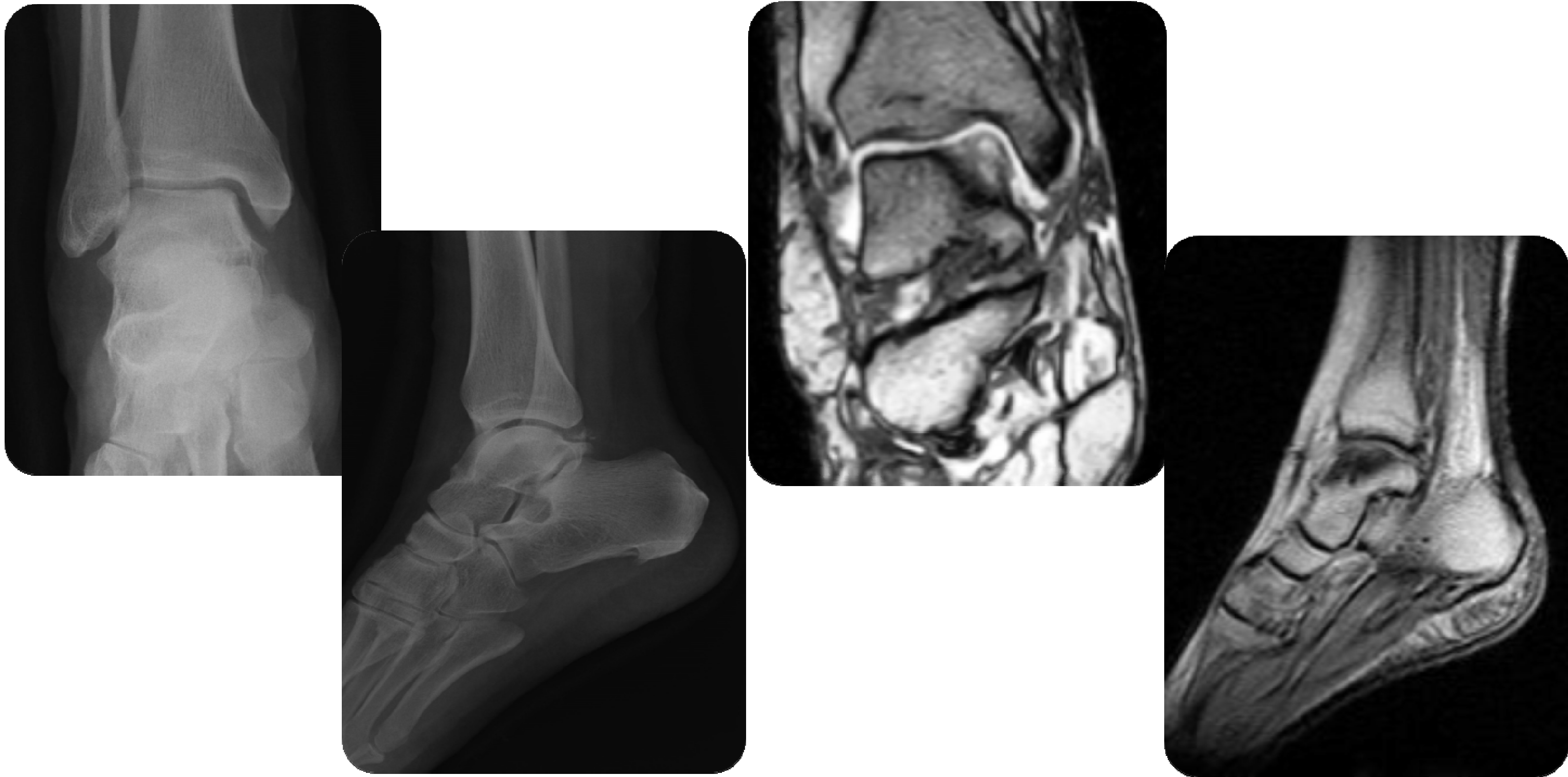


ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR Y ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS TRAS MÚLTIPLES FRACASOS EN CIRUGÍA DE TOBILLO: A PROPÓSITO DE UN CASO

