

Tratamiento de la osteítis del pubis: Artrodesis con técnica innovadora a propósito de dos casos y revisión de la literatura.



OLUCHA PUCHOL J¹, Rodríguez Collell JR¹, Renovell Ferrer P.^{1,2}
(¹Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Universitario de Valencia), (² Departamento de Cirugía Universidad de Valencia)

INTRODUCCIÓN

- ❖ **SÍNFISIS PÚBLICA**: disco fibrocartilaginoso + ambos h. pubis. Reforzado por ligamento superior de la sínfisis y **ligamento arqueado**.
- ❖ **CLÍNICA OSTEÍTIS DE PUBIS** = **INSIDIOSA**, irradia a aductor, ingle, suprapúbico.
- ❖ **INCIDENCIA: ATLETAS** (futbol, corredores, hockey) → **Enf. Reumáticas** → **Embarazo**.
- ❖ **Estudios de imagen**: Rx AP inicial, **RMN** obligatoria para valorar inflamación.

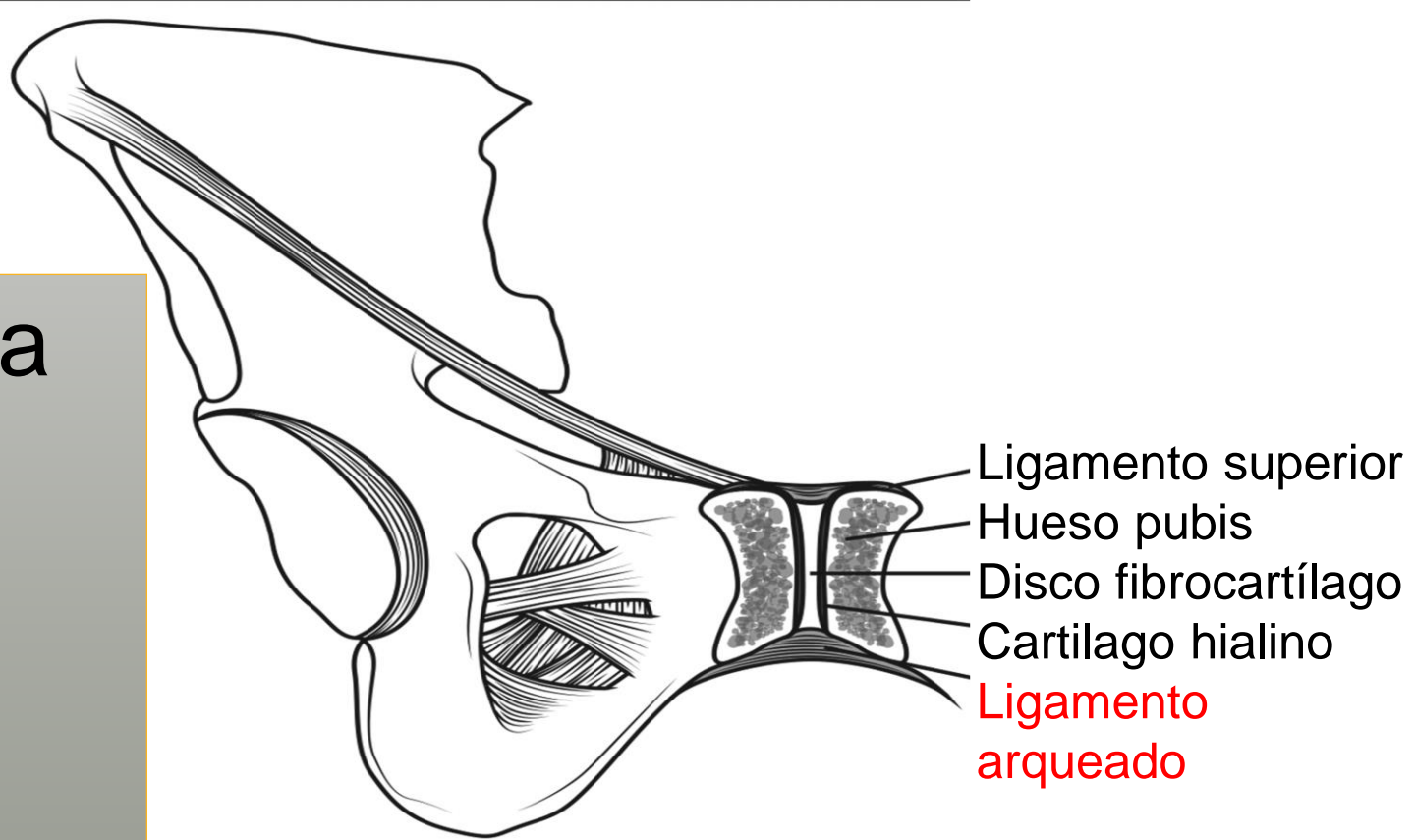


Figura 1. Dibujo esquema de la anatomía de la articulación de la sínfisis.

