

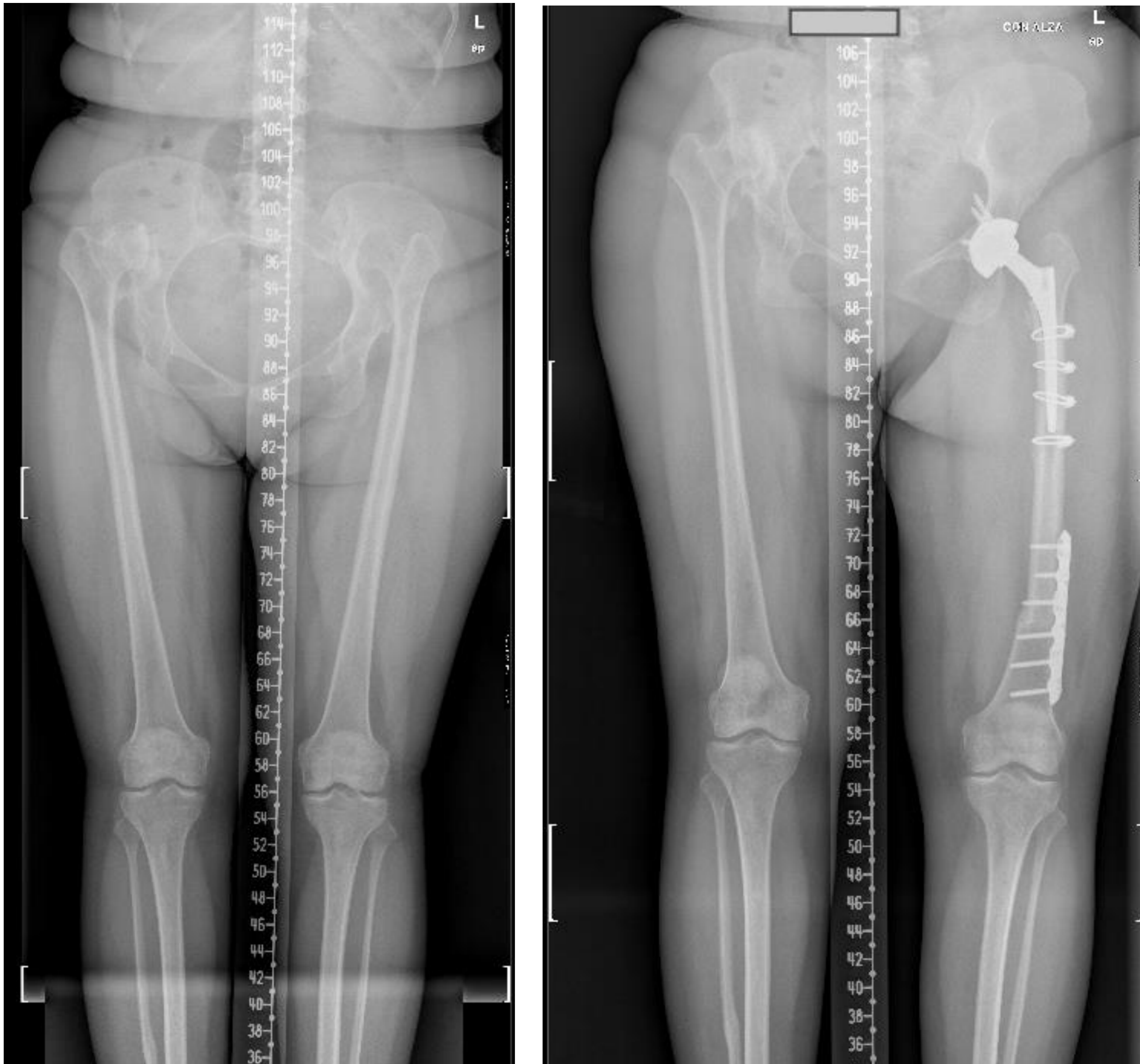
# Displasia bilateral de cadera. Osteotomía supracondílea de acortamiento.

Autores: Miguel Bielsa, Francisco Javier de<sup>1</sup>; Lerena Pérez-Aradros, Luis<sup>1</sup>; España Fernández de Valderrama, Sara<sup>1</sup>; Rodríguez Chacón, Luis<sup>2</sup>; Mateo Agudo, Jesús

1. R4 COT Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
2. FEA COT Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

## OBJETIVOS

Mostrar nuestra experiencia en artroplastia total en cadera displásica con osteotomía de acortamiento supracondílea.



## RESULTADOS

En un primer tiempo se realiza la artroplastia y acortamiento del fémur izquierdo. Abordaje posterolateral de Kocher-Langenbeck. Se localiza neocotilo siguiendo la característica morfología de reloj de arena de la cápsula articular. Tras capsulotomía amplia y localización del paleocotilo se prepara el mismo para alojar el cotilo (G7 Zimmer de 42mm). Se prepara canal femoral para alojar el vástago (Corail Displásico DePuy talla 6). Inserto MDM y cabeza bipolar 22 (-2mm). Abordaje lateral al fémur distal para realizar osteotomía de 4.5 cm y posterior osteosíntesis de la misma con placa de grandes fragmentos (Synthes). Durante la reducción, se logra descender el fémur y reducir la PTC pero de manera incidental se halla trazo de fractura espiroideo en torno al vástago femoral. Se realiza cerclaje circular con sistema Cable Ready (Synthes). En la cadera derecha, en un segundo tiempo quirúrgico tras consolidación y correcta evolución de la intervención anterior, se reproduce de manera exacta lo realizado en la contralateral. Como novedad se realiza cerclaje circular profiláctico previo a la reducción evitando así la posibilidad de hacer una nueva fractura. Los resultados clínicos y radiológicos son favorecedores.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 45 años con antecedente de displasia de cadera bilateral con luxación alta (Crowe 4). Debido a la necesidad de descenso de la cabeza femoral al paleocotilo se planifica artroplastia con osteotomía de acortamiento. Debido a las características morfológicas del canal, con el vástago planteado, se planifica la osteotomía a nivel supracondílea con el objetivo de lograr un mayor contacto metafisodiafisario y facilitar la consolidación de la misma sin afectar a la implantación de la prótesis total de cadera.



## CONCLUSIONES

La cadera displásica supone un reto para el Traumatólogo a la hora de convertirla en una PTC. La necesidad de descenso marcado del fémur obliga a la realización de osteotomía de acortamiento. En este caso se presenta la osteotomía supracondílea como alternativa factible con buen resultado de consolidación sin alterar la estabilidad protésica.