

TRATAMIENTO DISPLASIA DE CADERA

Vallés Andreu M., González García J.A., Guardiola Herráez C., Pagán Núñez A.B., Ortuño Quilez C.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Arrixaca
Hospital Clínico Universitario
Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

La displasia del desarrollo de la cadera se detecta precozmente en la infancia gracias a programas de cribado. Sin embargo, en países en vías de desarrollo donde estos no están implementados, aún se diagnostican casos en la edad adulta.

Este trabajo presenta un caso de artroplastia total de cadera en una paciente con secuelas de displasia no diagnosticada en la infancia.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 49 años, nacida en Bolivia, que consulta por coxalgia derecha de meses de evolución. Hasta el momento llevaba una vida activa, pero progresivamente ha desarrollado dificultad para la marcha, con dolor de características mecánicas en la región inguinal irradiado a la rodilla.

En la exploración, se observa limitación en la flexión y rotaciones de cadera, con dolor a la palpación en la región inguinal y trocánter mayor.

La radiografía muestra una displasia alta de cadera, secundaria a una displasia del desarrollo no diagnosticada en la infancia.

RESULTADOS

Ante la importante afectación funcional de la paciente, se recomienda a la paciente una intervención quirúrgica para implantar una prótesis total de cadera. Con la paciente en decúbito lateral y bajo anestesia raquídea asociada a un bloqueo femoral y ciático, se realiza un abordaje posterior. Se fresa el nuevo acetábulo en el paleocotilo y se implanta un cotilo estándar de 46 mm press-fit reforzado con dos tornillos. Además, se reconstruye parte del techo acetabular con un autoinjerto óseo fijado con dos tornillos.

En el fémur, se efectúa osteotomía subtrocantérea oblicua para acortar 2.8 cm, fijada con un cerclaje. Se prepara el canal femoral y se implanta un vástago modular, reforzado con el injerto óseo obtenido durante la osteotomía. Durante toda la cirugía, se monitorizan los potenciales somatosensoriales del nervio ciático para evitar cualquier lesión durante la cirugía.

CONCLUSIONES

La displasia de cadera en adultos ha disminuido gracias a su diagnóstico precoz. No obstante, los casos actuales suponen un reto quirúrgico debido a la alteración anatómica del acetábulo y el fémur, así como a una biomecánica diferente a la de la cadera sana.



Figura I. Radiografía simple previa a la intervención quirúrgica. Se puede observar coxartrosis avanzada, con cabeza femoral pequeña y centro de rotación ascendido en neocotilo.

Figura II. Radiografía simple de control tras la intervención quirúrgica.