

Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de cadera en el adulto mediante fijación externa y prótesis total de cadera

VICENTE GUILLÉN, P.; FROUFE, M.A., y GONZÁLEZ, R.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.

RESUMEN: Se presenta un caso de luxación congénita de caderas en el adulto, tratado mediante artroplastia total de ambas caderas, en el que se ha utilizado la fijación externa como sistema de alargamiento previo a la colocación de los implantes.

PALABRAS CLAVE: *Luxación congénita de cadera. Fijación Externa. Alargamiento extremidad. Cadera displásica. Prótesis de cadera bilateral.*

Surgical treatment of congenital hip dislocation in adults by external fixation and total hip prosthesis

ABSTRACT: A case of congenital hip dislocation in an adult is reported. The patient was treated by total arthroplasty of both hips with external fixation for lengthening before arthroplasty implantation.

KEY WORDS: *Congenital hip dislocation. External fixation. Limb lengthening. Dysplastic hip. Bilateral hip prostheses.*

Pese al descenso de incidencia en el número de casos aparecidos de luxación congénita de cadera (LCC), esta patología sigue siendo frecuente, particularmente en los países del área mediterránea¹. El tratamiento de sus secuelas sintomáticas en la edad adulta ha pasado de la abstención terapéutica² a la sustitución protésica, con unos resultados satisfactorios, aunque sin unanimidad en cuanto a la técnica quirúrgica a emplear³⁻⁵.

CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años que consulta por dolor en ambas caderas de larga evolución, con marcha en Trendelenburg bilateral y perímetro de marcha de 20 minutos. No presenta otros antecedentes de interés. En la exploración clínica destacan unos ejes de las extremidades alineados, sin inestabilidades articulares. La radiología evidencia una LCC del

adulto tipo III (luxación alta), según la clasificación de Hartofilakidis et al^{6,7} (fig. 1). El TAC de pelvis muestra un acetábulo original con paredes continentales, aunque delgadas. La altura de la luxación, medida según la técnica de Crowe et al⁸ es de 6,1 cm.

Ante esta presentación clínica, en el contexto de una paciente joven, sin otra patología asociada, se indicó una



Figura 1. Luxación congénita de ambas caderas (tipo III de Hartofilakidis). Rx preoperatoria.

Correspondencia:

Dr. P. VICENTE GUILLÉN
Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.
Avda. de Francia s/n.
17007 Girona.



Figura 2. Rx tras la primera intervención en la cadera derecha. Colocación del fijador externo. Distracción intraoperatoria: 2 cm.

sustitución protésica en 2 tiempos, realizando 2 intervenciones para cada cadera. En la primera, mediante un abordaje anteroexterno de cadera, se realizó la osteotomía del cuello femoral, localización y fresado del acetábulo original, tenotomía de psoas y musculatura aductora y colocación de un fijador externo de alargamiento, realizándose una distracción intraoperatoria inicial de 2 cm y alargamiento progresivo a ritmo de 0,25 mm/6 h (fig. 2).

En un segundo tiempo (5 semanas tras la primera intervención), se procedió a la retirada del fijador y colocación de la prótesis. Se asoció injerto esponjoso metafisario y cerclajes de Dall-Miles (uno en la cadera derecha y 2 en la izquierda) tras una fisura del calcar femoral a la introducción del vástago (figs. 3 y 4). En el postoperatorio inmediato la paciente inició rehabilitación y deambulación en carga con bastones. Trece meses tras la sustitución protésica de la cadera derecha, se realizó la intervención de la cadera contralateral, utilizando la misma técnica descrita. No existieron complicaciones en ambos casos (fig. 4). Tras un segui-

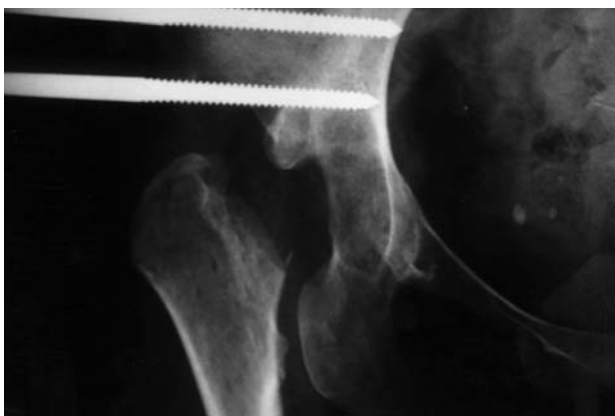


Figura 3 Rx de cadera 5 semanas tras la primera intervención de la cadera derecha. Con el fijador externo se ha conseguido una distracción final de 5,8 cm.

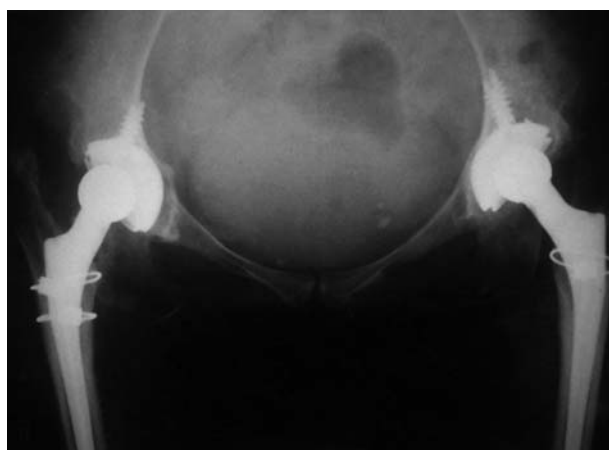


Figura 4. La sustitución protésica bilateral presenta unos buenos resultados, con un seguimiento de 28 meses.

to de 28 meses, la valoración clínica de la paciente, siguiendo la escala de Merle d'Aubigne y Postel⁹, mejoró desde los 5 puntos del preoperatorio a los 14 postoperatorios, realizando deambulación con carga total sin ayudas.

DISCUSIÓN

Para el descenso de la cabeza femoral luxada hasta el acetábulo original, se han descrito técnicas como la osteotomía de trocánter¹⁰, osteotomías de acortamiento femoral¹¹ y, en menor medida, el alargamiento con fijador externo¹. Las técnicas de alargamiento, aunque precisan de 2 intervenciones, permiten realizar una distracción progresiva, disminuyendo el riesgo de lesiones neurovasculares, sin la necesidad de realizar agresiones quirúrgicas sobre el fémur. En este caso se consiguió un alargamiento final de 5,8 cm en el lado derecho y 5,6 cm en el izquierdo. Pese a que se han descrito lesiones neurovasculares con elongaciones superiores a 2 cm¹², otros autores presentan elongaciones de más de 6 cm sin complicaciones^{6,12}.

En lo que se refiere a la colocación de la prótesis, habitualmente en la posición del acetábulo original, aunque se han descrito diferentes técnicas para la sustitución del componente cotiloideo^{1,6,13-16}, como el de este caso, la colocación de un cótilo atornillado sin injerto asociado, dio una buena cobertura y estabilidad; se asoció injerto esponjoso en la metafisis femoral, y cerclajes de Dall-Miles, por la aparición de una fisura en el calcar a la entrada del vástago, complicación ya descrita por otros autores^{10,11}.

Tras la revisión de la literatura, sólo se ha encontrado un caso de alargamiento con fijador externo en este tipo de patologías, en un paciente que presentó una complicación neurológica tras una intervención sustitutiva en un solo tiempo¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Symeonides P, Pournaras J, Petsatodes G, Christoforides J, Hatzokos I, Pantazis E. Total hip arthroplasty in neglected congenital dislocation of the hip. *Clin Orthop*, 1997;341:55-61.
2. Charnley J, Feagin JA. Low friction arthroplasty in congenital subluxation of the hip. *Clin Orthop* 1973;91:98-113.
3. Dunn HK, Hess WE. Total hip reconstruction in chronically dislocated hips. *J Bone Joint Surg* 1976;58A:838-45.
4. Harris WH, Crothers O, Oh I. Total hip replacement and femoral head bone grafting for severe acetabular deficiency in adults. *J Bone Joint Surg* 1977;59A:752-9.
5. Hess WE, Umber JS. Total hip arthroplasty in chronically dislocated hips: follow-up study on the protrusion socket technique. *J Bone Joint Surg* 1978;60A:948-54.
6. Hartofilakidis G, Stamos K, Karachalios T, Ioannidis TT, Zacharakis N. Congenital hip disease in adults. Classification of acetabular deficiencies and operative treatment with acetabuloplasty combined with total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg* 1996;78A:683-92.
7. Hartofilakidis G, Stamos K, Ioannidis TT. Low friction arthroplasty for old untreated congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg* 1988;70B:182-6.
8. Crowe JF, Mani VJ, Ranawat CS. Total hip replacement in congenital dislocation and dysplasia of the hip. *J Bone Joint Surg* 1979;61A:15-23.
9. Charnley J. The long term results of the low friction arthroplasty of the hip performed as a primary intervention. *J Bone Joint Surg* 1972;54B:61-76.
10. Amwar MM, Sugano N, Masuhara K, Kadowaki T, Takaoka K, Ono K. Total hip arthroplasty in the neglected congenital dislocation of the hip. *Clin Orthop* 1993;295:127-34.
11. Hartofilakidis G, Stamos K, Karachalios T. Treatment of high dislocation of the hip in adults with total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg* 1998;80A:510-7.
12. Garvin KL, Bowen MK, Salvati EA, Ranawat CS. Long-term results of total hip arthroplasty in congenital dislocation and dysplasia of the hip. *J Bone Joint Surg* 1991;73A:1348-54.
13. Garbuz D, Morsi E, Gross AE. Revision of the acetabular component of a total hip arthroplasty with a massive structural allograft. *J Bone Joint Surg* 1996;78A:693-7.
14. Gerber SD, Harris WH. Femoral head autografting to augmented acetabular deficiency in patients requiring total hip replacement: a minimum five-year and an average seven-year follow-up study. *J Bone Joint Surg* 1986;68A:1241-8.
15. Harley JM, Wilkinson JA. Hip replacement for adults with unreduced congenital dislocation. *J Bone Joint Surg* 1987;69B:752-5.
16. Hirst P, Esser M, Murphy JC, Hardinge K. Bone grafting for protrusio acetabuli during total hip replacement. *J Bone Joint Surg* 1978;69B:229-33.