

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA

TUNELITZACIÓ DEL COLL FEMORAL *

J. M. AMORÓS I MACAU, V. L. CAJA I LÓPEZ, J. LLATA I SALLÉS,
J. M. SÁNCHEZ HARGUINDEY, J. VILA I BRICHs

L'estudi del tema de les coxopaties de base isquèmica i el seu tractament té antecedents importants en la literatura mèdica, dels quals cal considerar la contribució de PALAZZI, entre d'altres; ja fa anys, aquest autor va practicar sèries de tunelitzacions del coll femoral, modificant la tècnica de VENABLE i STUCK.¹ Els darrers anys, i després d'un període d'estancament del problema, degut ben segur a la desbordant ingerència d'artroplasties, novament ha pres vigència, amb aportacions entre les quals remarcuem l'obra de FICAT i ARLET.²

El criteri que inicialment ens portà a la selecció de pacients fou omplir el compàs d'espera en les anques que, després d'un sobtat inici de clínica dolorosa, es veien abocades ràpidament a llur destrucció, fet que es constata amb molta freqüència en joves adults i en els quals l'atroplàstia total és indesitjable per raons prou conegudes. Amb aquesta idea iniciarem la pràctica de la tunelització en pacients joves que no haguessin arribat a un estadi de destrucció subcondral que fes preveure un ràpid deteriorament articular o l'aparició immediata d'una osteocondrosi; això ens ha permès, ara per ara, de precisar amb més coneixement de causa les indicacions que podríem anomenar «princeps» i en les quals la terapèutica no només omple un compàs d'espera sinó que demostra tenir una notable capacitat de millora del factor hiperàlgic i, de vegades fins i tot, de la imatge radiològica. Amb tot, i en el cas que fos indicada la pràctica de l'osteotomia en alguna de les anques operades, creiem que aquesta pràctica hipotecaria, en bona part, la futura i obligada implantació d'una pròtesi, sense que puguem veure resultats prou optimistes per justificar una intervenció de més abast i amb riscos importants, quan, a més a més, això exigiria un llarg període de descàrrega.

Tenint en compte això, exposarem aquesta petita experiència, ben conscients que aquest tema és objecte de contínua revisió.

* Sessió del dia 25 de febrer de 1982.

Deixant de banda les qüestions terminològiques que les diferents escoles han aportat al voltant de la denominació d'aquest procés (osteocondritis dissecant, necrosi idiopàtica, primitiva, isquèmica, asèptica, sense oblidar les seves relacions amb l'artrosi), ens centrem en els estadis clàssics que tradicionalment s'ha volgut classificar, de forma convencional, les necrosis. Els paràmetres utilitzats per a aquesta classificació es fonamenten en criteris clínics, radiològics, hemodinàmics, radioisotòpics i histopatològics. Atès que, en la nostra sèrie, s'han utilitzat principalment els dos primers, és a ells que ens referirem de forma especial.

La clínica ve presidida pel dolor i la limitació de la mobilitat. El dolor és el signe d'alarma precoç en més del 50 % dels casos —per la seva sobtada aparició, CHANDLER va anomenar la necrosi asèptica com «malaltia coronària de l'anca—;³ el dolor nocturn és menys freqüent. Sovint s'observa una irradiació pseudoradicular del dolor i, particularment, un trajecte anterointern fins al genoll, de forma que en diferents pacients hem constatat com el primer signe dolorós és referit a aquesta articulació; no sol haver-hi irradiació en tota l'extremitat. Pel que es refereix a la limitació de moviments, hi donem poc valor i, en tot cas, no és decisiva de cara a la terapèutica. Radiològicament, la necrosi no es tradueix en cap imatge especial, com ho constata la pràctica d'una radiografia d'os de cadàver que, evidentment, és isquèmic; és per això que d'on cal esperar una traducció radiològica és de l'activitat reactiva de l'os.

