

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE CLAVO DE ARTRODESIS TIBIOTALCALCÁNEA ROTO. SERIE DE CASOS

Jose Poveda Mira, Vicente Vicent Carsí, Francisco Enrique Navarrete Faubel, María Sanchez González

INTRODUCCIÓN

La artrodesis tibiotalcalcánea (ATTC) mediante el uso de un clavo retrógrado es un tratamiento utilizado en la patología compleja del retropié, obteniendo la fusión articular en la mayoría de los casos. La rotura de estos implantes es una complicación de difícil rescate, dada la complejidad para extraer el fragmento proximal del clavo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos 4 casos de rotura de clavo intramedular retrógrado por pseudoartrosis y su técnica de extracción.

RESULTADOS

CASO 1

Varón de 46 años con deformidad de tobillo tras secuela de síndrome compartimental por lo que se realiza una ATTC con clavo. A los 18 meses se reinterviene por rotura del mismo asociado a pseudoartrosis. Se extrae el extremo proximal roto mediante agujas guías curvadas diseñadas para extraer clavos endomedulares de fémur rotos.



Figura 1: Imágenes radiográficas donde se observa rotura del clavo y extrusión de tornillo de astrágalo con ausencia de fusión. En la tercera imagen proyección sagital de TC.

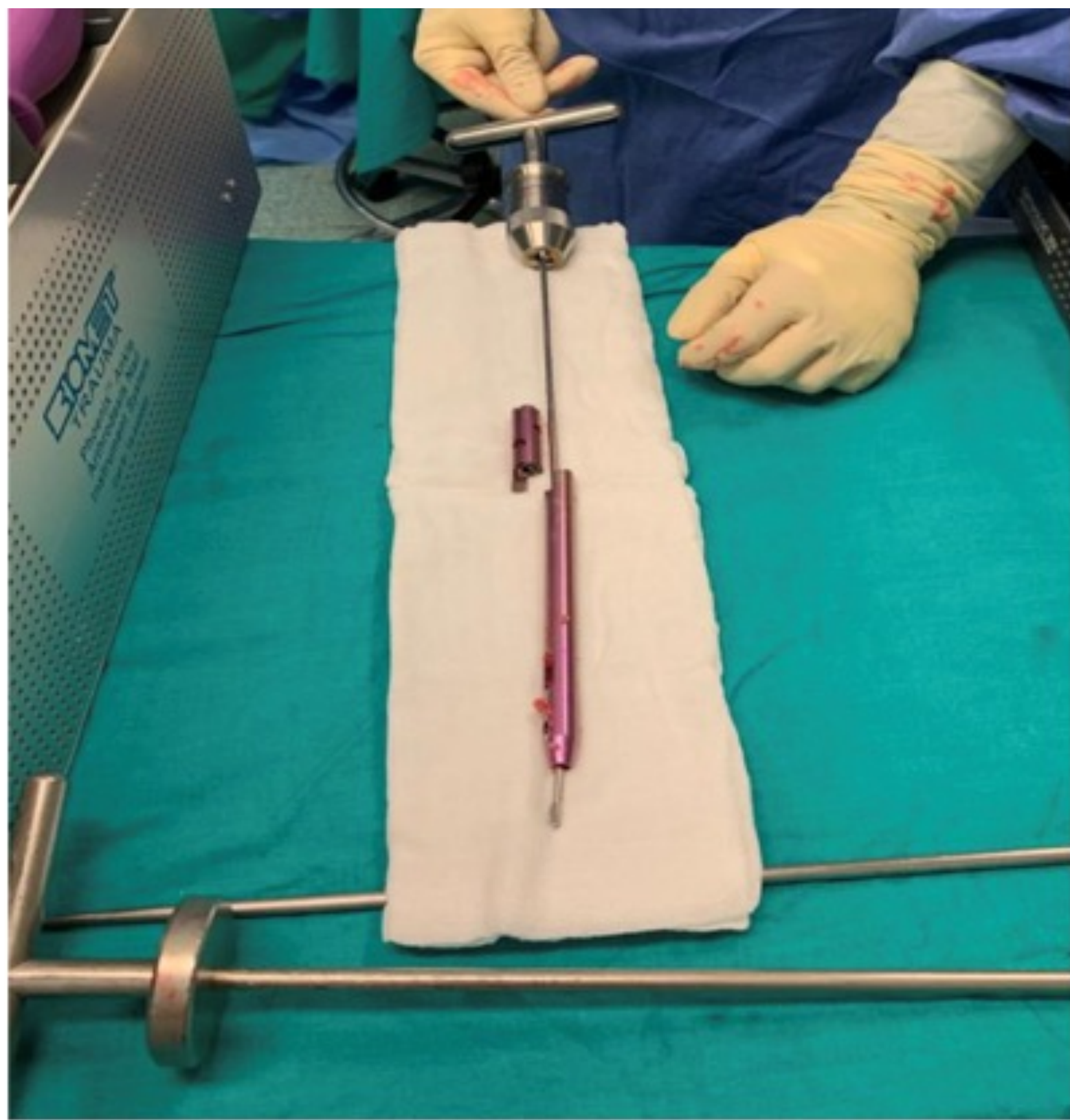


Figura 2: Agujas guías curvadas de revisión para extracción de clavos rotos

CASO 2

Varón de 35 años con ATTC con clavo Phoenix tras secuela de fractura de pilón tibial. A los 12 meses se produce la rotura del clavo por pseudoartrosis. Se extrae el fragmento distal del clavo con el sistema extractor del mismo y el proximal mediante abordaje del foco y realización de una muesca en el clavo, que con la ayuda de un escoplo y las agujas guías curvadas se extrae percutiendo sobre la muesca.

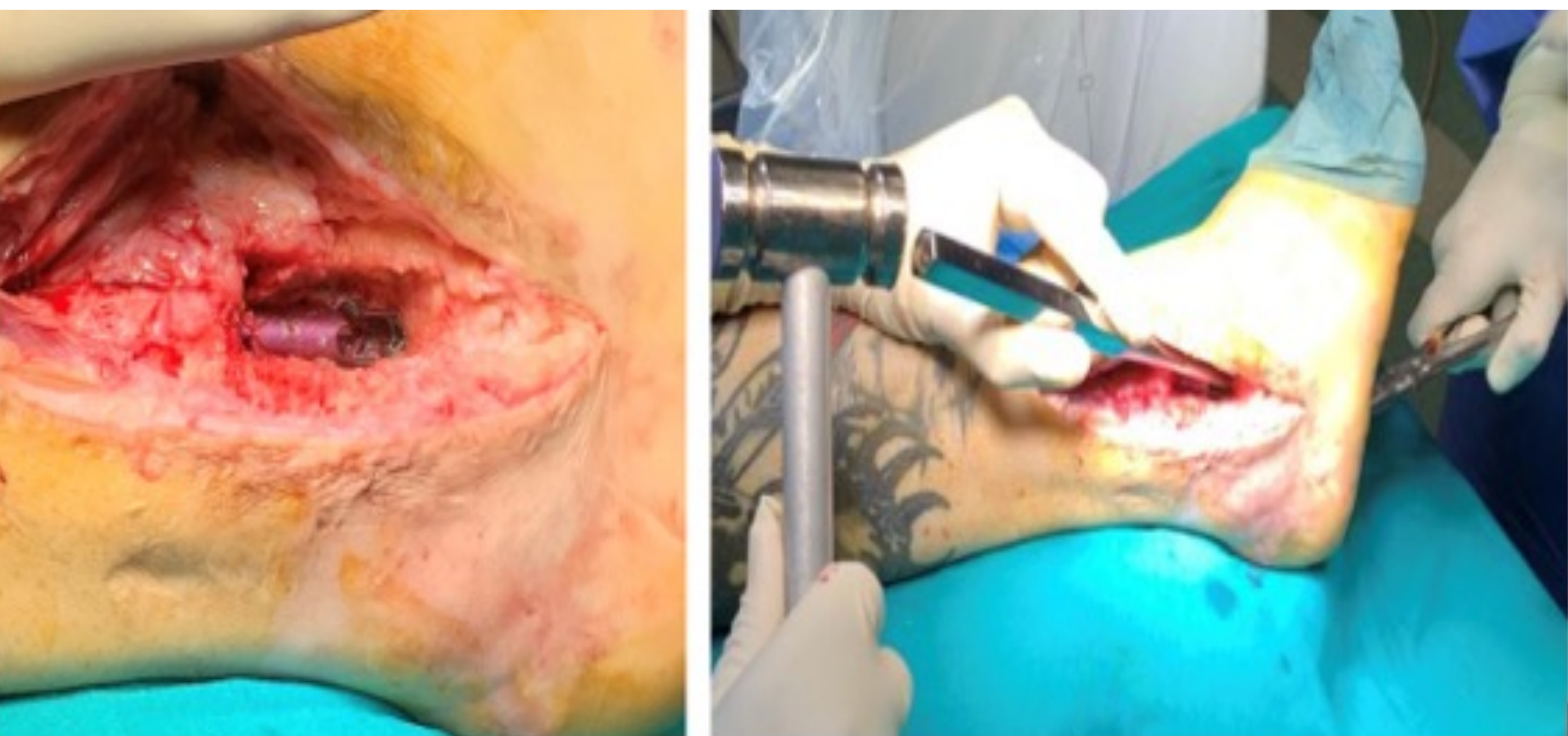


Figura 3: Imágenes del clavo TTC roto a través de la trinchera ósea y maniobra de extracción con guías endomedulares ayudadas por impactación directa en la muesca realizada en el clavo.

