

CASO 1

**ARTRODESIS PANTARSIANA POR LESIÓN ANTIGUA CON
ANQUILOSIS EN ANGULO DE 95 GRADOS**

**ALBERTO HERRANZ CASELLAS
CENTRO QUIRURGICO AHC
cquirurgicoahc@hotmail.com**

Caso clínico : Fuenlo es un podenco, macho, de 4 años y 12 kg de peso que presenta una cojera casi sin apoyo de la extremidad posterior izquierda (video1, clic encima) siendo la causa de dicha cojera desconocida ya que es recogido.

En la exploración observamos en la articulación tibio-tarsiana gran engrosamiento, anquilosis con un ángulo muy cerrado que le impide un apoyo correcto y micromovimientos que le producen dolor (video 2 clic encima) .



Video 2



Video 1

En el estudio radiográfico encontramos gran destrucción de las superficies articulares tibio-tarsianas y que las articulaciones intertarsianas y tarso-metatarsianas están prácticamente fusionadas. (flechas imagen 1 y 3)

Cuando medimos el ángulo de la articulación tibio-tarsiana comprobamos que esta muy cerrado siendo de 95 grados cuando el ángulo fisiológico se considera de 135 grados. (imagen 2)



Imagen 1

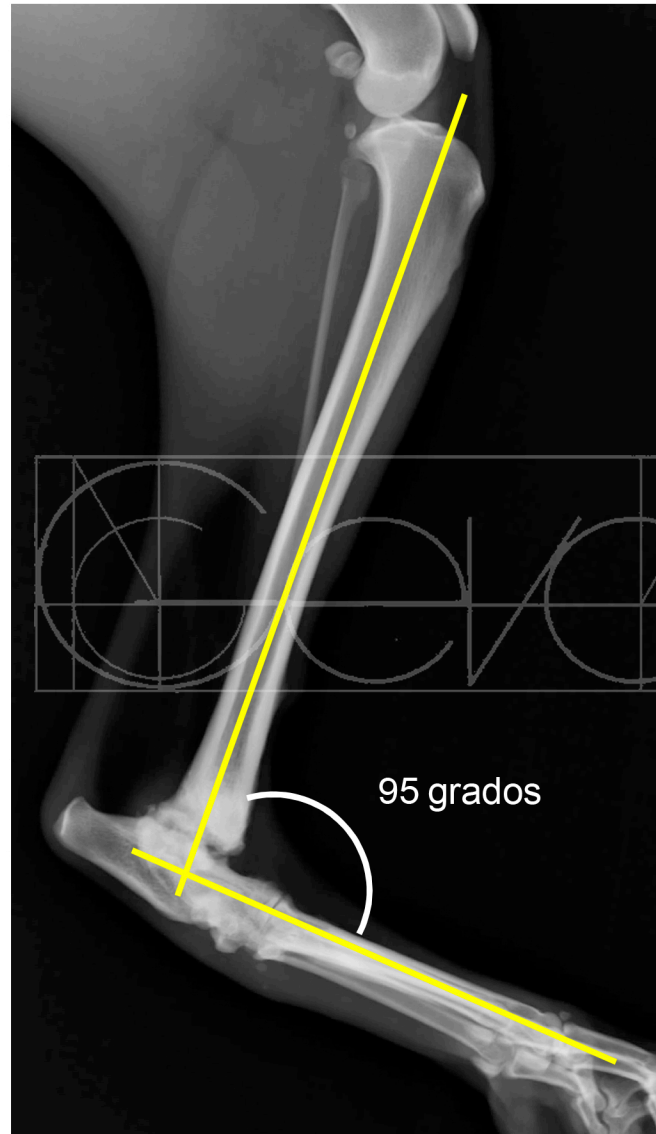


Imagen 2



Imagen 3

Tratamiento:

Consiste en realizar una artrodesis pantarsiana con el objetivo de eliminar el dolor y aumentar el ángulo articular al considerado como fisiológico de 135 grados permitiendo el apoyo funcional. Utilizaremos una placa híbrida 2,7-2, (en la parte tibial lleva orificios para tornillos de 2,7 y en la metatarsiana para tornillos de 2). especialmente diseñada para ello angulada a 135 grados.