L'aspecte radiològic es caracteritza per ser polimorf i es pot presentar osteoporosi, esclerosi, formació d'enquistaments de detritus, segrests, pinçament de la interlínia i, a la llarga, signes artròsics. S'ha establert una classificació radiològica en quatre estadis: L'estadi I es caracteritza per l'absència d'imatge radiològica. A l'estadi II poden presentar-se tres formes: Osteoporòtica, esclerosa i quística, i n'hi ha una quarta per combinació —l'escleroquística—. Un aspecte de descrostat subcondral en forma de closca d'ou implica la presència d'un segrest laminar que constitueix un estadi de transició al III, que es caracteritza per la presència de segrest i enfonsament del cap femoral. Finalment, l'estadi IV en el qual s'observen ja signes artròsics, és a dir pinçament de la interlínia i aparició d'osteofits (quadre I).

Enfront d'aquesta forma «clàssica» cal diferenciar el grup que FICAT i ARLET⁴ proposaren, el 1972, amb el nom de coxopatia isquèmica i que es diferencia de la forma clàssica en el fet que l'afectació de la interlínia articular es produeix a l'inici de la malaltia, mentre que, en aquella, aquesta afectació es dona només en l'estadi terminal. En aquesta forma, caldrà establir el diagnòstic diferencial amb les coxartrosis ràpidament destructives i l'artritis reumatoide (quadre II).

QUADRE I

CLASSIFICACIÓ RADIO LòGICA DE LES NECROSIS DEL CAP FEMORAL

1: Forma òssia (necrosi «clàssica»)

Estadi	Interlínia	Contorn	Trama	Diagnòstic radiològic	Diagnòstic Exploració funcional
I	N	N	N o lleugera osteoporosi	Impossible	Hemodinàmica probable Histopatològica certa
			Transformada. Osteoporosi. Densificació esclerogeòdica.	Probable	Hemodinàmica probable Histopatològica certa
II	N	N			
III	N	N	Trencat Descrostat — Unipolar — Bipolar Enfonsament Collapse	Segrest	Cert Confirmatiu
IV	Pinçada	Enfonsat	Destrucció pol superior. Articulació cilíndrica.	Molt difícil entre — Artrosi — Coxitis — Necrosi	Hemodinàmica insuficient Biòpsia necessària

Necrosi simple

Necrosi compli cada

QUADRE II

CLASSIFICACIÓ RADIOLÒGICA DE LES NECROSIS DEL CAP FEMORAL

2: Forma osteo-condral (coxopatia isquèmica)

Estadi	Interlínia	Contorn	Trama	Diagnòstic radiològic	Diagnòstic Exploració funcional
Començament	N	N	N o lleugerament retocada	Impossible	Hemodinàmica probable Histopatològica certa
Període d'estat	Piçada parcial o global, lleu o massiva	N	Descalcificació. Transformació esclerogènica. Densificació.	Molt difícil entre — Artrosi — Coxitis — Necrosi	Biòpsia necessària (Diagnosi de certesa)
Final	Desaparició total de la interlínia	Enfonsat	Descalcificació. Transformació esclerogènica. Densificació.	Molt difícil entre — Artrosi — Coxitis — Necrosi	Biòpsia necessària (Diagnosi de certesa)

La tècnica operatòria seguida amb els nostres pacients fou iniciada mitjançant la pràctica d'un abordatge que, si bé era limitat, incloïa la desinserció del vastus, practicant la perforació i l'extracció del cilindre amb la fresa de Putti; amb tot, hem introduït una modificació tècnica que facilita molt la intervenció i la fa pràcticament atraumàtica, en aconseguir de reduir la porta d'entrada, tot fent-la percutània; això es realitza practicant un orifici ossi amb un punxó que permeti el pas d'una guia recta transcervical i, tot seguit, les freses de Küntscher de 9 a 10 mm.; la biòpsia pot fer-se igualment utilitzant la trefina de punció vertebral. En el postoperatori, indiquem descàrrega durant un mes; el pacient resta hospitalitzat 4-5 dies i, posteriorment, segueix control ambulatori.