López Muñoz, Cristian (1). Martínez Cabezuelo, Jesús Amador (1). Gallach Sanchís, David (1). Ruiz Picazo, David(1). Pérez Martínez, Javier(1). (1): Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN

- La **artrosis postraumática** del tobillo es una entidad conocida pero, frecuentemente, no comprendida por completo.
- Habitualmente, son necesarios estudios de imagen exhaustivos, tales como escáneres o resonancias magnéticas (RM), para llegar a diagnosticar la patología con exactitud.
- La **artrodesis** de tobillo constituye el estándar oro para el tratamiento de la misma. La **artroplastia**, por su parte, ha surgido como alternativa quirúrgica con los beneficios de preservar la movilidad articular.
- No obstante, hoy en día es discutible la superioridad de una técnica sobre otra, suponiendo un importante tema de debate en la actualidad.

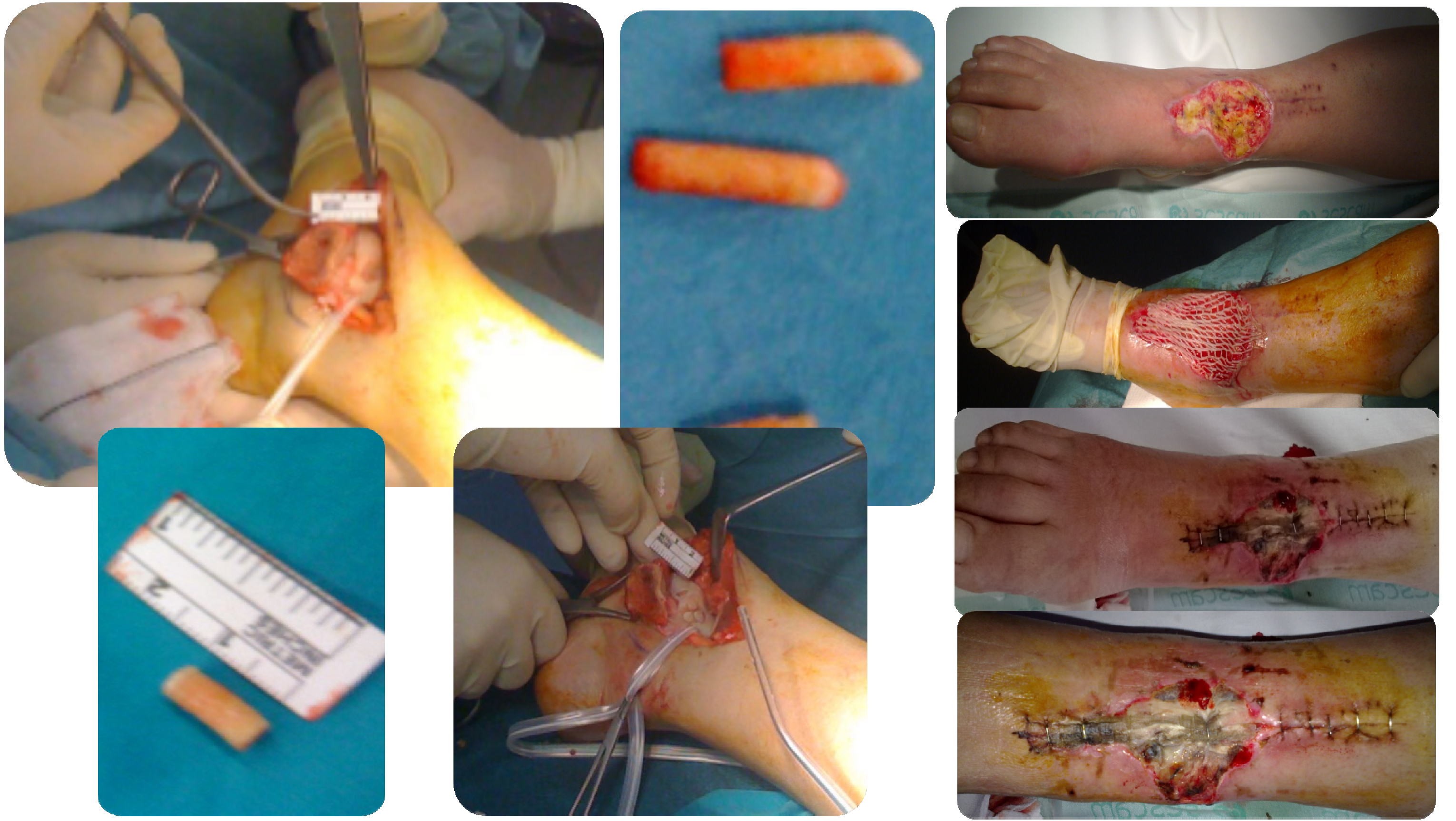


CASO CLÍNICO

- Paciente valorada en **septiembre de 2006** por dolor postraumático en tobillo derecho, diagnosticada de **osteocondritis de astrágalo** por RM. Tras año y medio con molestias se indica artroscopia.
- La evolución postoperatoria es tórpid, realizándose en **mayo de 2009** **mosaicoplastia** con **osteotomía de maléolo tibial** y **toma de injerto autólogo** de rodilla, y precisando **reosteosíntesis meses después** por desplazamiento de ésta.
- Tras rehabilitación, la evolución resulta anfractuosa. Aparece dolor articular generalizado, diagnosticándose por RMN y TAC **osteoartrosis de tobillo** secundaria a las múltiples cirugías.

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

- Tras valorar posibles opciones, se decide colocar **Prótesis Total de Tobillo (PTT)**, intervención que se realiza en **abril de 2011**.
- En el **postoperatorio** se constata sufrimiento cutáneo con **necrosis** de bordes, por lo que se coloca **sistema VAC** y posteriormente **injerto mallado**. La evolución no es satisfactoria y se precisa colocar un colgajo por rotación tipo Propeller por parte de Cirugía Plástica.
- Tras esto, la paciente refiere limitación por dolor en zona de tríceps sural y fascia plantar, infiltradas repetidamente. El dolor es continuo, mecánico, con limitación de la deambulación, no pudiendo tolerar bipedestación prolongada ni marchas superiores a 5-10 minutos, precisando toma de analgésicos diarios.
