

Artroplastia total de cadera en la displasia de cadera Crowe IV: La importancia de reconstruir el centro de rotación

Autores: Maider Uribe Isado, Javier Huarte Blazquez, Alejandro Baguer Antonio, Irati Barragán Gezuraga, Mario Bonilla Zagala

OBJETIVOS

Presentar el caso clínico de una paciente con displasia de cadera grado IV de Crowe intervenida de artroplastia total de cadera y las posibles complicaciones derivadas.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 50 años diagnosticada de coxartrosis derecha en una displasia de cadera grado IV de Crowe. Es intervenida de una prótesis total de cadera derecha, colocando el cotilo en el neoacetábulo con autoinjerto óseo fijado con dos agujas Kirschner para la tectoplastia. A los 2 años, se objetiva la migración retroperitoneal de las agujas y se interviene para su retirada. **(Figura 1)**

Tras 2 años asintomática, empeora clínicamente y presenta gammagrafía y TAC compatibles con infección protésica y colecciones periarticulares, que se drenan con cultivos positivos para *Staphylococcus pasteuri*. La paciente rechaza la propuesta de intervención de recambio protésico. **(Figura 2)**

2 años después recidiva el episodio y se decide recambio en 2 tiempos por infección crónica. Se retiran los implantes y tras cuatro meses, se coloca prótesis total de cadera realizando una osteotomía tipo Paavilainen, con implante en paleocotilo y placa trocantérea.

Tras 3 años de evolución el control radiográfico y clínico es correcto con la disimetría previa corregida y buena movilidad, asociando un alargamiento tipo Strayer en gastrocnemio para corregir el equino que tenía previamente.

Un año después, la evolución clínica es favorable, pero en el control radiográfico presenta rotura de la placa de osteosíntesis que se decide recambiar a una nueva placa más larga. **(Figura 3)**



Figura 1



Figura 2

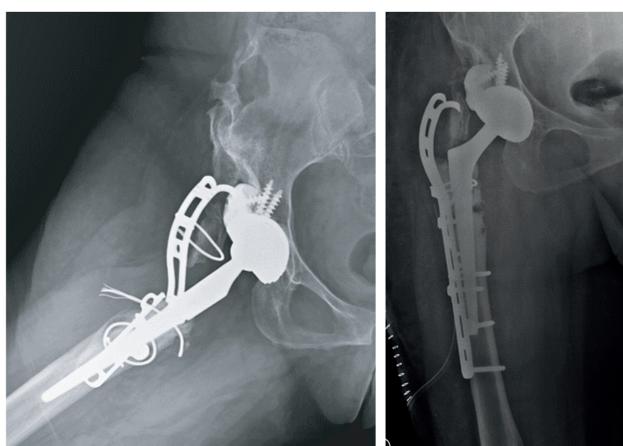


Figura 3



Figura 4

RESULTADOS

Tras 2 años de seguimiento los controles clínicos y radiológicos son correctos. **(Figura 4)**

CONCLUSIONES

La coxartrosis en la displasia de cadera grado IV de Crowe presenta un reto para el cirujano por las alteraciones anatómicas que dificultan el manejo de la artroplastia total de cadera, implicando un número considerable de complicaciones y una mayor tasa de reintervención.

La reconstrucción del centro de rotación anatómico acetabular aumenta la supervivencia de los componentes y disminuye las complicaciones.

Para conseguir una implantación anatómica del centro de rotación puede ser necesarias técnicas de acortamiento femoral como la osteotomía de Paavilainen para lograr una compensación de la discrepancia en la longitud de los miembros y evitar lesiones neurológicas.