CASO 3

Varón de 65 años con fracaso de prótesis de tobillo por lo que se realiza ATTC con clavo Phoenix. A los 11 meses existe ausencia de consolidación y rotura del clavo. Se reinterviene extrayéndose el clavo distal con el extractor propio del mismo y el extremo proximal con la técnica descrita en el caso anterior.

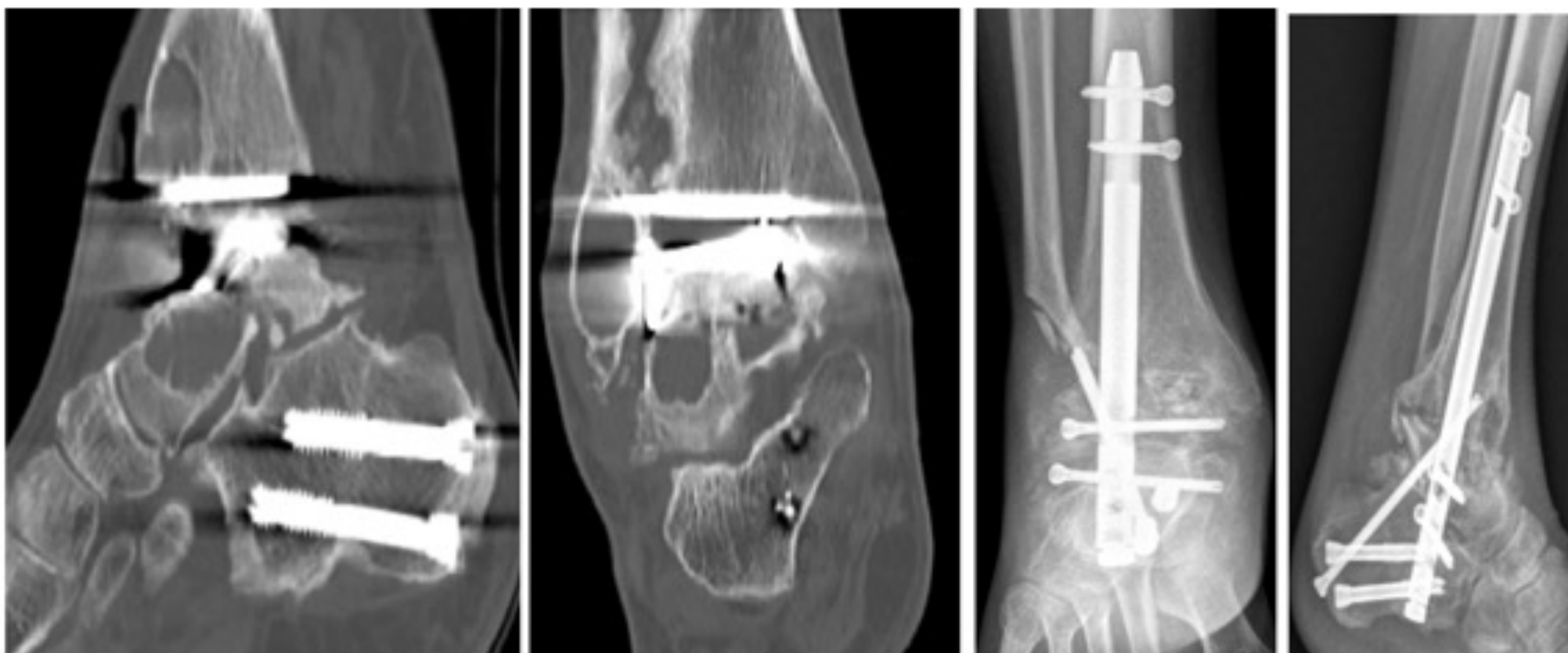


Figura 4: Imágenes de TC con lisis alrededor de la prótesis con deformidad en varo. Se aprecia la osteosíntesis para la osteotomía de calcáneo realizada previamente. Imágenes radiográficas tras la ATTC con clavo retrógrado con tornillo TTC de calcáneo a tibia oblicua.

