

DISPLASIA DE CADERA GRADO IV.

A PROPÓSITO DE UN CASO

AGUADO LÓPEZ M., SOLANO DEL RÍO M., ROJAS ALCARÍO A., RODRÍGUEZ VÁZQUEZ, F.

INTRODUCCIÓN

La displasia persistente del desarrollo de cadera es una patología poco frecuente en nuestro país gracias a los cribados neonatales que permiten un diagnóstico y tratamiento precoz. Sin embargo, en casos en los que no se realiza este tratamiento puede conllevar al paciente una serie de alteraciones anatómicas y complicaciones como degeneración articular severa, luxación completa unilateral con discrepancia de longitud en miembros inferiores, marcha inestable y deformidades en columna, cadera, rodilla y pie. Exponemos el caso de un paciente de origen marroquí con una displasia grado IV de Crowe que requirió tratamiento quirúrgico mediante artroplastia total de cadera para el alivio del dolor y mejora de la limitación funcional en la vida diaria.



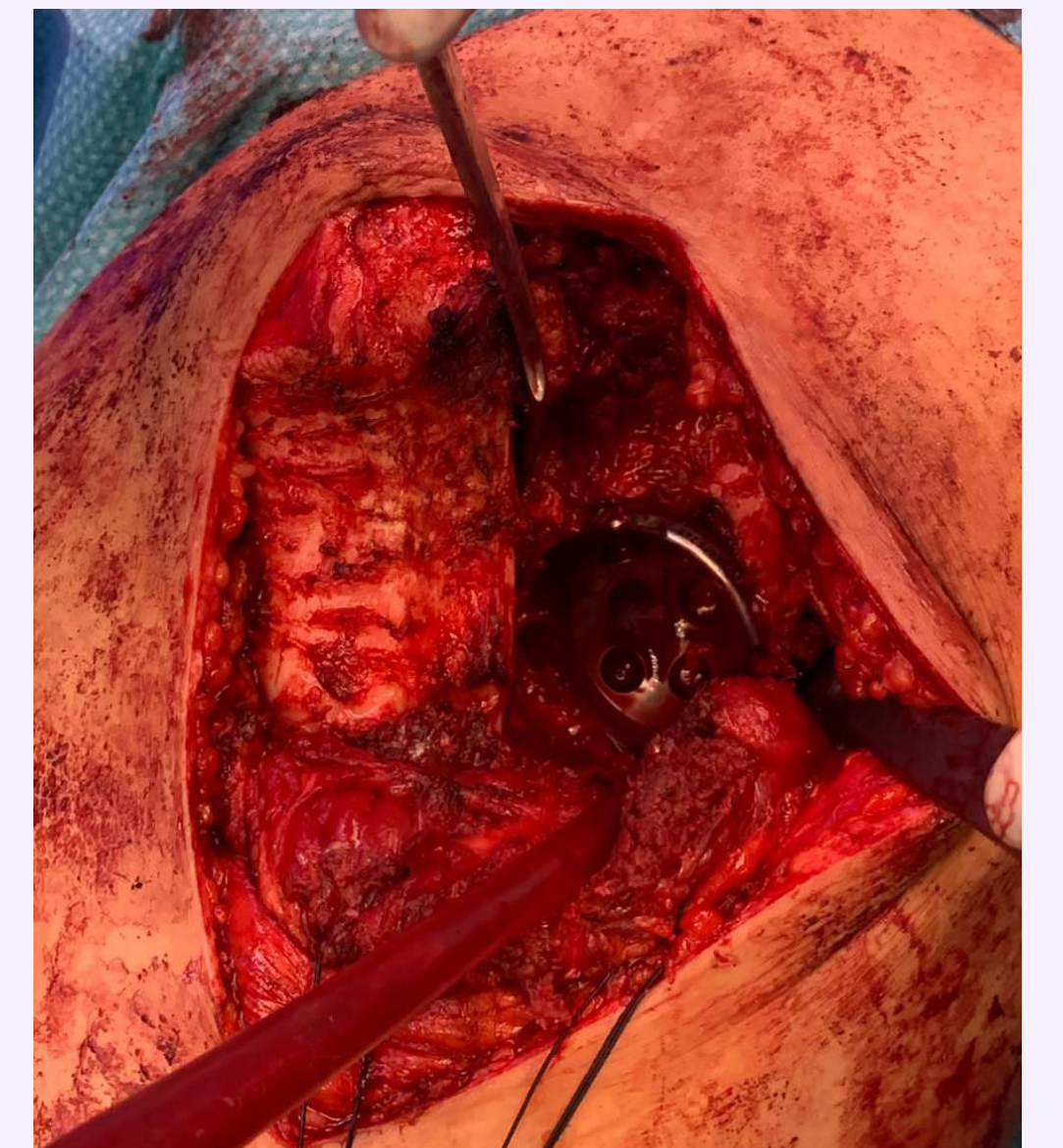
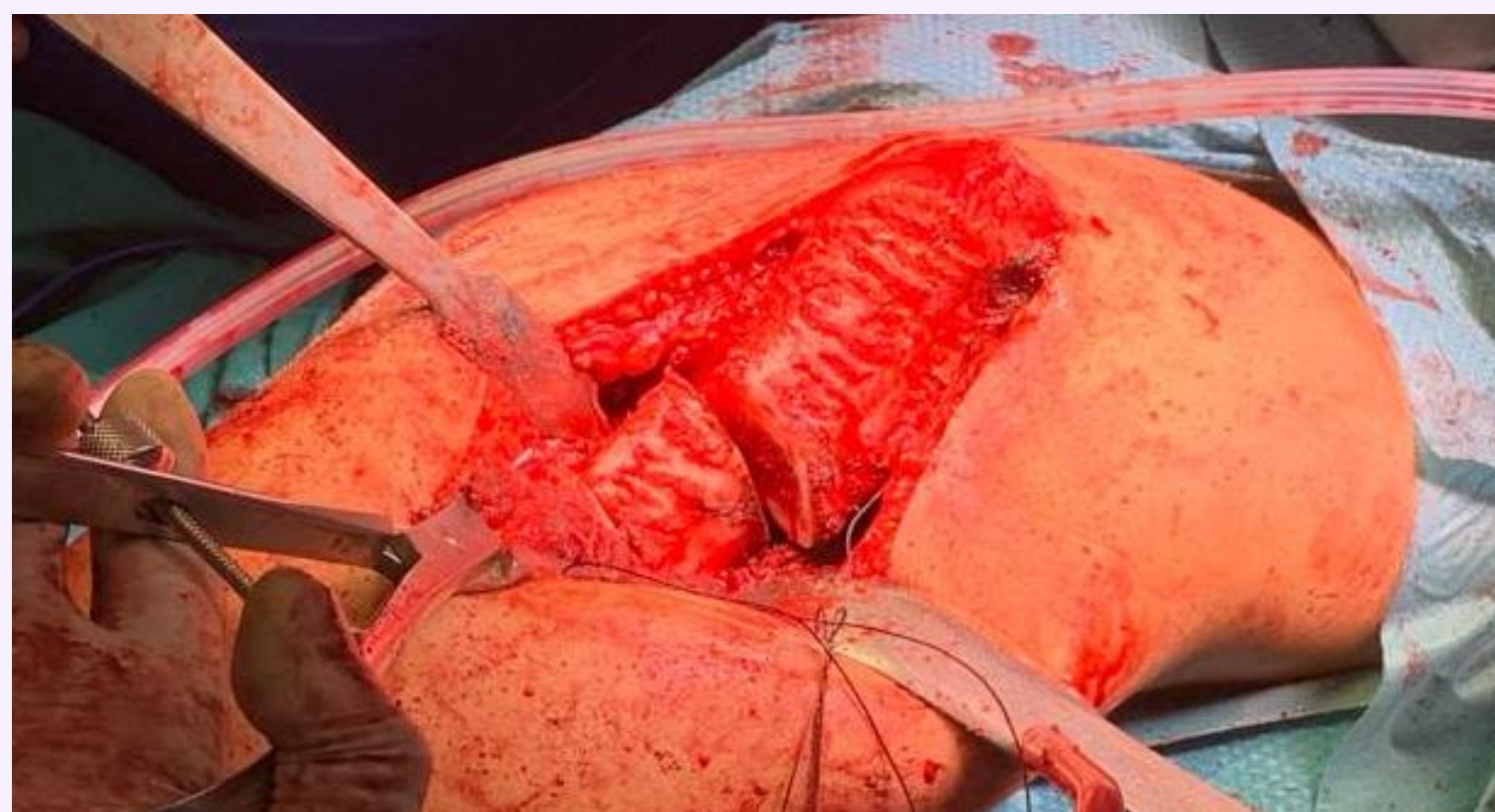
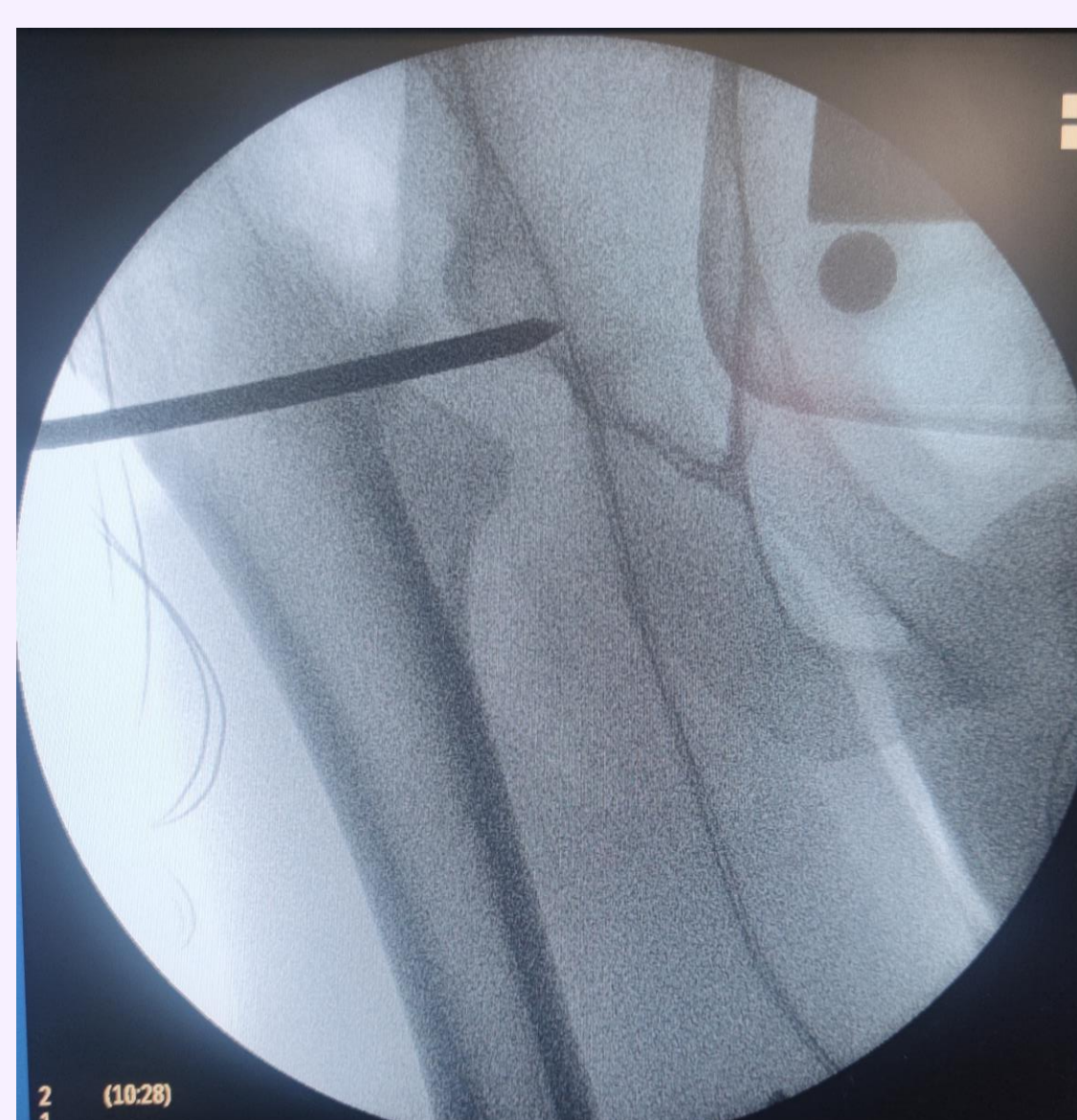
OBJETIVOS

