



Artroscopia del pie y del tobillo

O. Laffenêtre, P. Golano[†], J. Vega, J. Vernois, *Groupe de recherche et d'étude en chirurgie mini-invasive du pied et de la cheville (GRECMIP)*

La artroscopia del tobillo, que es la tercera más frecuente en Francia en la actualidad, está experimentando un desarrollo creciente debido sobre todo al acceso seguro al compartimento posterior. Sus indicaciones están perfectamente codificadas: conflictos tisulares u óseos, lesiones osteocondrales, artrodesis, así como cuerpos extraños, sinovectomías, etcétera. La artroscopia subastragalina también es muy accesible por las vías posteriores descritas por Van Dijk. Es un método de exploración muy sencillo y fiable de una articulación aún mal analizada incluso por las pruebas de imagen modernas. La artrodesis, que cada vez se realiza con más frecuencia por este acceso posterior, proporciona una tasa de fusión excelente, con una morbilidad reducida. Lo mismo sucede con la artroscopia metatarsofalángica del gran artejo, que puede ser muy útil en el tratamiento de las patologías del primer radio, sobre todo en la realización de un tratamiento conservador de algunos casos de hallux rigidus, combinando la cirugía percutánea y la artroscopia. Por tanto, este método terapéutico moderno para el tratamiento de las patologías del pie y del tobillo se inscribe en la tendencia quirúrgica actual mínimamente invasiva.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Artroscopia; Articulación subastragalina; Articulación talocrural; Hallux; Conflictos tisulares; Artrodesis

Plan

■ Introducción	1
■ Artroscopia de tobillo (talocrural)	1
Anatomía quirúrgica	2
Técnica	3
Contraindicaciones	8
Indicaciones	8
■ Artroscopia subastragalina	13
Reseña histórica	13
Anatomía quirúrgica	13
Instrumental y vías de acceso	14
Contraindicaciones	15
Indicaciones	15
■ Artroscopia metatarsofalángica del gran artejo	16
Reseña histórica	16
Técnica y vías de acceso	16
Indicaciones	16
■ Conclusión	17

■ Introducción

A pesar de un inicio difícil y un desarrollo bastante lento en el tobillo, y después en el pie, la artroscopia ocupa en la actualidad un lugar central en el arsenal quirúrgico.

Los progresos del instrumental, una sabia evolución del principio de distracción aplicado al tobillo y la generalización de su enseñanza han hecho que sea tanto un método diagnóstico fiable como una herramienta terapéutica imprescindible.

Por ejemplo, la artroscopia del tobillo ocupa la tercera posición en Francia por orden de frecuencia. La artroscopia de la articulación subastragalina aún se realiza poco, pero está en plena expansión, aunque esta articulación forma parte, junto con la talocrural, de un mismo complejo articular biomecánico y es totalmente posible realizarlas en el mismo tiempo quirúrgico. La artroscopia de las articulaciones metatarsofalángicas y, en particular, del gran artejo, se usa de forma muy ocasional, sobre todo desde la aparición de las técnicas percutáneas, pero la combinación de estas técnicas permite vislumbrar perspectivas de desarrollo.

■ Artroscopia de tobillo (talocrural)

En 1931, Burman describió sus experiencias sobre la exploración artroscópica del tobillo en cadáveres utilizando una óptica de 4 mm sin distracción y concluyó que era técnicamente imposible examinar esta articulación^[1]; esta conclusión ha contribuido indudablemente al lento desarrollo de la artroscopia de tobillo en comparación con la de otras articulaciones^[2]. Takagi, en 1939, describió a su vez la exploración artroscópica de tobillo^[3], pero fueron

[†] Autor fallecido.

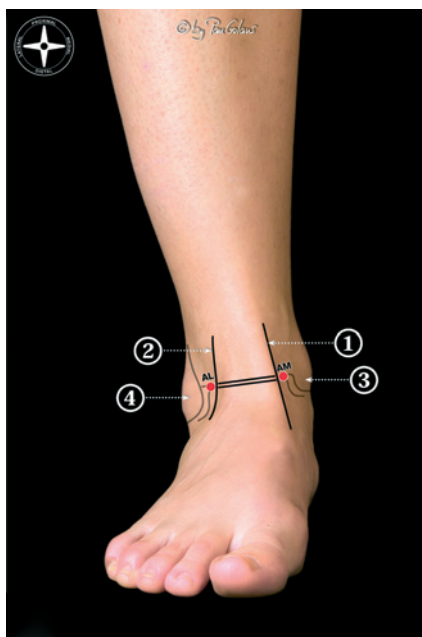


Figura 1. Principales referencias anatómicas anteriores. 1. Borde medial del tendón del tibial anterior; 2. Borde lateral del extensor largo de los dedos o tercer peroneo; 3. maléolo medial; 4. maléolo lateral; AL: vía anterolateral; AM: vía anteromedial (imagen del profesor Golanó, Universidad de Barcelona).

