

# Alteración tardía del crecimiento en la cadera tratada de luxación congénita. A propósito de un caso

Alberto Losa Sánchez, Juan Cabello Blanco, Gaspar González Morán

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.  
Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.

## 1 OBJETIVOS

Exponer un caso de luxación congénita de cadera que requirió una reducción abierta y que, aunque fue exitosa, desarrolló diversas complicaciones a lo largo de la infancia.

## 2 MATERIAL Y METODOLOGÍA

Niña de 4 meses de edad diagnosticada al nacimiento de subluxación ecográfica de la cadera derecha y tratada con arnés de Pavlik sin éxito. En la artrografía se vieron obstáculos para la reducción cerrada, siendo intervenida a los 9 meses mediante reducción abierta logrando una cadera concéntrica y congruente (figura 1).

En controles radiológicos sucesivos se observó una mala evolución del índice acetabular de  $33^\circ$ , reflejo de un mal desarrollo acetabular, por lo que se decidió realizar al cumplir los 4 años una osteotomía de Dega para horizontalizar el acetábulo (figura 3).

La evolución es favorable, pero a los 11 años de edad se aprecia en la radiografía una coxa valga de  $149^\circ$  y una extrusión epifisaria derecha del 20%

## 3 RESULTADOS

Ante la sospecha de un "proximal femoral growth disturbance (PFGD)" se decidió corregir la deformidad del cuello femoral mediante una hemiepifisiodesis temporal del fémur proximal medial derecho con un tornillo canulado de rosca completa de 7x100mm (figura 4).

En la actualidad, la paciente presenta caderas simétricas, con ángulo cervico-diafisario simétrico de  $128^\circ$  y una leve discrepancia de longitud de MMII de 1cm (figura 5).

## 4 CONCLUSIONES

Ante una luxación congénita de cadera irreductible es necesaria la reducción abierta para eliminar tejidos interpuestos (1).

Sin embargo, a pesar de lograr una cadera concéntrica y congruente, existe el riesgo de desarrollar una displasia acetabular, como en nuestro caso, siendo la monitorización del índice acetabular en los primeros años de vida fundamental para un realizar un manejo proactivo (2). Ante este escenario, la osteotomía de Dega consigue modificar la forma del acetábulo para dar cobertura a la cabeza femoral (3).

Nuestra paciente además desarrolló una PFGD a los 11 años, antes llamada "necrosis avascular tipo II de Kalamchi", probablemente por el antecedente de la reducción abierta, produciendo un "caput valgum" y una extrusión epifisaria tardía (4). Decidimos realizar una hemiepifisiodesis medial de la cabeza femoral para disminuir el valgo aprovechando el crecimiento y evitar las complicaciones de la osteotomía varizante (5).

## 5 BIBLIOGRAFÍA

1. Vaquero-Picado A, González-Morán G, Garay EG, Moraleda L. Developmental dysplasia of the hip: update of management. *EFORT Open Rev.* 2019 Sep 17;4(9):548-556.
2. Albinana J, Dolan LA, Spratt KF, Morcuende J, Meyer MD, Weinstein SL. Acetabular dysplasia after treatment for developmental dysplasia of the hip. Implications for secondary procedures. *J Bone Joint Surg Br.* 2004 Aug;86(6):876-86.
3. Czubak J, Kowalik K, Kawalec A, Kwiatkowska M. Dega pelvic osteotomy: indications, results and complications. *J Child Orthop.* 2018 Aug 1;12(4):342-348.
4. Weinstein SL, Dolan LA. Proximal femoral growth disturbance in developmental dysplasia of the hip: what do we know? *J Child Orthop.* 2018 Aug 1;12(4):331-341.
5. Torode IP, Young JL. Caput valgum associated with developmental dysplasia of the hip: management by transphyseal screw fixation. *J Child Orthop.* 2015;9:371-9

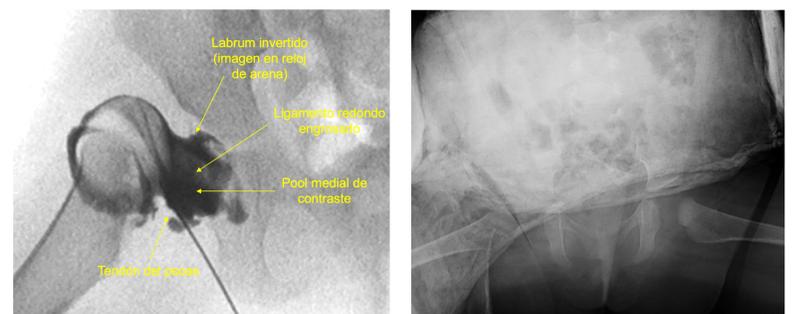


Figura 1. Tratamiento inicial. En la artrografía se observan varios diversos obstáculos para la reducción cerrada, siendo necesaria la reducción abierta y la inmovilización con yeso pelvipédico para lograr una cadera congruente.



Figura 2. Displasia acetabular. Se observa un índice acetabular de  $33^\circ$ . Figura 3. Osteotomía de Dega. El índice acetabular es de  $23^\circ$ .



Figura 4. Alteración del crecimiento del fémur proximal. Se observa un ángulo cervico-diafisario de  $149^\circ$  y una extrusión epifisaria del 20%.



Figura 5. Radiografía postoperatoria. A los 3 años de la hemiepifisiodesis, la cabeza femoral tiene un ángulo cervico-diafisario normal ( $128^\circ$ ) y no está extruida.