

NO TODO ES VARIZAR: TÉCNICA DE MCHALE COMO RESCATE EN LUXACION DE CADERA CRÓNICA EN PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL

Grande Caballero, ML; Rodríguez Matute, A; López Álvarez, B; Salcedo Cánovas, C
Hospital Santa Ana, Motril/Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia

OBJETIVO: Presentación de un caso complejo de manejo de luxación de cadera en paciente con parálisis cerebral y las posibilidades de mejora funcional mediante osteotomía valguizante en casos seleccionados

MATERIALES Y METODOS

Varón de 17 años afecto de Parálisis Cerebral Infantil (PCI) grado III de la Escala de Clasificación de la Función Motora Gruesa (GMFCS) con tetraparesia espástico-distónica sin déficit cognitivo, acude a consulta por dolor en cadera derecha al aseo y dificultad para la abducción. Intervenido 2 años antes por luxación de dicha cadera mediante osteotomía femoral varizante y desrotadora + osteotomía pélvica de Dega asociada a acetabuloplastia de Staheli + tenotomía psoas y aductores. Previamente el paciente conseguía deambulación con apoyos, desde la intervención va en silla de ruedas con aumento progresivo del dolor. En radiografías se aprecia pérdida de congruencia articular con marcada pérdida de esfericidad de cabeza femoral



IMAGEN1: Rx preoperatoria del paciente a los 17 años de edad

RESULTADOS

Se realizó resección de cabeza femoral, observando marcados signos de necrosis en la misma. Posteriormente se procede a realizar una osteotomía valguizante del remanente de fémur proximal, fijándola con placa específica. Se asocia alargamiento de isquiotibiales internos. El paciente evolucionó favorablemente, consiguiendo recuperar la bipedestación. Visto en revisión a los 7 años tras la intervención, el paciente está satisfecho con la intervención y acude a consulta deambulando con apoyos.



IMAGEN 2-3 : RX tras exéresis cabeza femoral necrosada y osteotomía valguizante fémur proximal



IMAGEN 4: Rx 4 años tras intervención, el paciente es capaz de realizar deambulación asistida con apoyos

CONCLUSIONES

La luxación de cadera es un problema frecuente en los pacientes con PCI. Generalmente se produce una desviación en valgo con un aumento de anteversión femoral y una displasia acetabular progresiva. Esto produce generalmente dolor y una contractura en aducción que dificulta el aseo. En estadíos tempranos es posible restablecer la congruencia articular mediante osteotomías varizantes y desrotadoras y/o osteotomías pélvicas. Sin embargo, cuando la cabeza femoral presenta lesiones extensas, la reducción de la articulación resultará en una cadera dolorosa. En estos casos, una opción es realizar una resección de la cabeza femoral asociada a una osteotomía valguizante que permite la estabilización del trocánter menor en el acetábulo. Esta técnica se emplea primordialmente en pacientes no deambulantes con el objetivo de mejorar el dolor y la movilidad, pero como vemos, en algunos pacientes puede llegar a permitir la carga