

# OSTEOTOMÍA DE SOPORTE PÉLVICO COMO CIRUGÍA DE SALVAMENTO EN NECROSIS DE CABEZA FEMORAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

**Autores:** Alberto del Olmo Galeano, Ignacio Descalzo Godoy, Pablo Fernández-Villacañas Mínguez, Tomás Núñez Calvo, Ángel Palazón Quevedo

## OBJETIVOS

La osteotomía de soporte pélvico consiste en una cirugía de salvamento de fémur proximal empleada en casos de destrucción articular en cadera pediátrica por artritis séptica, irreductibilidad de cadera o displasia acetabular entre otros. Se postula como alternativa a otros procedimientos con resultados poco satisfactorios como artrodesis, osteotomías pélvicas o artroplastias.

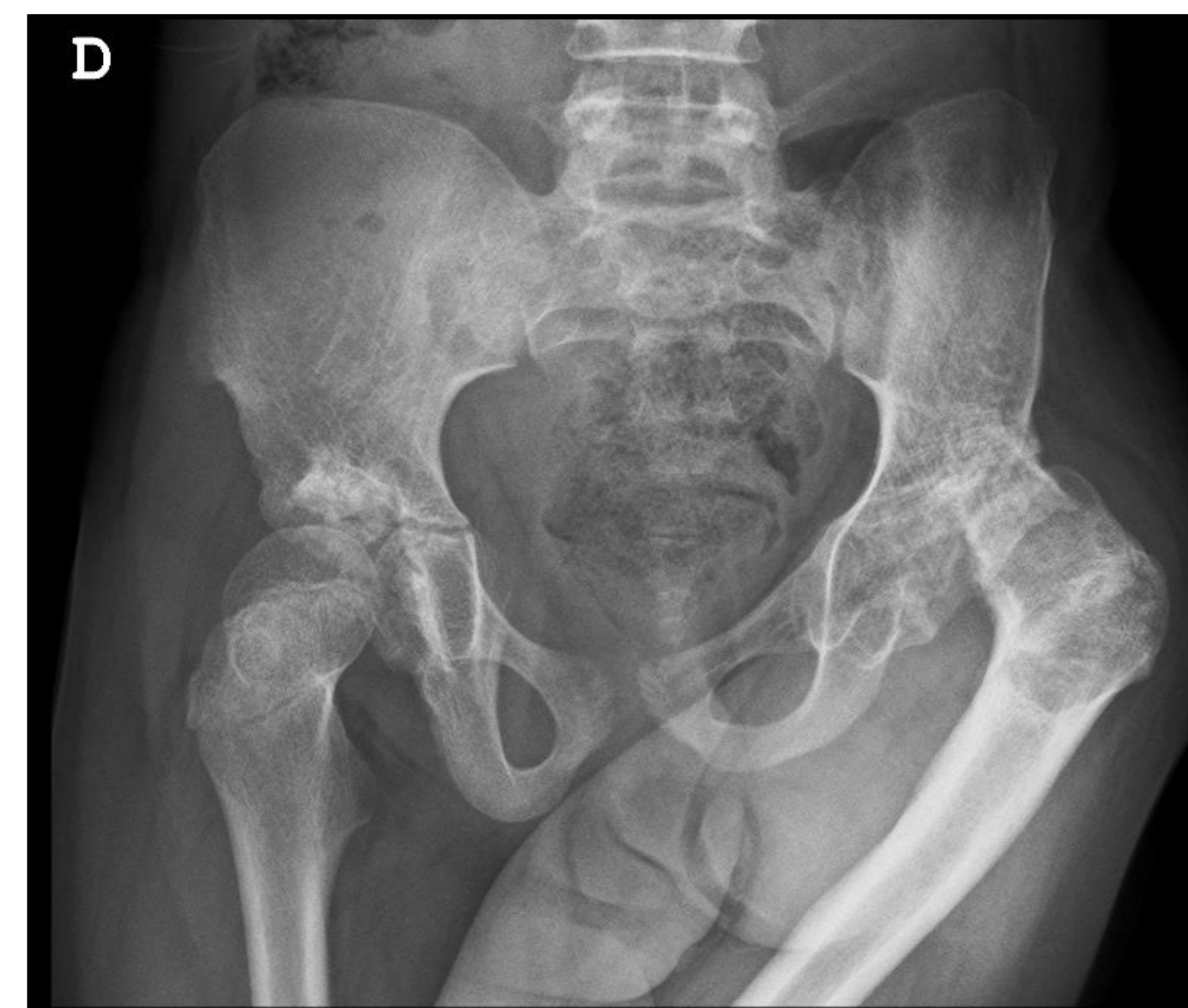
## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Niña de 6 años y 5 meses derivada de centro extracomunitario por sospecha de displasia ósea en contexto de luxación congénita de cadera izquierda irreductible, retraso madurativo global, y rasgos dismórficos craneofaciales, pendientes de filiación con estudios genéticos no concluyentes.

Intervenida hasta en 9 ocasiones con reducciones cerradas y abiertas, osteotomía femoral proximal varizante desrotatoria y extensora, así como osteotomía de Dega invertida previas a derivación.

A la exploración presenta disimetría de miembros inferiores, pistonaje de cadera, limitación de flexión hasta 70°, limitación de abducción hasta 20°, rotación externa en 30° y rotación interna de 20°.

