

# ARTRODESIS TIBIOTALOCALCANEA ASISTIDA POR ARTROSCOPIA

*Iván Copete González, Juan C. Aguilar González, F.Enrique Navarrete Faubel, María Sánchez González, Vicente Vicent Carsí. Hospital Universitari i Politecnic La Fe, Valencia.*



## OBJETIVO

Valorar los resultados obtenidos mediante la realización de artrodesis tibiotalocalcanea asistida por artroscopia posterior

## INTRODUCCIÓN

La artrodesis tibiotalocalcanea es un procedimiento exigente que se emplea en patologías que afectan a las articulaciones tibiotalar y subastragalina. Dichas afecciones pueden ser de origen diverso como la artrosis postraumática, la pseudoartrosis, necrosis avascular de astrágalo, el pie plano adquirido del adulto en estadíos avanzados, artritis reumatoide o psoriásica; el fracaso de artroplastia de tobillo, etc. El objetivo del procedimiento es conseguir un tobillo estable y sin dolor. Para ello se han descrito varios métodos de fijación para la artrodesis tibiotalocalcanea, entre los que destaca la utilización del clavo endomedular, debido a su menor lesión de partes blandas y complicaciones. Ello unido a que las técnicas que asocian artroscopia tienen una menor morbilidad que los métodos tradicionales de artrodesis abierta, ha hecho que en los últimos años haya aumentado la popularidad del enclavado endomedular retrógrado asociado a la artroscopia posterior. Varios autores describen su experiencia y resultados de la artrodesis TTC con clavos intramedulares bloqueados asistidos por artroscopia. Vila, Sekiya o Bevernage et al son algunos ejemplos.

## MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos artrodesis tibiotalocalcanea asistida por artroscopia posterior a través de los portales descritos por Van Dijk, paraaquiileos medial y lateral, a cinco pacientes con diversas patologías. Los diagnósticos fueron de: necrosis de astrágalo postraumática, pie plano valgo grado IVB, secuela de fractura de pilón tibial, pie cavo neurológico secuela de poliomielitis y artropatía de Charcot.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

El procedimiento se realiza mediante anestesia regional. Se coloca isquemia preventiva en el miembro a intervenir y un pequeño soporte debajo de la pierna contralateral para una correcta posición del tobillo. No se utilizan sistemas de tracción ni bomba de presión. El calibre de la óptica es de 4.5mm. Se coloca al paciente en decúbito prono y se realiza un legrado articular tibioastragalino y de la articulación subastragalina de forma artroscópica mediante los portales paraaquiileos medial y lateral. Dicho legrado se realiza mediante la utilización de un escoplo de pequeño diámetro. Una vez resecada la superficie articular de ambas articulaciones se introduce el clavo retrógrado mediante la técnica habitual, con bloqueo proximal con dos tornillos. Después de la intervención el tobillo se inmovilizó con una férula suropédica durante 4 semanas. Tras esto se utilizó una ortesis de descarga, comenzando con la carga parcial en dicho momento.



## RESULTADOS

Tres de los cinco pacientes presentan fusión completa de las articulaciones tibiotalar y subtalar. Todos ellos caminan sin dolor, uno de ellos camina con un suplemento. Uno de los pacientes presenta fusión de la articulación tibiotalar pero no de la subastragalina; a pesar de ello no presentaba dolor y deambula con la ayuda de un bastón. El paciente restante actualmente permanece sin dolor a pesar de no apreciarse signos de consolidación de ambas articulaciones.

## CONCLUSIONES

La artrodesis TTC artroscópica ofrece resultados satisfactorios en cuanto a tasa de fusión y escasas complicaciones. El procedimiento posee una serie de beneficios que le convierten en una alternativa válida a diferentes patologías como secuelas postraumáticas, artritis reumática, pie plano valgo del adulto o secuelas de pie neurológico. El legrado artroscópico es adecuado y seguro por los portales posteriores y pensamos que es una buena alternativa en caso de mal estado de las partes blandas, donde las mismas pueden verse afectadas por un abordaje abierto. Esta técnica presenta también como inconveniente el no colocar injerto como hacemos en el abordaje lateral transperoneal donde utilizamos el extremo distal del peroné como injerto en ambas articulaciones. La posición del paciente permite una cómoda colocación del clavo pero hay que cuidar que el astrágalo no se desplace hacia delante, en anteversión, condicionado una mala posición en la artrodesis o atravesando el clavo en la zona posterior del astrágalo.

1.- Vicent V, Sánchez M, Navarrete Artrodesis de tobillo en el paciente joven. Monografías de actualización de la SEMCPT. Alternativas de tratamiento en artrosis de tobillo en el paciente joven. 2015;7:71-9.  
2.- Vila J, Rodríguez J, Parra G, Martí C. Arthroscopic tibiotalocalcaneal arthrodesis with locked retrograde compression nail. Foot Ankle Int. 2013; 52:523-8.  
3.- Miller M, Cole B. Artroscopia. Madrid: Marbán; 2011.  
4.- Tasto J. Artrodesis subastragalina artroscópica. Artroscopia. Madrid: Marbán; 2011. 691-8.  
5.- Behrend C, Baumhauer J, Flemister A . Arthroscopic Ankle Arthrodesis. Tech Foot & Ankle 2012;11: 91–95  
6.- H. Sekiya et al. Arthroscopic Tibiotalocalcaneal Arthrodesis with Intramedullary Nail with Fins: A Case Series . The Journal of Foot & Ankle Surgery. 50 (2011) 589–592  
7.- Sekiya H et al. Arthroscopic-Assisted Tibiotalocalcaneal Arthrodesis Using an Intramedullary Nail With Fins: A Case Report . The Journal of Foot & Ankle Surgery. 45(2006):4; 266-270  
8.- Y. Yasui et al. Open Versus Arthroscopic Ankle Arthrodesis: A Comparison of Subsequent Procedures in a Large Database. The Journal of Foot & Ankle Surgery (2016) 1–5.