Realizamos un abordaje medial desde la tibia distal hasta la mitad de los metatarsianos y una vez disecadas las estructuras de la zona trabajamos sobre la articulación tibio-tarsiana. Hacemos dos osteotomías, una en la superficie articular dañada del astrágalo y el calcáneo y la otra en la tibia (foto 1) eliminando una cuña de la parte caudal cuyo tamaño hemos calculado previamente sobre las radiografías, si tenemos un ángulo de 95° y queremos uno de 135° tendremos que quitar una cuña de 40° .

Utilizamos para marcar los cortes una plantilla con la medida de la cuña (foto 2).

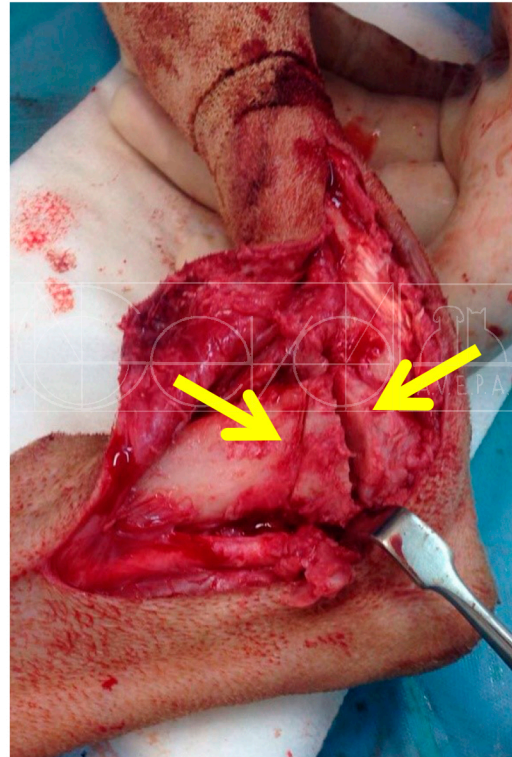


Foto 1



Foto 2

Tratamiento:

Nos aseguramos de abrir bien el canal medular de la tibia y hacemos microperforaciones en la superficie del tarso. Las articulaciones intertarsianas y tarso-metatarsianas en este caso no las fresamos porque ya están prácticamente fusionadas y terminarán de fusionarse con la fijación. A continuación reducimos, fijamos con una pinza punta-punta y comprobamos que la placa se acomode bien, para ello hemos tenido que fresar ligeramente la base del primer metatarsiano. Nos aseguramos que los orificios distales de los metatarsianos y los proximales de la tibia se sitúan sobre hueso para poder colocar los tornillos y además esto me confirmará que el ángulo que le estoy dando es el correcto (foto 3 y 4).

