

# Adolescente con secuelas de luxación congénita de cadera y discrepancia de longitud de miembros inferiores

SÁNCHEZ ESQUINAS M, GRIJALVO SÁNCHEZ B, PIÑEIRO BORRERO A, ORTIZ SANFÉLIX E

Hospital Universitario Virgen del Rocío

## Objetivos

Se expone el caso de un paciente de 17 años, remitido desde otro centro para cirugía correctora de cadera (Figura 1).

## Material y métodos

Antecedente de mielomeningocele, displasia del desarrollo de la cadera con evolución a luxación y formación de neocotilio a pesar de cirugía varizante y derrotadora de fémur proximal; discrepancia de 6cm de longitud de pierna izquierda, también deformidad equinovaro del pie.

## Resultados

-1er tiempo: 18 años. Abordaje infrapatelar, clavo femoral retrógrado para alargamiento óseo (Precice). Control remoto externo mediante imán y ondas electromagnéticas. Desarrollo de rigidez de rodilla. Balance articular (BA)  $-5^{\circ}/45^{\circ}$ . Fisioterapia y artrolysis cerrada infructuosas. (Figura 3)

-2º tiempo: 19 años. Artrolysis abierta de rodilla. El BA aumenta en  $20-30^{\circ}$ .

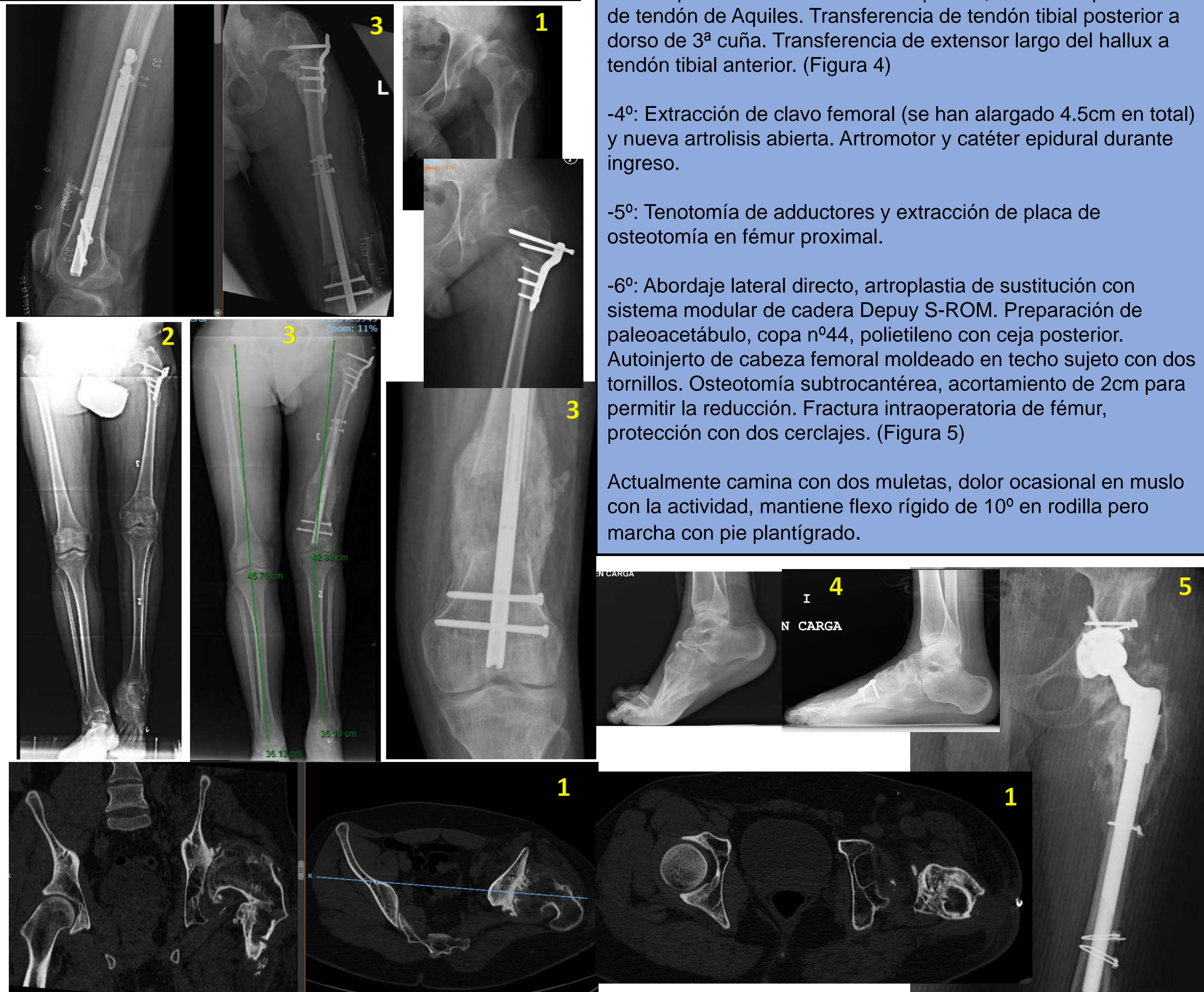
-3º tiempo. 20 años. Fasciectomía plantar, tenotomía percutánea de tendón de Aquiles. Transferencia de tendón tibial posterior a dorso de 3ª cuña. Transferencia de extensor largo del hallux a tendón tibial anterior. (Figura 4)

-4º: Extracción de clavo femoral (se han alargado 4.5cm en total) y nueva artrolysis abierta. Artromotor y catéter epidural durante ingreso.

-5º: Tenotomía de aductores y extracción de placa de osteotomía en fémur proximal.

-6º: Abordaje lateral directo, artroplastia de sustitución con sistema modular de cadera Depuy S-ROM. Preparación de paleoacetábulo, copa nº44, polietileno con ceja posterior. Autoinjerto de cabeza femoral moldeado en techo sujeto con dos tornillos. Osteotomía subtrocantérea, acortamiento de 2cm para permitir la reducción. Fractura intraoperatoria de fémur, protección con dos cerclajes. (Figura 5)

Actualmente camina con dos muletas, dolor ocasional en muslo con la actividad, mantiene flexo rígido de  $10^{\circ}$  en rodilla pero marcha con pie plantígrado.



## Conclusiones

En pacientes con deformidades que afectan a todo el miembro inferior, la cirugía multinivel se vuelve precisa. Cuando se planea realizar un alargamiento de una extremidad inferior, es esperable que aparezcan complicaciones como fractura del foco de osteotomía, o rigidez en articulaciones. La realización de gestos asociados a la cirugía principal puede prevenir o mitigar la aparición de secuelas. Si importante deformidad de la cadera que no permite preservar la anatomía, la reconstrucción con artroplastia total modular puede ser una buena arma terapéutica si está bien indicado el momento quirúrgico. Estos procedimientos proximales pueden fracasar si no se consigue un pie plantígrado.