

HOSPITAL DE LA MISERICORDIA Y SAN JUAN DE DIOS. SERVICIO JERARQUIZADO
DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CÁDIZ

Jefe de Servicios Prof. Dr. ANTONIO JIMÉNEZ CISNEROS

Prótesis total de tobillo

A. JIMENEZ CISNEROS, C. HOHR GOMEZ *
y F. RAMIREZ GUTIERREZ *

RESUMEN

A pesar de la corta experiencia en estos problemas, los autores se animan a reiterar sobre las prótesis totales de tobillo, ya que los buenos resultados que se pueden obtener suponen una nueva puerta abierta a la esperanza, frente a la grave situación que suponen la artrosis del tobillo, generalmente postraumática, y los cataclísmicos estallidos de la articulación tibioperonea astragalina.

Reiterar en las indicaciones es el objetivo esencial del trabajo, con extensiones perfectamente delimitadas en la patología del astrágalo y necrosis avascular del mismo, así como derivadas de patología reumática destructiva de la articulación.

La aparición después de este escrito de nuevas prótesis más fisiológicas, más funcionales y de técnica de colocación más sencilla, realzan aún más la importancia de los aspectos substitutivos a este nivel.

Descriptor: Prótesis de tobillo.

SUMMARY

Information regarding the recent use of total ankle joint replacement in the case of osteoarthritis is scarce, and as new models are continually appearing, the experience of this published case is considered interesting.

Key words: Ankles total joint replacement.

Introducción

Consideramos muy prematuro por nuestra parte el traer este tema a discusión dada nuestra pequeña experiencia en este campo. Si nos hemos animado a ello es por el buen resultado obtenido en la única prótesis total de tobillo que hemos realizado, que nos ha situado en postura de fervientes partidarios de dicha técnica.

No son frecuentes ni numerosas las estadísticas de la substitución articular del

tobillo, ya que el propio BUCHOLTZ, campeón y promotor de dicha técnica, sólo aporta en 1975 una serie de 35 prótesis colocadas.

Lo que sí es cierto, y de gran valor el divulgar, que hasta el advenimiento de esta técnica, el arsenal terapéutico de que podríamos disponer en los graves deterioros del tobillo, estaba exclusivamente limitado a la realización de una fijación mediante las distintas técnicas de artrodesis, que con muy diversas variantes han sido propuestas por MERLE D'AUBIGNE, WITHMANN, DUNN, HOKE, OMBREDANNE,

* Médico adjunto.

Comunicación presentada al Congreso SOTINISATO de Nápoles, Mayo 1976.

SCHERB, BIESALSKI, y muchos autores más, abarcando exclusivamente la articulación tibioperonea, astragalina o ampliándose a las otras articulaciones del retropié.

Fundamentos de las artrodesis

El objetivo que han tratado de cumplir las artrodesis, ha sido, de una parte, la obtención de una estabilidad articular en la cirugía de las parálisis, que no es nuestro objetivo relatar ahora. Por otra parte, la supresión del dolor sobre la base de una restricción de movilidad total y anquilosis; ha sido por tanto una cirugía peyorativa y restrictiva articular.

Los intentos en el tobillo de una cirugía artroplástica, que venía realizándose de modo esporádico en enfermos con artritis reumatoidea progresiva, no ha sido

satisfactoria en sus resultados funcionales siendo incluso peores los resultados que con las simples sinovectomías.

Igualmente frente a la frecuentísima etiología postraumática, cuando el deterioro articular y los síntomas evidentes de artrosis estaban presentes, junto al dolor e incapacidad progresivos, hasta el momento sólo teníamos el recurso de la artrodesis como un mal menor.