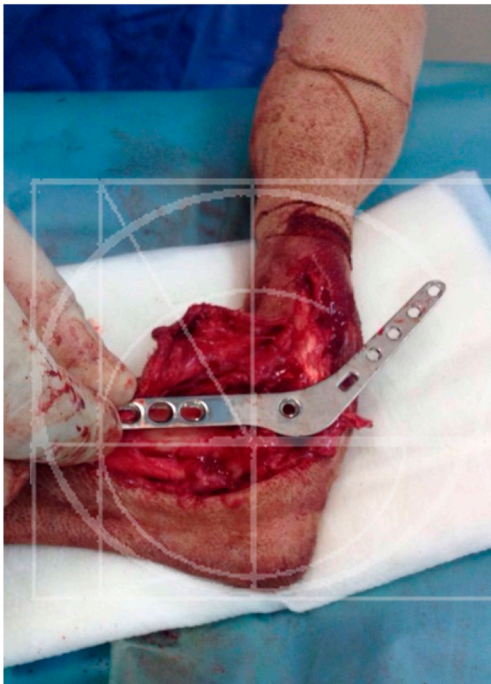


Foto 3

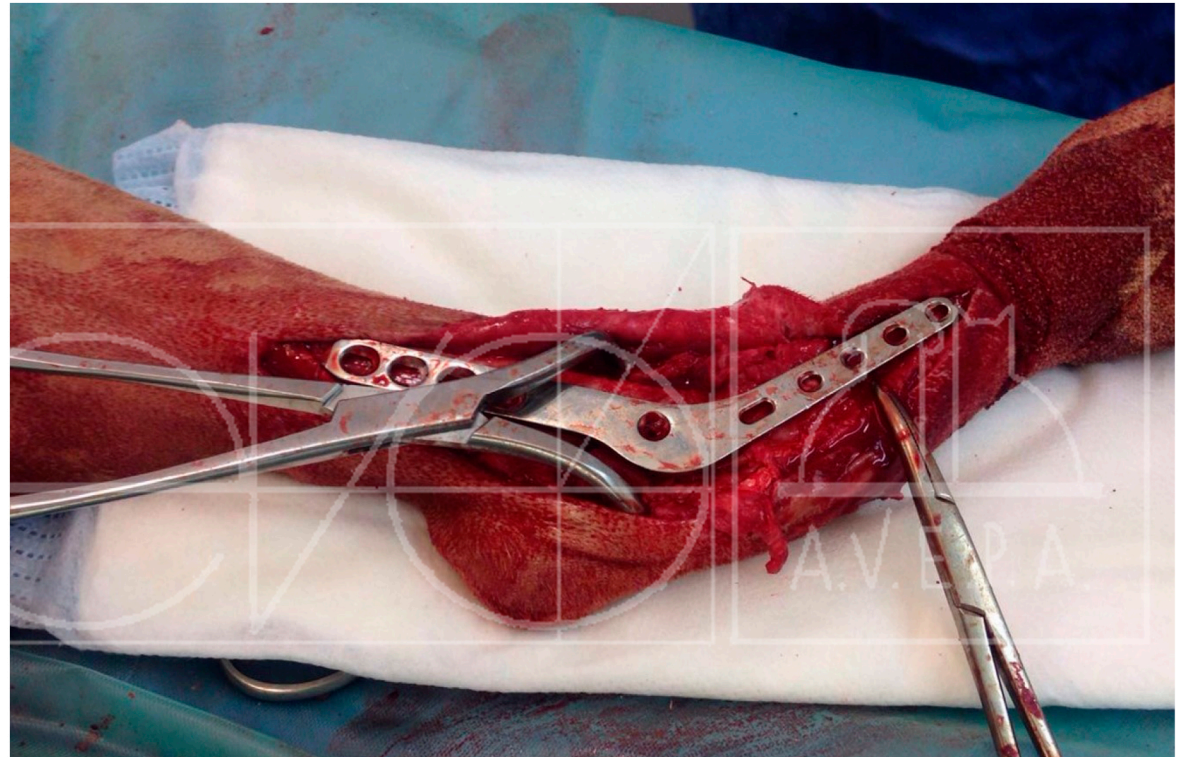


Foto 4

Tratamiento :

Colocamos ahora dos agujas de kirschner de 1,8 mm. desde la tibia al calcáneo que me ayudarán a la estabilización.

Fijamos la placa empezando por el segundo tornillo mas distal de los metatarsianos, después el central al astrágalo y calcáneo, continúo con el segundo mas proximal de la tibia, el mas proximal del metatarsiano, el mas distal de la tibia, el del hueso tarsiano central y finalmente colocamos el resto, de esta manera nos aseguramos de que todos los tonillos encuentren hueso y la reducción sea buena. (foto 5) Antes de cerrar ponemos un injerto de esponjosa que sacamos de la cara medial proximal de la tibia.

Encontramos mucha tensión al cerrar la piel a nivel de los metatarsianos debido a la placa y al aumentar el ángulo por lo que realizamos un corte en la zona ventral que permitirá el desplazamiento y cerrar sin problemas la piel que cubre la placa siendo esto importante. Damos un par de puntos de aproximación en el corte ventral y terminara de cerrar por segunda intención. (foto 6)

