

SOCIETAT CATALANA DE CÍRURGIA ORTOPEDICA I TRAUMATOLOGIA

ARTRÒDESI DE LA SUBASTRAGALINA AMB DOBLE CARGOLAMENT

J. VILA I BRICHS

Parlant, fa temps, amb el Prof. Duparc, de París, va dir-me la següent frase: «Le plâtre c'est la honte du chirurgien».

Aquesta frase: «El guix és la vergonya del cirurgià», m'ha fet reflexionar amb freqüència. Evidentment no pas per considerar-la literalment exacta. Devem molt a l'embenat de guix, continuem posant molts guixos en nombroses indicacions, i crec que continuarem posant guixos durant molts anys, reconeixent però els seus efectes secundaris desfavorables (decalcificació, atrofia muscular, rigidesa articular, atonia vascular, etc.) i pensant que una de les principals qualitats de l'osteosíntesi quirúrgica és la possibilitat de la mobilització precoç, a l'estalviar-nos l'aplicació d'un embenat de guix.

Aquesta línia conceptual, aplicada al tema de les fractures del calcani i les seves complicacions, que hem mirat sempre amb especial predilecció, ens ha portat a intentar millorar els resultats de l'artrodèsi subastragalina, buscant un procediment d'osteosíntesi estable dels dos ossos, que permetés prescindir de la immobilització amb guix.

De tots es sabuda la lentitud amb què evolucionen les manifestacions tardanes, tròfiques i doloroses, de les fractures del calcani. Nosaltres durant anys hem practicat l'artrodèsi subastragalina, quan és indicada en aquests casos, seguint la tècnica clàssica de cruentació de les cares articulars i del fons del tars, replenament amb empelts d'esponjosa i immobilització amb botina de guix, no ambulatoria sis setmanes i ambulatoria durant sis setmanes més.

Obteníem així una bona anquilosi òssia, amb la contrapartida d'una descalcificació important del peu, d'un edema persistent i d'algies residuals que, malgrat els tractaments de rehabilitació, persistien almenys tres mesos més, i moltes vegades sis o més mesos, de manera que no s'obtenia la recuperació laboral fins ben passat l'any després de practcada la fixació.

Amb el cargolament de l'astràgal i el calcani amb dos visos d'esponjosa, com proposem, s'obté una unió sòlida dels dos ossos, que

permet prescindir totalment de la immobilització amb guix, i que facilita la mobilització postoperatòria immediata de totes les articulacions del peu.

La tècnica operatòria seguida, és la següent: pacient en decúbit supí, amb un coixí sota el maluc del costat a operar; col·locació de l'Esmarch a la cuixa; preparació del camp operatori de la cresta ilíaca del mateix costat i del peu. Comencem prenent empelts de la cara externa de l'ilíac, en practiquem una finestra per agafar l'esponjosa amb cullereta. La làmina cortical externa aixecada, en uns casos es reaplica després a la zona dadora de l'ilíac, i en els altres es prengué també com a empelt, després de fragmentar-la amb la cisalla.

L'articulació subastragalina s'aborda a continuació, per la seva cara externa, amb una incisió curvilínia, que comença al darrera del maleol extern, envolta la seva punta, a un centímetre per sota, seguint fins a la calcani-cuboidea paralela a la planta del peu. En el teixit subcutani s'identificarà i respectarà el nervi sural, que deixarem junt al llavi inferior de la incisió, i alliberarem els tendons peroneus amb la seva beina, luxant-los cap dalt, amb el que arribem al fons del tars i a la cara posterior de la subastragalina.

Després d'extirpar el cartíleg de les dues caretes de la subastragalina i també la cortical del fons del tars, deixem aquest camp i practiquem una nova incisió longitudinal, d'uns tres centímetres, al mig de la cara anterior del turmell. Deixant dintre el tendó del tibial anterior i separant cap a fora els tendons extensors dels dits, amb els vasos i nervi tibials anteriors, s'arriba fàcilment a la cara superior del coll de l'astràgal, sense altre obstacle que uns vasos transversals que es tallen entre lligadures. Desperiostitzat el coll de l'astràgal, des de la túbio-peroneo-astragalina fins a l'astràgal-escafoidea, es procedeix a col·locar el primer cargol, longitudinal, llarg, dirigit a l'angle postero-inferior de la gran tuberositat del calcani. Comencem la perforació amb el punxó i prosseguim amb una broca manegada (màneg de Jacob) de 3,2 mil·límetres, que fem arribar fins a la cortical inferior del calcani. Aleshores amidem la broca per saber la llargada que ha de tenir el cargol. En aquest moment és preferible comprovar la posició de la broca mitjançant l'amplificador d'imatges. Sense pretendre treballar les espines de la perforació, es pot ja passar el cargol d'esponjosa, que penetra bé i fixa sòlidament els ossos.

L'altre cargol es col·loca amb tècnica semblant, uns mil·límetres per davant del ja posat, dirigit-lo vers la planta del peu, inclinat un xic cap al taló i cap a la cara externa del peu, pel fet d'ésser externa l'apòfisi anterior del calcani.

Amb aquest nou cargol, la fixació de l'astràgal i el calcani queda molt sòlida. Resta sols reomplir amb els empelts els intersticis de l'interlínia subastragalina i suturar ambdues ferides.

Un embenat compressiu disminueix la importància de l'hematoma postoperatori i facilita el guariment. Tenim costum de retirar-lo a les dues setmanes de l'operació, al mateix temps que els punts de pell, deixant aleshores una bena elàstica vuit o deu dies més.

El malalt és instruït per a mobilitzar progressivament el peu, des del primer dia del postoperatori, i acostuma a iniciar la marxa amb descàrrega des del quart o cinquè dia. Passats 21 dies, intensificarà la mobilització del peu, ja sense cap apòsit, mantenint l'extremitat operada amb descàrrega fins a les vuit setmanes, data en què comencem a permetre la càrrega, prudent i progressiva, fins a les dotze setmanes en què ja permetem la càrrega total.

Revisant els deu primers malalts operats amb aquesta tècnica, ens hem trobat sorprenentment amb resultats millors dels esperats. La diferència amb casos semblants, operats amb la tècnica anterior fou gran. En cap cas era aparent la descalcificació dels ossos del peu que, sigui en la forma puntejada o difusa, era pràcticament constant en els pacients enguixats. Als tres mesos de l'operació, cap d'aquests deu operats tenia edema del peu ni disminució de la mobilitat de la túbio-peroneo-astragalina. El dolor a la càrrega i a l'exercici evolucionà menys favorablement, de manera que tres dels deu operats seguien amb molèsties doloroses, d'intensitat suficient per a impedir-los el treball, a l'any de l'operació. Un dels deu fou donat d'alta als cinc mesos d'operat; un altre als set mesos; tres més als vuit mesos, un altre als nou mesos i el darrer als onze mesos. Malgrat la durada d'aquests períodes de recuperació, la comparació amb casos semblants, de malalts que foren enguixats, és també positiva, ja que aquests operats es recuperaren per la feina més a poc a poc i en proporció més petita.

Per a cloure la comunicació em resta fer un comentari sobre la presència dels dos visos quan ja s'ha obtingut la consolidació. A quatre d'aquests deu malalts, tots ells accidentats de treball, els cargols els foren retirats de vuit a dotze mesos després de practicada l'artròdesi. L'extracció, quan és indicada, pot fer-se mitjançant l'anestèsia local; aleshores però, és millor infiltrar per sobre del turmell els troncs dels nervis tibial posterior i múscul-cutani a fi d'eliminar la sensibilitat òssia.