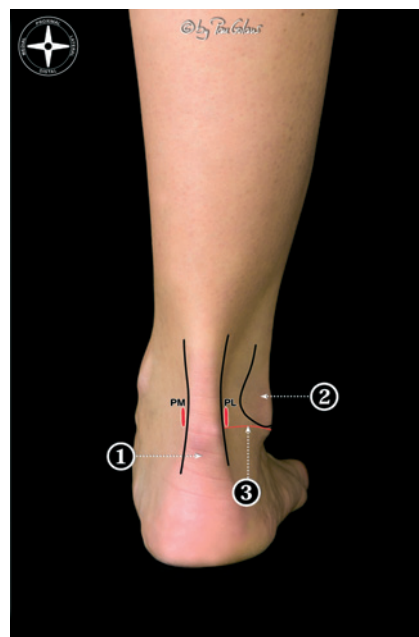


Figura 2. Principales referencias anatómicas posteriores. 1. Tendón calcáneo; 2. maléolo lateral; 3. proyección de la paralela a la planta del pie tangente al vértice del maléolo lateral, que determina la vía posterolateral (PL); PM: vía posteromedial (imagen del profesor Golanó, Universidad de Barcelona).

Watanabe et al quienes describieron en 1972 la anatomía quirúrgica y las vías de acceso usuales, después del desarrollo de una óptica de 1,7 mm^[4]. Después de ellos, Chen^[5] en 1976 y luego Plank^[6] en 1978 publicaron sus resultados clínicos. La técnica se desarrolló a partir de la década de 1980, sobre todo en Estados Unidos, mejorada por muchos autores^[7-11]. Frank et al fueron los primeros en publicar su experiencia en Francia, en el tratamiento de las lesiones osteocondrales del astrágalo^[12,13]. El año que supuso el punto de inflexión fue 1988, con la aparición de los principios de distracción, invasiva^[14] o no^[15]. El desarrollo de nuevas técnicas y de nuevos materiales más eficaces (vídeo, cámara, fibra óptica, transmisión de la luz, instrumentos para las pequeñas articulaciones) contribuyó al avance y la difusión de esta técnica en Francia, donde actualmente es la tercera en frecuencia, aunque bastante lejos de la rodilla y del hombro.

Anatomía quirúrgica

La articulación del tobillo o talocrural, que conecta el esqueleto de la pierna con el astrágalo, es una articulación sinovial de tipo gínglimo, muy encajada, de modo que sólo presenta un único eje de movimiento en flexión dorsal/flexión plantar alrededor de un eje bimaléolar. Es a la vez uno de los pilares estáticos del cuerpo y un elemento mecánico fundamental para la locomoción. Esta configuración singular, con la presencia de los maléolos, hace que el acceso artroscópico sea muy complicado, con independencia de cuál sea el acceso utilizado.

Como sucede siempre en artroscopia, la descripción (y la práctica) de las vías de acceso requiere un dominio perfecto de la anatomía, que en este caso adquiere todo su sentido debido a los múltiples elementos nobles (tendinosos, vasculares o nerviosos) que rodean la articulación.

El cirujano suele identificar varios puntos de referencia fácilmente palpables a este nivel, tanto óseos como tisulares^[16,17]. Son indispensables para determinar la colocación correcta de las vías de acceso y facilitan la orientación durante la intervención, a pesar del edema que se asocia con la técnica (Figs. 1 y 2). De este modo, se puede identificar:

Figura 3. Nervio peroneo superficial visible bajo la piel (1) (flechas), pie en ligera inversión que lo tensa (imagen del profesor Golanó, Universidad de Barcelona).

- los dos maléolos (lateral y medial);
- la interlínea articular anterior, que se localiza a nivel proximal a alrededor de 2 cm de la punta del maléolo lateral y a 1 cm de la del maléolo medial;
- los tendones de los músculos tibial anterior y tercer peroneo, así como, para un procedimiento posterior, el tendón calcáneo;
- los principales elementos vasculonerviosos, como el nervio peroneo superficial (Fig. 3) y sus ramos (nervios cutáneos dorsales medial e intermedio), fácilmente visibles en los pacientes delgados durante los movimientos de inversión del pie.

En estos pacientes, incluso se puede palpar el nervio sural localizado a 2 cm por detrás y distalmente respecto



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4132139>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4132139>

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