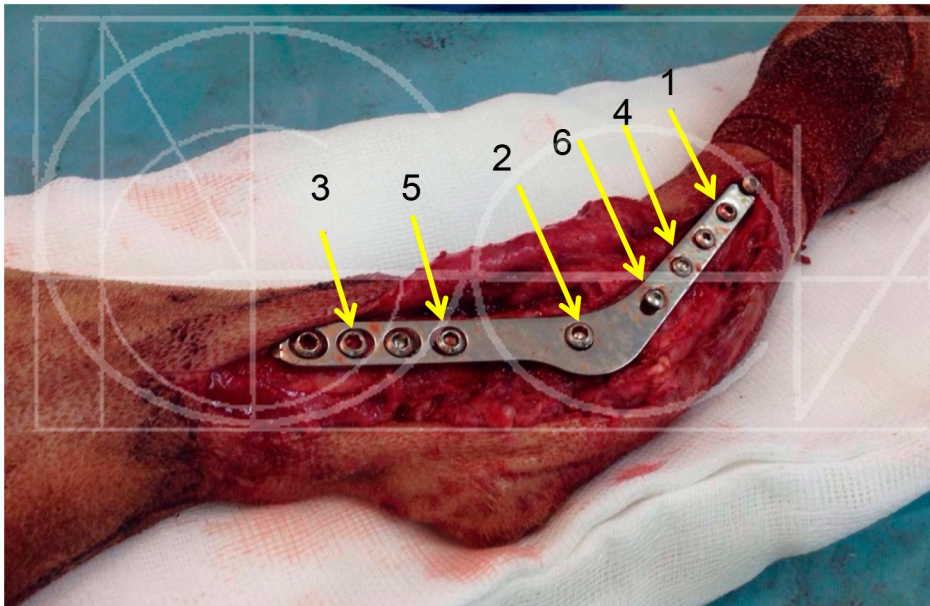


Foto 5



Foto 6

Control radiográfico en el postoperatorio inmediato :

Comprobamos que hay una buena alineación de la extremidad y una buena reducción de las superficies de las osteotomías habiéndose corregido el ángulo correctamente.



Seguimiento :

A los 12 días se retiran los puntos habiendo buena cicatrización y Fuenlo apoya la extremidad en todos los pasos pero con reticencia.

Las radiografías a los 45 días (imagen 1) y 90 días (imagen2) muestran una buena evolución de la consolidación y Fuenlo utiliza la extremidad sin ningún problema, sin embargo hay una aguja que parece molestarle ya que tiene una pequeña reacción en el tejido blando de esa zona y decidimos extraerla.

