

Artrodesis del par de torsión

P.-F. Diebold

La artrodesis del par de torsión fusiona la articulación subastragalina, la astragalonavicular y la calcaneocuboidea. Sus indicaciones han aumentado por las secuelas de las fracturas del calcáneo, las deformaciones fijas de la articulación subastragalina y sus grandes descentraciones. La forma clásica tiende a ser sustituida por artrodesis más limitadas y de indicaciones más precisas: subastragalina aislada en la insuficiencia grave del tendón del tibial posterior, astragalonavicular en los reumatismos inflamatorios y calcaneocuboidea de alargamiento en los pies planos valgus estructurados. Tales indicaciones quirúrgicas requieren unas vías de acceso más limitadas que las de la triple artrodesis clásica y un material de osteosíntesis adaptado. El mejor conocimiento de la biomecánica del retropié y la noción de pie astragalino y pie calcáneo permiten la conservación de la función adaptativa del retropié, sobre todo cuando la artrodesis global del par de torsión no es necesaria. La corrección de las deformidades axiales del retropié es indispensable antes de fijar las artrodesis y puede conseguirse con accesos selectivos. La fijación con osteosíntesis de una de las tres articulaciones repercute en la función de la articulación adyacente. La adaptación del paciente a las artrodesis del par de torsión es lenta, pero el efecto que éstas tienen sobre el dolor es muy positivo.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Artrodesis; Subastragalina; Astragalonavicular; Calcaneocuboidea; Osteosíntesis

Plan

■ Introducción	1
■ Técnica clásica de la doble artrodesis	1
Colocación del paciente	2
Vía de acceso	2
Preparación	2
Fijación	3
Postoperatorio	4
■ Artrodesis por vía medial	4
Colocación del paciente	4
Fases siguientes	4
■ Variantes	7
■ Artrodesis parcial del par de torsión	7
Vía posterior	7
Vía medial	7
■ Artrodesis parcial de la articulación transversa del tarso	8
Articulación calcaneocuboidea	8
■ Artrodesis astragalonavicular pura	9

■ Introducción

La artrodesis del par de torsión es una técnica que bloquea las articulaciones subastragalina, astragalonavicular y calcaneocuboidea. En Francia se denomina doble artrodesis (subastragalina y transversa del tarso) y en la literatura anglosajona se denomina triple artrodesis, porque se consideran las tres articulaciones de forma independiente ^[1].

Las indicaciones de esta intervención han aumentado por la mayor frecuencia de las afecciones crónicas del tendón del tibial posterior (Fig. 1), las secuelas de las fracturas del calcáneo (Fig. 2) ^[1-3] y el tratamiento quirúrgico de las lesiones del retropié provocadas por los reumatismos inflamatorios ^[4].

Las artrodesis del par de torsión se usan también de forma parcial: subastragalina posterior, astragalonavicular o calcaneocuboidea aislada.

■ Técnica clásica de la doble artrodesis

Aunque nosotros la hemos abandonado en su forma original, se describirá en primer lugar la técnica clásica de la doble artrodesis por vía lateral, que en Francia se denomina artrodesis de Meary ^[5].



Figura 1. Rotura completa del tendón del tibial posterior.



Figura 2. Secuelas de una fractura del calcáneo.



Figura 3. Acceso anterolateral clásico.

nervio sural queda en la parte baja de la incisión. Se debe localizar cuidadosamente para evitar una lesión que provocaría un neuroma muy invalidante y de difícil tratamiento. Para evitar estas lesiones, la disección subcutánea se puede hacer con una pinza de Halsted.

El retináculo inferior de los extensores (RIE) se localiza y distingue por sus fibras verticales. Con el bisturí se aíslan sus bordes anterior y posterior. Se deslizan unas tijeras por debajo y el tobillo se coloca en flexión dorsal para distender los tendones extensores y evitar su lesión al abrirlo. Esta sección se hace 2 cm por encima de su inserción en el calcáneo. Se levanta hacia arriba y en sentido medial, disecando con el bisturí a ras del hueso sus fibras profundas. Se prosigue esta disección medialmente hasta llegar a la cápsula astragalonavicular. En caso de reintervención, todas las partes blandas se disecan a ras del hueso y se reclinan en sentido medial con un separador de Hohmann de tamaño mediano. De esta forma se evita dejar el pedículo vasculonervioso en contacto con el hueso, con el consiguiente riesgo de lesión.

Hacia delante, se libera el músculo extensor corto (pedio) de la apófisis mayor del calcáneo. Este músculo se desinserta hacia delante y se separa hasta ver el pedículo vascular profundo. Todo el músculo se inclina y se apoya sobre otro separador de Hohmann. Entonces se puede ver toda la parte lateral de la articulación calcaneocuboidea.

En la parte inferior de la incisión, se despega la totalidad de la vaina de los tendones peroneos. Por regla general, se abre dejando aparecer los tendones de los músculos peroneos corto y largo. La cara lateral del calcáneo se libera con bisturí hacia atrás y entonces se ve la articulación subastragalina posterior. También con bisturí se abre la calcaneocuboidea. Cuando la interlínea está muy deteriorada puede ser útil despegar con gubia la parte dorsal de esta articulación y, de esta forma, evidenciar su nivel exacto. En caso contrario, es suficiente con la incisión del ligamento bifurcado, primero su fascículo calcaneonavicular y después el calcaneocuboideo. Después se abre verticalmente la articulación calcaneocuboidea. Se fuerza el pie en flexión plantar, lo que ofrece una exposición más amplia de la articulación transversa del tarso. En el seno del tarso se resecan al máximo con el bisturí el ligamento interóseo y todos los tejidos cicatrizales. La incisión se prolonga hacia atrás reclinando hacia abajo los tendones peroneos y siguiendo la parte lateral de la articulación subastragalina posterior. Con frecuencia hay que liberar la parte anterior e inferior del cuello del astrágalo para poder comenzar la movilización de la articulación subastragalina posterior.

Preparación

Se refresca con gubia de lateral a medial y de delante hacia atrás la articulación subastragalina anterior y después la posterior. Nosotros usamos habitualmente

Colocación del paciente

El paciente se coloca en decúbito supino y con una almohada bajo la nalga homolateral para situar el miembro inferior en rotación medial y exponer bien la cara lateral del pie. En caso de que el paciente sea voluminoso, se puede colocar una cuña en la mesa quirúrgica y a lo largo de cara lateral de la nalga opuesta, porque durante la operación se requiere a veces inclinar el plano de la mesa hacia el lado contrario.

La cirugía se hace bajo isquemia con un torniquete neumático situado en el muslo. La rodilla se deja libre para colocar los campos quirúrgicos. Esta libertad permite evaluar durante la cirugía el eje del talón en relación con el de la pierna y, a veces, extraer injertos esponjosos del extremo proximal de la tibia si es necesario.

Vía de acceso

La incisión de la piel se inicia 1 cm por detrás y por debajo de la punta del maléolo lateral y se dirige en sentido anterior hacia el saliente del pico del calcáneo, para después curvarse medialmente hacia la articulación astragalonavicular y alcanzar los tendones extensores, donde finaliza (Fig. 3). Las venas superficiales se ligan. Nosotros usamos poco la coagulación para evitar los riesgos de necrosis cutánea. Se localiza el ramo cutáneo del nervio peroneo superficial. Esto puede hacerse de forma sencilla antes de la incisión y marcarse en la piel: se gira el pie en una rotación medial máxima presionando sobre el 4.º dedo. En el 90% de los casos, se ve muy fácilmente el trayecto subcutáneo del nervio [6]. El

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053525>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053525>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)