La artrodesis de tobillo es indudable que nos ha rendido beneficios, pero no todos los pacientes que las sufren se encuentran totalmente satisfechos con la misma, toda vez que la supresión de movilidad en la polea astragalina da lugar a una hiper movilidad compensatoria de las restantes articulaciones del tarso, en especial en las llamadas articulaciones de Chopart y de Lisfrane. Se genera por tanto, hiper motilidad anormal, tracciones ligamentarias e incluso a la larga transformaciones de la morfología de los huesos del pie, en la búsqueda de una situación de compensación, que por último pueden llegar a la organización de artrosis, con síndrome doloroso tardío.

Así pues, la artrodesis es una buena solución, pero no todo lo buena y permanente que sería de desear.

La inauguración de la cirugía substitutiva del tobillo, abre un campo prometedor, desde el momento que llega a:

- a) Suprimir el dolor en la carga.
- b) Permite la supervivencia de la movilidad articular.

Prótesis total de tobillo

Es un sistema terapéutico, como toda substitución articular protésica de cualquier otra articulación de carga, sometida en el momento actual de nuestros conocimientos a discusión e incluso a diatriba. Pero, sin embargo, creemos que tiene sus aspectos positivos.

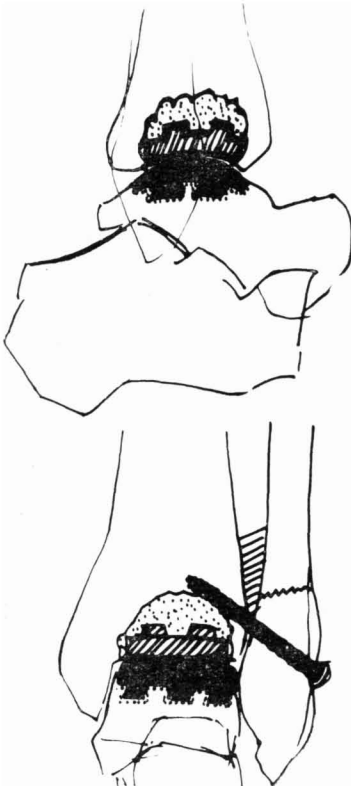


FIG. 1.

El objetivo de nuestra comunicación es el dar a conocer nuestras impresiones iniciales, a pesar de nuestra cortísima experiencia, y decir en todas aquellas ocasiones que estaremos dispuestos a realizar una indicación quirúrgica de prótesis total de tobillo, siempre que tengamos el enfermo idóneo y su consentimiento.

Indicaciones quirúrgicas de endoprótesis de tobillo

Creemos que dos son las indicaciones esenciales de prótesis total de tobillo:

A) Secuelas postraumáticas graves del tobillo que han generado la aparición de una artrosis.

B) Secuelas deformantes de origen reumático progresivo, generadoras de grave deterioro articular y artrosis secundaria.

Las secuelas artrósicas del tobillo como etiología inicial, son muy infrecuentes a este nivel, a pesar de tratarse de una articulación de carga, pero podrían ser una circunstancia de indicación relativa.

Al igual que a otros niveles articulares, la patología infecciosa específica constituye un aspecto restrictivo de sus indicaciones, ante la eventualidad de reinfecciones.

A) Patología postraumática:

1.º Dentro de la etiología traumática, podrán ser indicaciones inmediatas aquellas fracturas parcelares del techo de la mortaja tibial, y fracturas o fracturas-luxaciones intraarticulares que no obtuvieron una precisa y meticulosa restauración de la superficie articular.

2.º Lesiones parcelares o con hundimientos de la superficie articular del astrágalo y necrosis persistentes no rehabilitadas y deformadas.

3.º Todas aquellas lesiones del tobillo, que consideramos como traumatismos antiguos, en los que no sólo existen desvia-

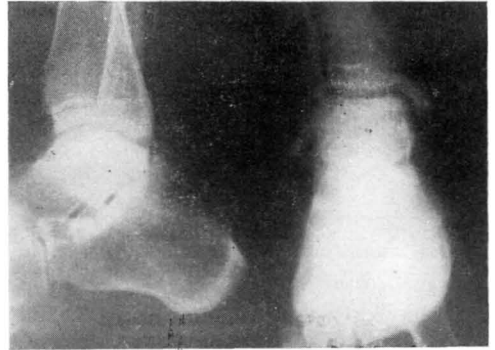


FIG. 2.

ciones residuales por callos viciosos, sino que además exhiban signos evidentes de artrosis.

