



Fernando López-Navarro Morillo, Eva María Vera Porras, Javier Hernández Quinto, Luis Clavel Rojo, José Sánchez Archidona.

Mail: lopeznavarromf@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La displasia del desarrollo de caderas es una de las enfermedades que cuentan con un programa de detección precoz en la infancia. Sin embargo, en países en vías de desarrollo que no cuentan con programas de salud tan completos como en Europa, aún sigue habiendo casos de displasia de cadera que se detectan en el adulto.

Nuestro objetivo es presentar una cirugía de artroplastia total de cadera en una articulación con secuelas de una displasia de caderas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 51 años, nacida en Sudamérica, que acude a nuestra consulta por coxalgia derecha de meses de evolución. Hasta entonces ha llevado una vida normal, desde hace tiempo presenta limitación para la deambulación, con dolor en región inguinal derecha, irradiado hacia la rodilla y de características mecánicas.

A la exploración presenta limitación a la flexión y rotaciones de cadera, con dolor a la palpación de región inguinal y trocánter mayor. En la radiografía observamos una displasia alta de cadera, consecuencia de una displasia del desarrollo de caderas no detectada al nacer.

RESULTADOS

Dada la importante afectación funcional de la paciente, le recomendamos tratamiento quirúrgico para implantar una artroplastia total de cadera. Bajo una raquiánestesia y bloqueo anestésico femoral y ciático, colocamos a la paciente en decúbito lateral izquierdo. Utilizamos un abordaje posterior de cadera para implantar una artroplastia total de cadera. En primer lugar, realizamos el fresado del nuevo acetábulo en el paleocotilo, colocando un cotilo estándar de 46mm press-fit reforzado con dos tornillos. Además, reconstruimos parte del techo acetabular con un autoinjerto fijado con dos tornillos.

En cuanto al vástago femoral, primero realizamos una osteotomía subtrocanterea oblicua para acortar 2.8cm, fijada con un cerclaje, y posteriormente preparamos el canal femoral para colocar un vástago modular. Reforzamos nuestro sistema con el injerto obtenido en la osteotomía.

Durante la cirugía monitorizamos los potenciales somatosensoriales del nervio ciático de la pierna afecta, con el objetivo de detectar cualquier lesión por tracción, compresión o daño directo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Por tanto, la incidencia de displasia de caderas en el adulto está disminuyendo debido al diagnóstico precoz. Sin embargo, los casos que se presentan suponen un reto para el cirujano ortopédico de cadera, ya que se trata de pacientes con acetábulos displásicos y ascendidos, fémures con canales y morfología alterados y una biomecánica distinta a la de la cadera sana.

ICONOGRAFÍA

RX PREVIA A LA CIRUGÍA.

Coxartrosis avanzada, con cabeza femoral pequeña y centro de rotación ascendido en neocotilo.

RX POSTOPERATORIA.



AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todos los participantes en el trabajo su esfuerzo y dedicación, así como a todo el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que sin su ayuda la resolución del caso no hubiera sido posible.

C O N G R E S O

SECOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA