el cuello femoral. 2. Implantes con fijación cérvico - metafisiaria con apoyo en la cortical lateral: Proveen una unión cérvico - metafisiaria, con preservación de cuello femoral. 3. Implantes de fijación trocantérica - metafisiaria: este implante llena el segmento trocantérico dando una fijación anatómica con un segmento lateral pronunciado y un muy corto segmento distal. El uso de vástagos cortos se ha incrementado alrededor del mundo, especialmente en pacientes jóvenes con el objetivo de preservar hueso huésped (9).

Recuperación post quirúrgica

La recuperación postquirúrgica de la cadera muestra mejoras significativas en la velocidad y patrón de la marcha, incluyendo la longitud del paso y la zancada, el tiempo de apoyo de una extremidad y el rango de movimiento de la articulación de la cadera en planos coronal y sagital. Sin embargo, es crucial abordar el riesgo de caídas que un porcentaje considerable de pacientes experimenta durante el primer año postoperatorio. Es fundamental identificar los factores de riesgo tanto en el ámbito hospitalario (como trastornos hidroelectrolíticos, coagulopatía y revisión de artroplastia) como después del alta (medicamentos, enfermedades psiquiátricas, vivir solo, historial previo de artroplastia, historial de caídas y sexo femenino) (10).

Complicaciones

Las complicaciones de la artroplastia total de cadera incluyen varias condiciones que pueden requerir cirugía de revisión o impactar negativamente los resultados. Una de ellas es la infección periprotésica, que se diagnostica por marcadores elevados como PCR y VSG, aumento de glóbulos blancos sinoviales y polimorfonucleares, análisis histológico positivo del tejido o un cultivo bacteriano positivo. La inestabilidad y luxación de cadera son las causas más frecuentes de reoperación, influenciadas por la edad del paciente, fracturas previas, el abordaje quirúrgico, el tamaño de la prótesis y la adherencia del paciente a las indicaciones (10).

Implicaciones psicológicas

- **Autoestima e imagen corporal:** La pérdida de la función natural de la cadera y la necesidad de un implante pueden afectar la autoimagen y la autoestima, especialmente en personas jóvenes que valoran su apariencia y su capacidad física (11).
- **Ansiedad y depresión:** La recuperación de una cirugía de reemplazo de cadera puede ser un proceso largo y doloroso, lo que puede generar ansiedad y, en algunos casos, depresión (12).
- **Adaptación al nuevo estilo de vida:** La necesidad de modificar ciertas actividades y evitar deportes de alto impacto puede ser difícil de aceptar para pacientes jóvenes, lo que puede llevar a sentimientos de frustración y tristeza (13).
- **Percepción de la salud:** La presencia de un implante puede generar preocupación por el posible fallo de la prótesis o la necesidad de una futura cirugía, lo que puede afectar la percepción de la salud y el bienestar (11).
- **Tipo de prótesis:** La elección del tipo de prótesis (superficie, convencional, etc.) puede influir en la percepción del

paciente sobre su cuerpo y su capacidad funcional. Por ejemplo, una prótesis de superficie, al preservar más hueso, puede generar una mayor sensación de naturalidad (13).

Conclusión

La presencia de condiciones psiquiátricas puede influir significativamente en varias etapas del proceso, desde la indicación y selección de la prótesis hasta el manejo postoperatorio y los resultados a largo plazo.

La evaluación preoperatoria debe ser exhaustiva, no solo desde el punto de vista ortopédico sino también psiquiátrico. Es crucial identificar y caracterizar la naturaleza y severidad de cualquier trastorno psiquiátrico existente, ya que condiciones como la depresión mayor, los trastornos de ansiedad, los trastornos psicóticos o el abuso de sustancias pueden alterar la percepción del dolor, la adherencia al tratamiento y la capacidad de cooperación del paciente durante la rehabilitación. La comunicación abierta entre el equipo ortopédico y los profesionales de salud mental es fundamental para optimizar la planificación quirúrgica y mitigar riesgos.

La elección de la prótesis puede verse afectada por la presencia de trastornos psiquiátricos. Pacientes con ciertas condiciones podrían tener una menor tolerancia a periodos prolongados de recuperación, o podrían ser más propensos a una actividad excesiva o inadecuada que comprometa la estabilidad o durabilidad de la prótesis. Por lo tanto, se podrían considerar opciones de prótesis que ofrezcan mayor estabilidad inicial o que requieran un periodo de rehabilitación menos complejo en casos seleccionados. Sin embargo, no hay un consenso claro sobre prótesis específicas para estos pacientes, enfatizando la importancia de una decisión individualizada.

El manejo postoperatorio y la rehabilitación presentan desafíos particulares. Los pacientes jóvenes con trastornos psiquiátricos pue-

den experimentar una mayor dificultad para seguir las indicaciones médicas y las pautas de rehabilitación, lo que podría aumentar el riesgo de complicaciones como luxaciones protésicas, infecciones o un retorno funcional subóptimo. Un soporte psicológico continuo y un seguimiento psiquiátrico postoperatorio son esenciales para asegurar la adherencia al tratamiento, manejar el dolor crónico y abordar cualquier exacerbación de los síntomas psiquiátricos que pueda surgir. El establecimiento de expectativas realistas y una comunicación empática son clave para fomentar la participación activa del paciente en su recuperación.