CASUÍSTICA. — La nostra sèrie es compon de 16 pacients, als quals s'intervingueren un total de 20 anques; 14 foren indicats per presentar necrosi asèptica o bilateral, i 6 per coxartrosi, totes unilaterals. L'edat mitjana de les necrosis era de 42 anys, la de les coxartrosi era 51, i la mitjana d'ambdues era 45. El 90 % de les necrosis es donaren en homes i les coxartrosi només en un 50 %. El període mitjà de seguiment de la nostra sèrie és de 18 mesos, amb uns límits d'1-36 mesos. Hem agrupat els resultats d'acord amb aquests paràmetres: Grau de necrosi i/o coxartrosi, millora del dolor, millora radiològica i millora de la marxa. Respecte a les necrosis, el 7 % corresponia a l'estadi I, 14 % al II, 64 % al III i 14 % al IV, i respecte a la coxartrosi, el 16 % a l'I, 50 % al II, 16 % al III i 16 % al IV. Pel que es refereix al dolor, se n'aconseguí la desaparició en el 10 %, es manifestà ocasional en el 65 %, constant en el 15 % i s'ha constatat empitjorament en el 10 %. La radiologia postoperatoria ha millorat en el 5 % dels malalts, s'ha estabilitzat en el 70 % i ha empitjorat en el 25 %. Pel que fa a la marxa en relació amb la situació pre-operatòria, i tenint en compte el poc grau d'afectació, es considera igual o millor que la pre-operatòria en el 75 % del casos, i pitjor en el 25 % (quadre III).

CONCLUSIÓ. — En conclusió, creiem que les tunelitzacions del coll femoral es justifiquen pel fet que les artroplasties totals no són aplicables a tots els malalts, ni aconsegueixen de solucionar tots els casos; a més signifiquen un final de trajecte i són irreversibles. Tampoc el tractament conservador no té raó d'ésser en la necrosi asèptica del cap femoral de l'adult; creiem que el tractament ha d'ésser sempre quirúrgic i n'és bona prova la inoperància dels tractaments convencionals que són, probablement, el motiu de l'important retard amb que el malalt arriba al cirurgià, implicant tot això un diagnòstic en fase tardana i unes expectatives de millora clínica ben pobres, després de la tunelització feta en aquestes circumstàncies.

QUADRE III

RESULTATS (per cent)

Necrosis					Coxartrosis			
Grau	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	7	14	64	14	16	50	16	16

Dolor:

Recuperació total	10
Dolor ocasional	65
Dolor constant	15
Empitjorament	10

Marxa:

Millora o igual	75
Pitjor	25

Radiologia:

Millora radiològica	5
Estabilització	70
Empitjorament	25

En la nostra sèrie els millors resultats s'han obtingut en malalts amb afectació mínima i en els quals el seu quadre clínic es reduïa, pràcticament, al dolor. Un altre grup el formen les anques en major o menor grau d'afectació anatòmica que corresponien a pacients que, per la seva edat, no són tributaris d'una artroplàstia. Amb la tunelització es poden millorar o curar els casos en els quals, per un diagnòstic clínic precoç, la necrosi està poc evolucionada; això es produeix en els estadis I i II; en els III i IV es pretén eliminar o disminuir el dolor; la millora permet un compàs d'espera fins que aquell reapareix, moment en que es fa necessària l'artroplàstia. L'efecte antiàlgic és comunicat pel malalt des del primer dia del postoperatori pel conegut efecte de descompressió i millora del retorn venós. Un cop practicada aquesta tècnica, en els casos evolucionats es constata una discordança entre les manifestacions clíniques i les imatges radiològiques, ja que si bé aquestes progressen, les molèsties són de menor intensitat que en les anques en idèntiques circumstàncies però no tunelitzades.

La tunelització és una operació simple, tècnicament parlant. Els seus riscos operatoris són mínims, no necessita un temps de descàrrega llarg, deixa camí obert a l'artroplàstia i, en la majoria de casos, permet una reinserció laboral del pacient sempre que el tipus de treball no comporti una gran sobrecàrrega funcional.

BIBLIOGRAFIA

1. PALAZZI, C., XICOY, J.: The Pediculate Bone Graft as treatment for the aseptic necrosis of the Femoral Head. Arch. Orthop. Unfall Chir., 83, 115-122, 1975.
2. FICAT, P., ARLET, J.: Ischémie et nécrose osseuses. Ed. Masson, 1977, París.
3. CHANDLER, F. A.: Coronary disease of the hip. J. Internat. Coll. Surge, 11, 34, 1948.
4. FICAT, P., ARLET, J.: Coxopathies ischémiques. Rev. Chir. Orthop., 58, 563, 1972.