4.º Pueden ser también indicación quirúrgica aquellas precedentes artrodesis practicadas, que muestren síndrome dolo-



FIG. 3.

roso residual, significando entonces un salvamento y restauración de la movilidad articular.

B) *Cirugía de los reumatismos:*

Es una indicación de elección en las graves lesiones destructivas y deformantes, debiendo ser acompañada de una sinovectomía articular selectiva.

Contraindicaciones

La realización de un acto quirúrgico, cualquiera que sea, ha de llevar implícito un estudio reflexivo de indicaciones y contraindicaciones.

No vamos a referirnos ahora a contraindicaciones operatorias de índole general, que a este nivel mantienen su vigencia. Ya sean cardiorrespiratorias, metabólicas o de otra causa general grave. Ahora nos interesa destacar las específicas contraindicaciones locales o regionales.

La presencia de lesiones de partes blandas con extensas cicatrices pueden ser una contraindicación formal. Igualmente la existencia de importantes trastornos circulatorios arteriales o de retorno, y grandes

edemas, pueden constituir importante contraindicación. La existencia de ulceraciones tórpidas, igualmente.

A pesar de nuestro deseo de realizar este tipo de cirugía, y de haber realizado sólo una endoprótesis de tobillo, sin embargo, hemos rechazado por dos veces su realización. La primera en una poliartritis crónica progresiva, con déficit vascular, habiendo realizado solo una amplia sinovectomía. En la segunda ocasión, en un intento de movilización de una seudartrosis residual a una artrodesis de tobillos postraumática; la presencia de piel en malas condiciones, con ulceración tórpida, nos indujo a rechazar la prótesis, realizando a cambio una consolidación de la artrodesis inicial.

Puede significar también contraindicación a la prótesis de tobillo, la existencia de una artrosis subastragalina o talo-calcáneo-navicular. En esta situación procede realizar antes una doble o triple artrodesis, para en un estadio posterior realizar la intervención movilizadora del tobillo.

Técnica

El tipo de prótesis que empleamos es la St. Georg que nos parece más eficaz y menos complicado que la de LORD y MAROTTE. Hemos seguido técnica parecida a la descrita por BUCHOLTZ (Fig. 1, dibujo), y hemos utilizado la prótesis de St. Georg, (Fig. 2, preoperatoria), por él preconizada, en un caso de una artrosis postraumática de larga data con secuela persistente de necrosis del cuerpo del astrágalo, con disminución de altura del espacio articular, rugosidad de superficies, síndrome doloroso persistente y progresivo, así como importante incapacidad. (Figs. 3 y 4, postoperatoria al año), de la movilidad articular y grave claudicación para la marcha.

Los resultados han sido altamente favorables consiguiéndose una remisión to-



FIG. 4.

tal del dolor de la carga y marcha y recuperación de la flexoextensión del tobillo, en más de un 50 por 100 de su movilidad normal.

Como en toda cirugía protésica articular, la infección es la más temible de las complicaciones, y deben extremarse las condiciones de asepsia. Sin embargo, y dado que la resección que se realiza en estas técnicas en las superficies articulares es mínima, la posibilidad de un suceso complicativo de este tipo, no invalida en

absoluto para una ulterior cirugía artrodesante en caso de no haber obtenido los resultados deseados.

Es pues esta cirugía, una nueva puerta abierta al bienestar del hombre.

BIBLIOGRAFIA

- MERLE D'AUBIGNE y RANADIER. (1959). *Traumatismos Anciens*. Masson Edt.
- BUCHOLTZ, Primeras Jornadas de trabajo de substituciones articulares. Madrid 1975.
- LORD y MAROTTE. (1973). *Revue de Chirurgie Orthopedique*, 59, 139-151.