Presentamos un varón de 20 años de origen marroquí, que presenta coxalgia derecha de años de evolución. No realiza deporte y presenta dolor en todas las actividades básicas de la vida diaria. Refiere caída de altura a los 4-5 años que manejaron de forma ortopédica en su hospital de referencia.

El balance articular de la cadera se encontraba bloqueado en rotación interna con flexión a unos 20-30°. En las pruebas de imagen podemos observar una displasia grado IV + displasia de esa hemipelvis.

MÉTODOS

Mediante un abordaje lateral de la cadera se procede a la desinserción y referencia del glúteo medio y menor, así como del vasto lateral. Se realiza capsulotomía y resección del cuello femoral. Tras localizar el paleocotilo bajo control con escopia se procede a realizar el fresado y colocación de cotilo con 3 tornillos en zona de seguridad y el componente de cabeza con doble movilidad. A continuación, realizamos una medición in situ de la dismetría y una osteotomía oblicua subtrocantérea de 3 cm. Apertura del fragmento para posterior síntesis alrededor del foco de osteotomía y fresado medular para colocación de vástago con componente metafisario. Comprobamos estabilidad y realizamos cerclaje a nivel de la osteotomía sintetizando los fragmentos previos. Tenodesis de los tendones de vasto externo y glúteos y reanclaje a trocánter mayor con puntos transóseos.



RESULTADOS

Permitimos al paciente la carga inmediata con ayuda de muletas y la realización de ejercicios de movilización de la cadera. Al mes de la intervención el paciente ya no presenta dolor y se encuentra realizando rehabilitación para la reeducación de la marcha.

CONCLUSIÓN

La sustitución total de cadera con prótesis es la elección más adecuada en casos de displasia de cadera de alto grado. Supone un reto quirúrgico para el cirujano por las dificultades añadidas en este tipo de paciente como son: las alteraciones de la anatomía normal, déficit en el capital óseo acetabular, forma y tamaño del fémur. Se debe realizar una buena planificación quirúrgica que tenga en cuenta estas peculiaridades y nos permita un resultado final satisfactorio adaptado a cada paciente.