Bibliografía

- Alfaro Rodríguez ME. Supervivencia de la artroplastia total de cadera en pacientes menores de treinta años: revisión bibliográfica [Internet]. UNIVERSIDAD DE COSTA RICA; 2025. Available from: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/0dcab60a-fab5-4ce5-922c-0c826409f849/content>
- Perez Alamino L, Garabano G, Rodriguez J, Lopreite F, Pesciallo C. Reemplazo total de cadera en pacientes menores de 50 años: ¿tiene la fijación no cementada mejores resultados? *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* [Internet]. 2025 Mar;69(2):142–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888441524000791>
- Lucero CM, Slullitel PA, Díaz-Dilernia F, Zanotti G, Comba F, Buttaro M. Vástagos femorales cortos para el reemplazo total de cadera primario en pacientes jóvenes. Resultados clínicos y biomecánicos*. *Rev la Asoc Argentina Ortop y Traumatol* [Internet]. 2023 Apr 24;88(2):224–51. Available from: <https://raaot.org.ar/index.php/AAOTMAG/article/view/1725>
- Gonzalo J M. Artrosis de la cadera. In: Romano OA, Fernández CA, editors. *LO ESENCIAL EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA* [Internet]. edulp; 2024. Available from: https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/178345/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Useche LF, Méndez Medina R, Ardila HD. Reemplazo total de cadera en pacientes menores de 45 años, de mayor complejidad respecto al realizado en pacientes mayores de 60 años. Estudio comparativo. *Rev Colomb Ortop y Traumatol* [Internet]. 2016 Mar;30(1):5–10. Available from: <https://revistasccot.org/index.php/rccot/article/view/403>

- edicionmedica. Enfermedades mentales producen complicaciones tras cirugía de cadera [Internet]. 2016. Available from: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/gestion/enfermedades-mentales-producen-complicaciones-tras-cirugia-de-cadera-87703>
- Fernández Portillo MJ. Supervivencia de la artroplastia total de cadera en menores de 50 años [Internet]. Universidad de Valladolid; 2021. Available from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47444/TFG-M2109.pdf?sequence=1>
- Dimovski R, Zaltz I. The Contemporary Role for Hip Arthrodesis and Hip Replacement in Adolescents. JPOSNA. 2021;3(1).
- Nossa JM, Alzate-Chacón R, Muñoz JM, Márquez D, Riveros E, de la Pava C. Reemplazo de cadera en pacientes jóvenes: Experiencia con vástago corto preservador de cuello femoral. Rev Colomb Ortop y Traumatol [Internet]. 2019 Sep;33(3-4):115-22. Available from: <https://revistasccot.org/index.php/rccot/article/view/281>
- Hernández Ponce BM, Salvatierra Ponce SA, Guerrero Intriago LM, Palacios Quezada GA. Reemplazo total de caderas. RECIMUNDO [Internet]. 2023 Feb 23;7(1):144-55. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1937>
- Franciscan Health. Younger Adults Getting Hip Replacements On The Rise [Internet]. 2025. Available from: <https://www.franciscanhealth.org/community/blog/hip-replacements-40s-50s#:~:text=Desafíos del reemplazo de cadera,estilo de vida%22%2C dijo.>
- Psiquiatria. Los afectados por enfermedades mentales se recuperan peor de la cirugía de cadera [Internet]. 2016. Available from: <https://psiquiatria.com/psiquiatria-general/los-afectados-por-enfermedades-mentales-se-recuperan-peor-de-la-cirugia-de-cadera#:~:text=Estudios previos han asociado la depresión y,resultados de salud tras una intervención quirúrgica.>
- Universidad Internacional de Andalucía. El futuro de la cirugía conservadora en pacientes jóvenes con patologías de cadera: preservación articular vs. reemplazo total [Internet]. 2024. Available from: <https://www.unia.es/vida-universitaria/blog/el-futuro-de-la-cirugia-conservadora-en-pacientes-jovenes-con-patologias-de-cadera-preservacion-articular-vs-reemplazo-total#:~:text=Calidad de vida postoperatoria,de manera controlada y gradual.>

CITAR ESTE ARTICULO:

Quinaluisa Erazo, C. A., Segovia Jácome, L. A., Vaca Muñoz, V. D., Acuña Naranjo, J. L., Barragán Cisneros, A. M., & Molina Alvarez, L. G. (2025). Reemplazo articular de cadera en pacientes jóvenes: Influencia de trastornos psiquiátricos en la elección y manejo de la prótesis. RECIMUNDO, 9(2), 883-891. [https://doi.org/10.26820/recimundo/9.\(2\).abril.2025.883-891](https://doi.org/10.26820/recimundo/9.(2).abril.2025.883-891)