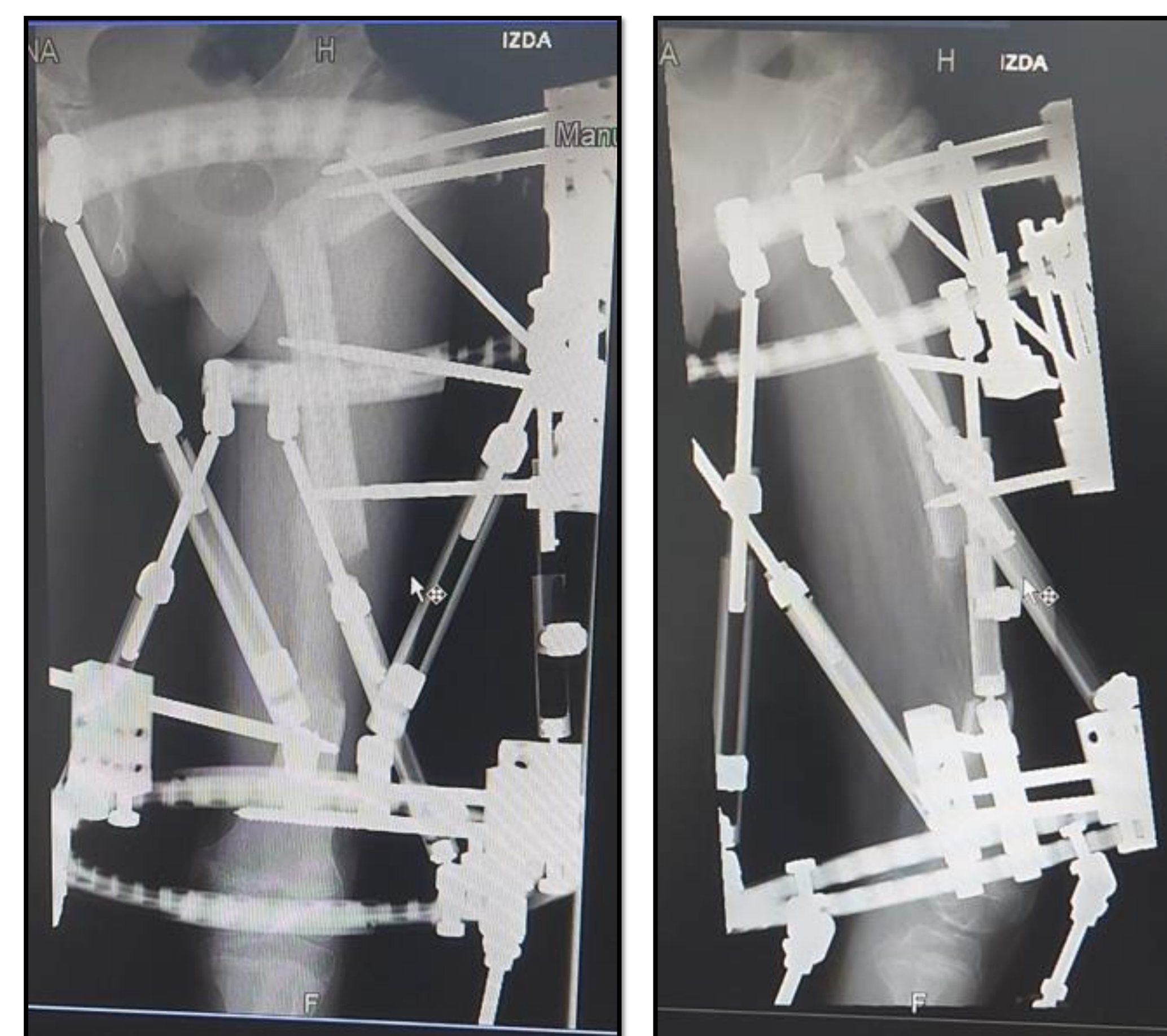
Se solicita telerradiografía y tomografía preoperatorias, confirmándose disimetría de 6cm, menor tamaño de hemipelvis izquierda, subluxación posterior de cabeza femoral izquierda y destrucción articular severa.



## RESULTADOS

Se realiza abordaje anterior de Smith-Petersen para resección de cabeza femoral. Se colocan percutáneamente tres pines en tercio proximal de fémur, dos en tercio medio, tres en tercio distal y un último pin a nivel tibial. Osteotomía proximal a la altura de la lágrima acetabular, y distal a nivel del CORA, separando el fémur en tres segmentos. Valguización de 55° de segmento proximal para soporte pélvico. Se coloca marco circunferencial proximal de Ilizarov y semicircunferencial a nivel de rodilla para permitir flexión.

Dos meses y dos semanas tras la intervención la paciente se encuentra caminando con muletas sin dolor, sin rigidez de rodilla o tobillo y con buena tolerancia al fijador. Los controles radiográficos muestran callo óseo adecuado y estabilidad del constructo. Ya programada para comenzar con retirada de pin tibial.



## CONCLUSIONES

La osteotomía de soporte pélvico es una opción a considerar en pacientes pediátricos como cirugía de salvamento para casos de irreductibilidad de cabeza femoral y destrucción articular de la misma, ofreciendo una mejoría significativa en la postura y marcha de estos pacientes.