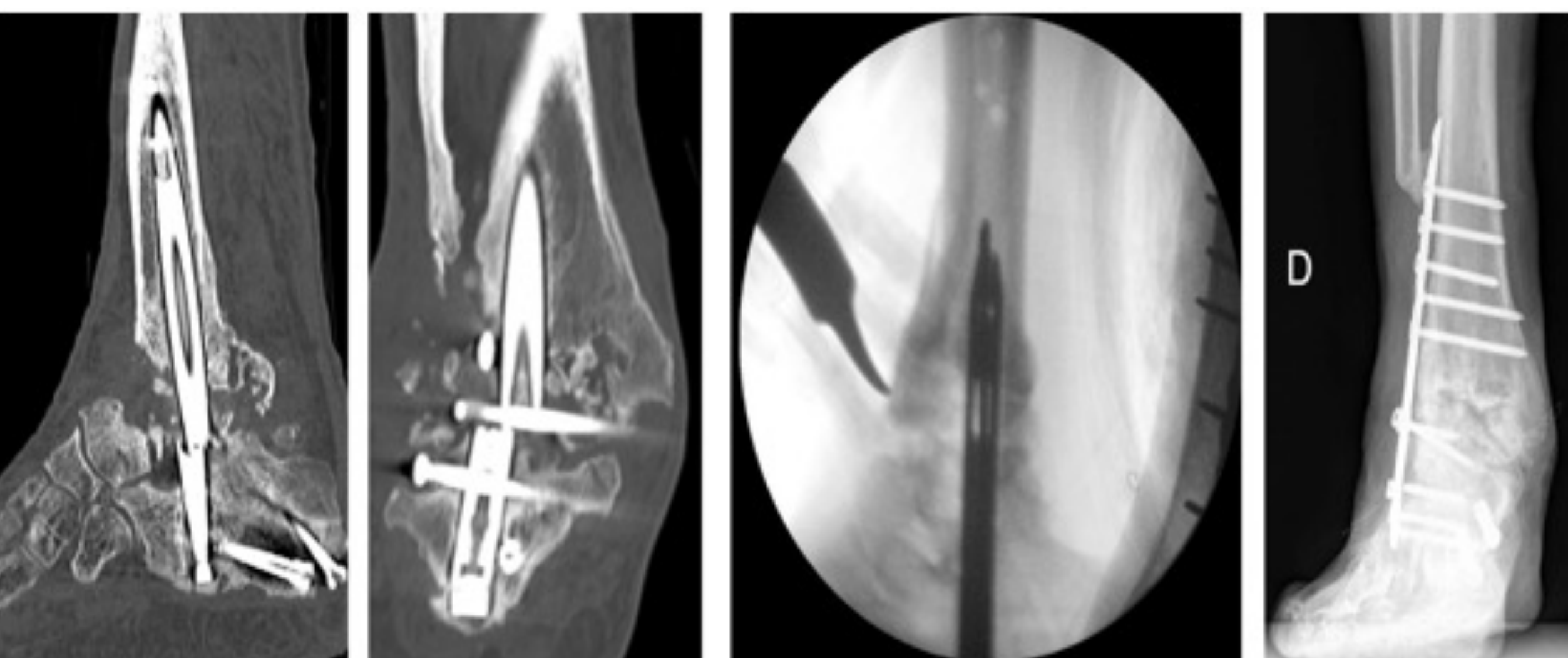


Figura 5: Imágenes de TC con el clavo roto. Finalización de la extracción con la guía curvada a través de la luz del clavo. Rescate con placa TTC e injerto corticoesponjoso colocado en el foco.

CASO 4

Mujer de 32 años con secuela de fractura de astrágalo por lo que se realiza una ATTC con clavo endomedular Phoenix. A los dos años se realiza revisión por rotura incompleta del clavo en a nivel tibiotalar. Los fragmentos del clavo permanecen unidos, por lo que se extrae el clavo sin dificultad con su sistema extractor.



Figura 6: Imagen radiográfica y clínica apreciando la rotura parcial del clavo. Rescate con placa TT en proyección radiográfica en carga.

DISCUSIÓN

Para aumentar la rigidez del montaje una vez retirado el clavo, se puede colocar otro clavo de mayor tamaño y grosor o preferiblemente una placa bloqueada tibiotalcalcánea.

CONCLUSION

El sistema de extracción del fragmento distal del clavo roto mediante el abordaje del foco realizando una muesca en el fragmento proximal para empujarlo hacia distal pensamos que es una técnica a tener en cuenta en el caso de que la utilización de agujas guía curvadas no sea efectiva.

Para la fijación de la pseudoartrosis, preferimos el rescate con placa bloqueada a la colocación de un nuevo clavo TTC porque pensamos que confiere mayor estabilidad mecánica.

C O N G R E S O

secOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA