

La gran mayoría de los pacientes con displasia de caderas son susceptibles de tratamiento ortopédico (no quirúrgico) con el arnés de Pavlik. En esto influye la detección precoz y el grado de displasia de caderas.

En un porcentaje menor de pacientes que presentan una displasia severa, en quienes ha fracasado el tratamiento o aquellos que tienen un diagnóstico tardío, pudiese ser necesario el manejo avanzado de la displasia de caderas.

¿En qué consiste el manejo avanzado de displasia de caderas?



Consiste en una o más técnicas quirúrgicas que mejoran el pronóstico de la cadera a lo largo de la vida del paciente.

¿Cuáles son estas técnicas?

Existen diversas técnicas y cada una de ellas tiene una indicación precisa. En ocasiones, se requiere una combinación de ellas:

- Tenotomías de aductores y psoas - son grupos musculares potentes involucrados en la génesis y perpetuación de la displasia de cadera. En esta cirugía se realiza una sección de sus tendones.
- Reducción cerrada - habitualmente en combinación con la tenotomía de aductores y psoas, se busca el mejor enfrentamiento de la cadera en la pelvis sin llegar a abrir la articulación.
- Reducción abierta - requiere abrir la cadera para limpiar in situ las superficies articulares.
- Osteotomías - reservados para casos más severos, son cirugías donde mediante una acabada planificación se efectúa un corte a nivel del hueso. Puede ser de tres tipos:
 - Osteotomías de fémur - el corte es a nivel del fémur, habitualmente para corregir angulación y/o rotación. Típicamente se fijan con una placa y tornillos especialmente diseñada para esta cirugía.
 - Osteotomías de pelvis - el corte es a nivel del hueso iliaco, isquion y/o pubis, que son los tres huesos que conforman la pelvis. Estos cortes están diseñados cuidadosamente para modificar la orientación y/o el volumen de contención de la cadera.
 - Osteotomía de fémur y pelvis - combinación de las cirugías descritas anteriormente.
- Cirugía de rescate - son cirugías complejas y a la carta, es decir, se diseñan en específico para cada paciente. Se reservan para casos complejos que habitualmente ya han sido tratados con resultados no favorables o para casos con diagnóstico muy tardío.

La mayoría de estos procedimientos requieren del uso de un yeso pelvipedio, durante 6 a 12 semanas posterior a la cirugía. Va desde el tórax hasta ambos tobillos, con una separación de las piernas mediante un yugo y un espacio suficiente para el pañal. Este yeso es necesario para inmovilizar la cadera mientras sana y es habitualmente bien tolerado por los pacientes.

Traumatología Infantil

Clínica Alemana Vitacura
Av. Manquehue 1410, piso 8, Vitacura
Teléfono: (56) 22910 1003

Clínica Alemana de La Dehesa
Av. José Alcalde Déllano 12205, Centro del Niño, Lo Barnechea
Teléfono: (56) 22910 7061

Clínica Alemana Centro Médico de Chicureo
Camino Chicureo, Lote A-2, s/n, Colina
Teléfono: (56) 22910 4000