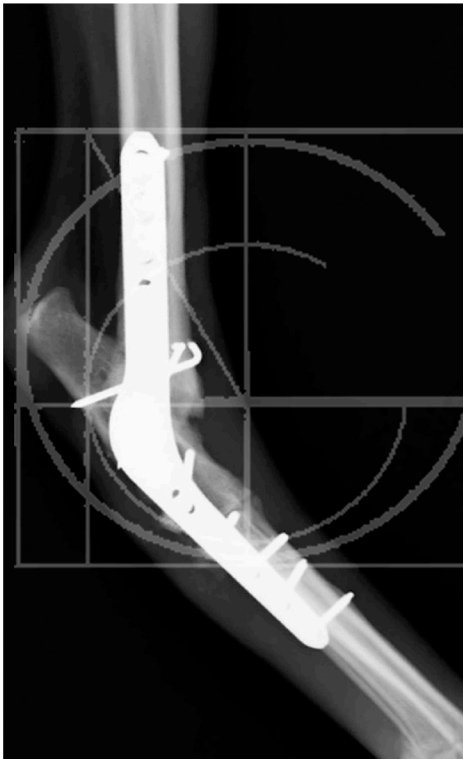


Imagen 1

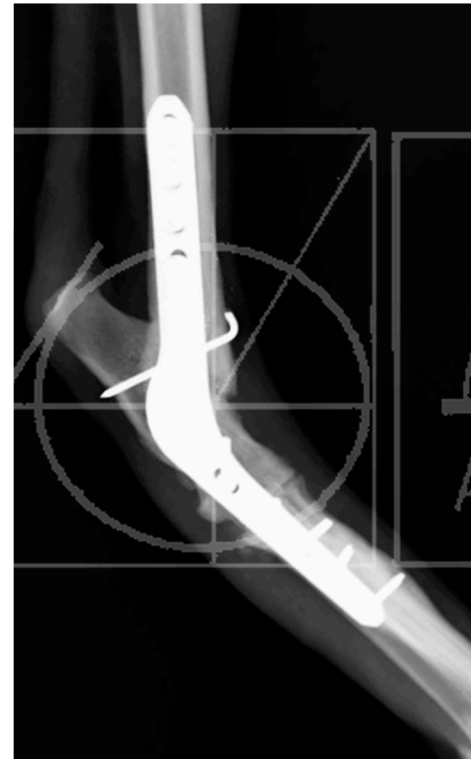


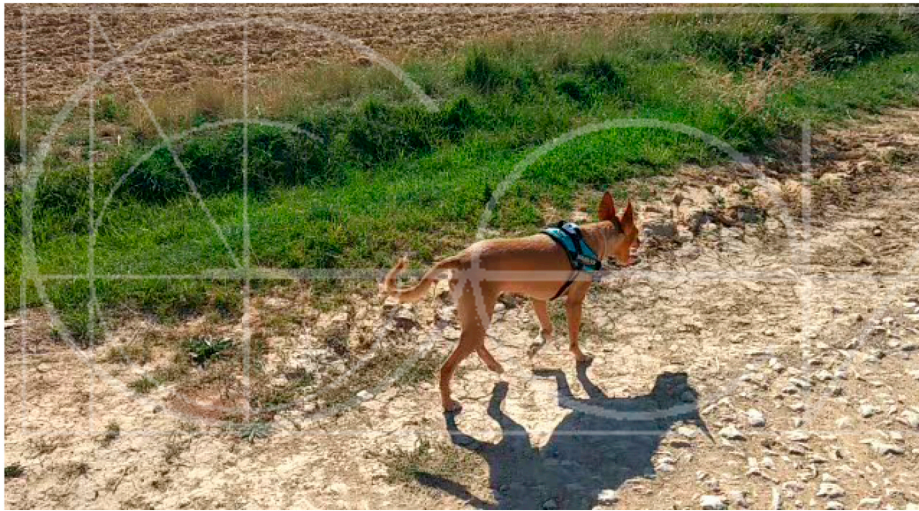
Imagen 2

Seguimiento :

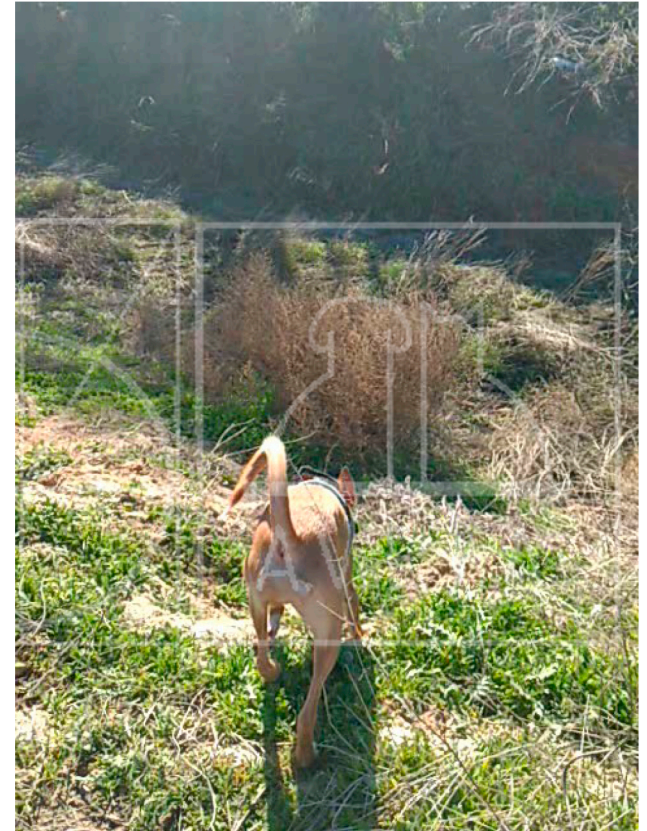
A los 7 meses la utilización de la extremidad es muy buena. La consolidación radiológica se considera completa y se extrae la placa. Recomendamos la retirada de la placa ya que debido al poco tejido que la cubre a nivel de los metatarsianos en el futuro puede dar molestias. La aguja no ocasionaba ninguna molestia y decidimos dejarla.



Al los 15 meses de la cirugía comprobamos que la funcionalidad de la extremidad es muy buena.
(videos 3 y 4)



Video 3



Video 4

Conclusiones :

La artrodesis pantarsal es bien tolerada siendo una buena opción cuando hay lesiones graves o dolor crónico. (videos 3 y 4)

La utilización de placas para la estabilización es la opción más recomendable frente a otros sistemas como los fijadores externos y la utilización de placas especialmente diseñadas para ello facilita su colocación y estabilización en el ángulo correcto.

La placa se puede colocar por medial, lateral o dorsal dependiendo de la lesión y preferencias del cirujano.

Yo, si la lesión me lo permite prefiero la cara medial donde considero que la placa se acomoda más fácilmente y solo es necesario fresar un poco la base del primer metatarsiano .