

Artrodiastasis - Artroscopía de cadera

Dres. M. VICTOR FRANCONI, S. FRANCO*

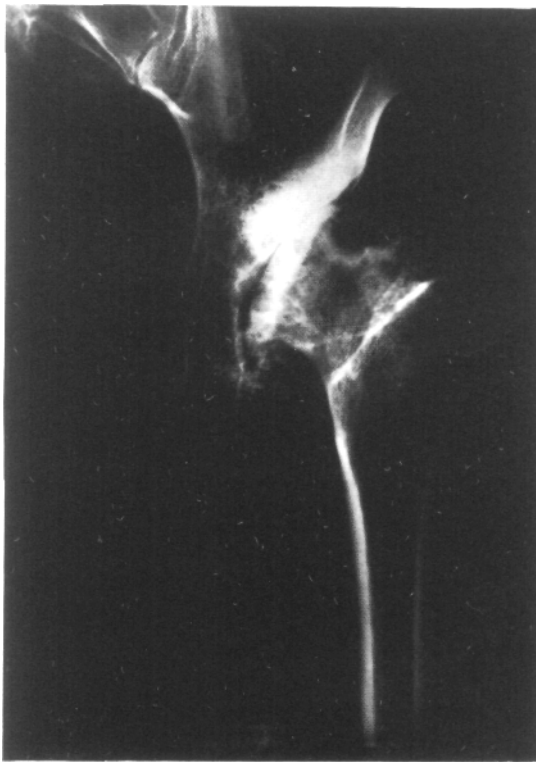


Fig. 1 A. M.C., sexo femenino, 38 años. Secuela de displasia congénita de cadera tratada ortopédicamente. Consulta por dolor y rigidez bilateral de cadera a predominio izquierdo. Obsérvese en la radiografía severa artrosis displásica de cadera, pérdida completa de la luz articular. Si bien por la clínica y la radiología a su edad sería lícita una indicación protésica, efectuamos el procedimiento de artroscopía y artrodiastasis en un solo tiempo.

Muchos pacientes jóvenes y adultos jóvenes son portadores de patologías de cadera con severos cambios degenerativos, con la consecuente afec-



Fig. 1 B. Fijador externo de artrodiastasis colocado en la paciente de la Figura 1A.

ción dolorosa y la disminución de la movilidad o rigidez articular. Debido a dicha severidad, estos pacientes serían pasibles de soluciones protésicas, pero sus edades no son las más aconsejables. Por lo expuesto, desde hace tres años estamos efectuando en casos muy seleccionados la distracción de la articulación (artrodiastasis) con fijador externo, asociado o no a la limpieza artroscópica, como alternativa quirúrgica no protésica.

Nos basamos en las importantes publicaciones del Dr. Cañadel (presentación de 9 casos) y en las

*Rosario 552, (1424) Buenos Aires.

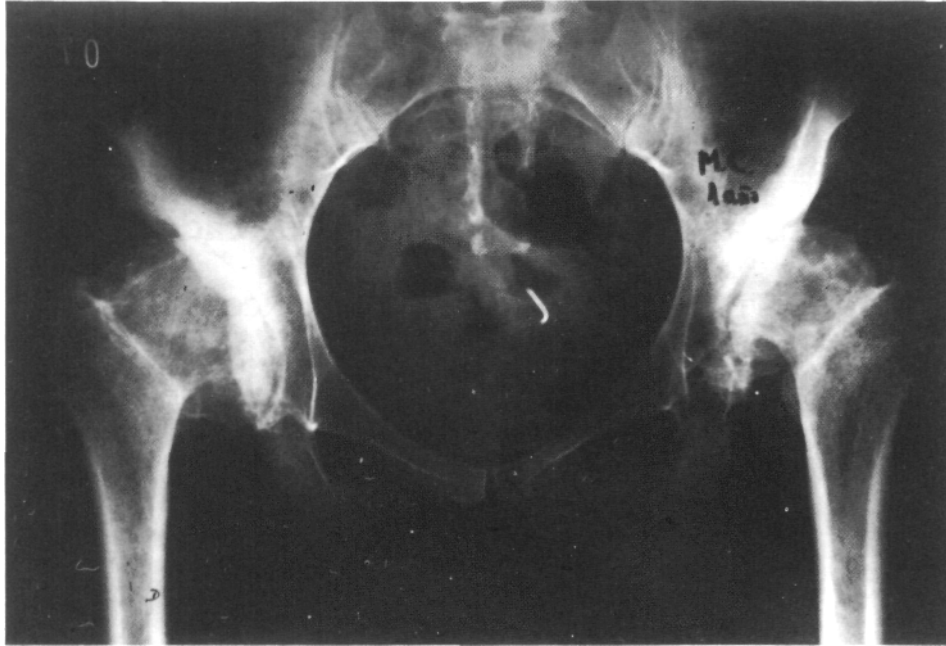


Fig. 2. Radiografía de control a un año de evolución. Se observa mejora de la luz articular, y la paciente presenta un sorprendente aumento de la movilidad articular, manifestando escaso dolor. Nos solicita la aplicación del mismo tratamiento para la otra cadera.

publicaciones internacionales de artroscopía de cadera.

Utilizamos un fijador externo unilateral (de Debastiani, conocido como Orthofix*) con una rúcula o perno, que permite la flexoextensión de la cadera, el cual deberá encontrarse en el centro de rotación de la cabeza femoral. Dos clavos de Schantz son insertados en el ilíaco, supraacetabulares (extraarticulares), y dos o tres clavos en la diáfisis femoral, produciendo una distracción intraoperatoria inmediata de 0,5 a 1 cm. El procedimiento se efectúa bajo anestesia general o intradural.

Este método permite aumentar la luz articular, disminuyendo las presiones de carga dinámicas y estáticas y la fricción articular, provocando incremento en la movilidad articular y una importante merma o abolición de la sintomatología dolorosa.

Cuando el procedimiento es asociado a la limpieza articular artroscópica se utilizan como vías de abordaje la paratrocanteriana anterior o anterolateral, y la anterior, pudiendo visualizarse: el as-

pecto de la sinovial (patología inflamatoria, hipertrofica, etc.), cuerpos libres articulares, alteraciones cartilaginosas (lesiones degenerativas con extensas áreas de denudación del cartílago y exposición del hueso subcondral), alteraciones en la forma de los componentes de la articulación coxofemoral (pérdida de la esfericidad de la cabeza femoral, etc.).

Se efectúa esta presentación preliminar ejemplificando con casos de necrosis y artrosis. La totalidad de la serie en que empleamos este criterio será presentada en una comunicación que constará con la casuística completa y la adecuada discusión y valoración de resultados.

La artrodiastasis de articulación coxofemoral, sola o asociada a artroscopía de limpieza, es un reciente recurso terapéutico; la corta experiencia que presentamos nos ha dado resultados satisfactorios, proyectándonos como una alentadora alternativa terapéutica no protésica en patologías de caderas rígidas y dolorosas, cuyas jóvenes edades requieren agotar todos los recursos no protésicos.