- En **abril de 2013** se realiza **alargamiento de Aquiles** y **fasciotomía plantar percutánea**. La paciente sigue con dolor limitante y los meses siguientes agota todas las medidas conservadoras, incluyendo infiltraciones de colágeno en el tendón de Aquiles.



TRATAMIENTO DEFINITIVO

- En **julio de 2014** se le explica opción de **artrodesis con enclavado intramedular**, que acepta.
- Se asume el riesgo añadido en este caso de realizar una artrodesis sobre una artroplastia previa; puesto que el defecto óseo es mucho más importante, aumentando la posibilidad de pseudoartrosis y acortamiento del miembro.
- La evolución resulta satisfactoria, con **desaparición prácticamente total del dolor**. La paciente deambula sin bastones. Recupera la capacidad para realizar todas sus actividades previas, incluso bailar.
- Asimismo, refiere **dolor en cara medial de tibia**, en **relación con tornillos de bloqueo**, que **se extraen en septiembre de 2016**. Actualmente, está en lista de espera para retirada de clavo, por persistencia de molestias.
- La **zona aquilea** también ha experimentado **mejoría**.



CONCLUSIONES

- Ante el dolor **articular en tobillo** de características **crónicas** resulta imprescindible la **cooperación entre servicios** para intentar conseguir **resultados óptimos**.
- Debemos **intentar ser lo menos agresivos** con la finalidad de **no dañar la articulación** más de lo que pueda estarlo.
- En nuestro caso, agotadas todas las medidas de tratamiento conservador, optamos por la cirugía.
- La **artroplastia** realizada, en un primer lugar, no ofreció los resultados satisfactorios que se esperaban; por lo que finalmente optamos por **artrodesar el tobillo**.
- Aun conociendo las **posibles secuelas** (alteración de inversión/eversión y flexoextensión, gran posibilidad de acortamiento, necesidad de toma de injerto óseo y problemas con herida por sufrimiento previo), llevamos a cabo la intervención.
- Conseguimos **acabar con el dolor articular** y permitir que la paciente pudiera volver a realizar **todas sus actividades**, sin necesidad de bastones ni analgésicos.

