

Artrodesis tibioastragalina vía artroscópica: solución a secuelas de una fractura tibial

M. Barrios Caldentey

J. Boronat Rom

J. Estarellas Roca

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital San Juan de Dios. Palma de Mallorca.

Correspondencia:

M. Barrios Caldentey. C/ Falco, 324. Bajos C. C, AS Catala Nou. Calvia. Mallorca. 07181. E-mail: mibaca@telefonica.net.

Se expone en este trabajo un caso de artrodesis de la articulación tibioastragalina por vía artroscópica en un paciente con mala alineación y artrosis secundaria, debido a una fractura a doble nivel de tibia.

Se han expuesto multitud de técnicas para realizar artrodesis de la articulación del tobillo; nosotros creemos que la técnica de artrodesis por artroscopia y fijación con tornillos canulados es una buena elección por su simplicidad, garantía y poca yatrogenia que conlleva para el paciente.

Palabras clave: Artroscopia, artrodesis tibioastragalina.

A case is exposed in this work of arthrodesis of the ankle joint by route arthroscopy, in a patient with bad alignment and artrosis secondary, due to a fracture to double level of tibia.

Multitude of technologies has been exposed to realize arthrodesis of the joint of the ankle, we believe that the technology of arthrodesis for arthroscopy and fixation with canulated screws, is a good election for his simplicity, guarantee and few yatrogenia that it bears for the patient.

Key words: Arthroscopy, ankle arthrodesis.

Introducción

La artrodesis de la articulación del tobillo por vía artroscópica se ha venido utilizando desde hace años para tratar diversas patologías, entre las que cabe destacar la artrosis de dicha articulación secundaria a traumatismo-fractura.

Se expone, a continuación, el caso de un paciente de 57 años que sufrió una doble fractura de tibia y que inicialmente fue tratado con fijación externa.

El paciente, una vez retirado el fijador se encontraba bien, con buen callo de consolidación, pero desarrolla una artrosis importante de la articulación tibioastragalina con el devenir del tiempo.

Debido a la clínica dolorosa, se le propone la realización de una artrodesis por vía artroscópica.



Técnica

Al igual que en la cirugía abierta, la artrodesis por artroscopia, se realiza en tres pasos:

1. Desbridamiento de todo el cartilago hialino y hueso subcondral.

2. Reducción en posición neutra.

3. Fijación con tornillos transmaleolares.

Se emplea mesa de tracción con artroscopio de 2,7 mm con óptica oblicua a 30 grados, sinovioto-mo y baskets y, por último, tornillos transmaleolares.

Se coloca al paciente en posición supina, en mesa normal de quirófano, con apoyo debajo de la rodilla, pero no en hueco poplíteo, para evitar la compresión de estructuras nobles vasculonerviosas, se coloca el manguito de isquemia y por último se colocan las cinchas de tracción, no invasivas (**Figura 2**).

Se emplean los portales habituales en artroscopia de tobillo, anterolateral, anteromedial y posterolateral (**Figura 1**), el portal posterolateral se emplea en el momento en que se tiene una buena distracción para la entrada de suero y posteriormente para la abrasión de toda la zona posterior.

Una vez que aparece hueso subcondral por toda la superficie tibioastragalina y se elimina el osteofito



Figura 1. Portales artroscópicos.



Figura 2. Sistema de tracción.



Figura 3. Imagen radiológica posoperatoria.

anterior tibial, se afloja la tracción y se coloca el tobillo en posición neutra, en esta posición se colocan dos o tres tornillos de esponjosa transmaleolares (**Figura 3**).

Se cierran los portales artroscópicos, y se coloca una bota de yeso durante tres meses, y debe evitarse el apoyo durante las primeras 6 ó 7 semanas.

Evolución

El paciente sigue una evolución favorable y sin complicaciones postoperatorias, se practican Rx de control que son satisfactorias (**Figura 4**).

La bota de yeso es retirada a los tres meses, y los tornillos de esponjosa son retirados a los 9 ó 10 meses de la intervención, debido a molestias que presentaba el paciente, la Rx de control ofrece un buen resultado de la artrodesis (**Figura 5**), el balance articular del to-



Figura 4. Imagen Rx a los 7 meses de la intervención.



Figura 6. Aspecto final del tobillo.



Figura 5. Resultado de la artrodesis.

billo es correcto, con inmovilización neutra 90 grados y cierto grado de valgo (**Figura 6**).

El paciente ha sido controlado en la consulta externa, no presentando clínica dolorosa degenerativa, sí hay que comentar que en las semanas previas a la EMO

presentó molestias derivadas de la protusión de los tornillos canulados en la piel, y que uno de los tornillos atravesaba al espacio articular subastragalino; una vez realizada la EMO, la clínica se solucionó.

Conclusiones

Creemos que la vía artroscópica para la realización de la artrodesis de tobillo es una excelente vía, ya no tan sólo por su facilidad de realización sino por la poca yatrogenia que conlleva su realización, importante llevar a cabo la práctica de un portal posteroexterno para realizar la abrasión de la zona posterior tibioastragalina, importante también que la posición final sea neutra en cuanto a la dorsiflexión (90 grados), tener en cuenta que en caso de poliomielitis la posición correcta puede ser con un discreto equinismo de 10 grados.

El calcáneo debe quedar en posición de unos 5 grados de valgo en el plano transversal de rotación y 5 a 7 grados de rotación externa.

Bibliografía

1. Ferkel RD. *Arthroscopic Surgery. The foot and ankle*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996; 215-29.
2. McGinty JB. *Artroscopia Quirúrgica*. Marbán; 2005; 918-23.
3. Golanó P. Portales en artroscopia de tobillo: bases anatómicas. *Cuadernos de artroscopia*. Vol. 12. Febrero 2005. p. 58-68.
4. Castejón M, Guinot JM. Artrodesis de tobillo mediante técnica artroscópica. *Cuadernos de artroscopia*. Vol. 4, número 2, Octubre 97.
5. Buck P, Morrey BF, Chan EYS. The optimum position of arthrodesis of the ankle. *J Bone and joint surgery* 1987; 69 A: 1052.
6. Mann JA, Glick JM, Morgan CT, et al. Arthroscopic ankle arthrodesis: experience with 75 cases. Presented at the annual meeting of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, Orlando, Florida; February 1995.