OBJETIVOS

- ❖ **El dolor en el pubis** → ampliamente estudiado en la población atlética.
- ❖ En otros grupos presenta un **desafío diagnóstico y de tratamiento**.
- ❖ Descripción de nuestra experiencia con una de técnica **modificación de la artrodesis** de la sínfisis del pubis.

MATERIAL Y MÉTODOS

- ❖ 65 y 72 años. Dolor en pubis de larga evolución limitación su actividad funcional. Activas previamente a la clínica. **EVA 10**
- ❖ RX AP, TC, RMN → **OSTEITIS Y ARTROSIS DE PUBIS**.
- ❖ Fracaso de técnicas conservadoras: Infiltraciones corticoides, AINEs, fisioterapia.

Técnica quirúrgica

- ❖ Decúbito supino, abordaje tipo Pfannenstiel.
- ❖ Resección del cartilago remanente, exposición de sínfisis.
- ❖ Miniopen sobre cresta iliaca, extracción de injerto tricortical en cuña.
- ❖ Introducción de injerto entre superficies articulares. Fijación con alambre.
- ❖ Placa compresión dinámica de 6 orificios para estabilizar la sínfisis.
- ❖ Reanclaje de rectos a través de los orificios anteriores de la placa.

RESULTADOS

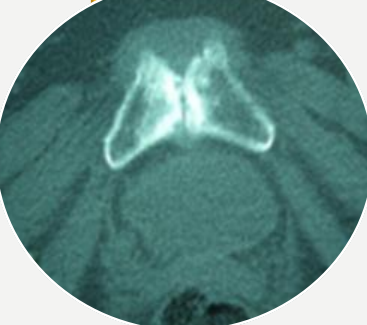
- ❖ 4 semanas en descarga.
- ❖ Revisión a las 3 semanas en consulta → RX AP y EVAs: 4 y 3.
- ❖ A las 12 semanas inician ejercicio de fuerza sin carga, EVA 2 y 1.
- ❖ A los 3 meses ejercicio moderado de fuerza (pilates, yoga, bicicleta)
- ❖ Al año asintomáticas, retoman actividad previa.

CONCLUSIONES

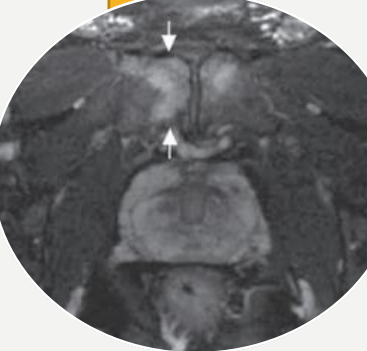
- ❖ La artrodesis con placa de neutralización con cerclaje alámbrico y aportación de hueso autólogo → opción adecuada en población no deportista parcialmente activa con osteítis de pubis una vez agotadas medidas conservadoras.
- ❖ Es necesario un mayor número de estudios comparativos en éste grupo poblacional para una mejor toma de decisiones entre las diferentes técnicas.



RX: Irregularidad de la sínfisis y resorción ósea. Posición de flamenco.



TC: Esclerosis i translación craneo-caudal pubis derecho.



RMN: signo de hendidura, quistes subcondrales, tendinopatías inserción.



Figura 2: Rx AP paciente 1: Cambios escleróticos y pinzamiento sínfisis.



Figura 3: Rx Ap paciente 2: desplazamiento posteroinferior sínfisis derecha.



Figura 4: TC paciente 2: Asimetría y ausencia cartilago articular



Figura 5: Abordaje tipo Pfannenstiel sobre sínfisis.



Figura 6: Curetaje del cartilago remanente. Preservamos ligamento arqueado.

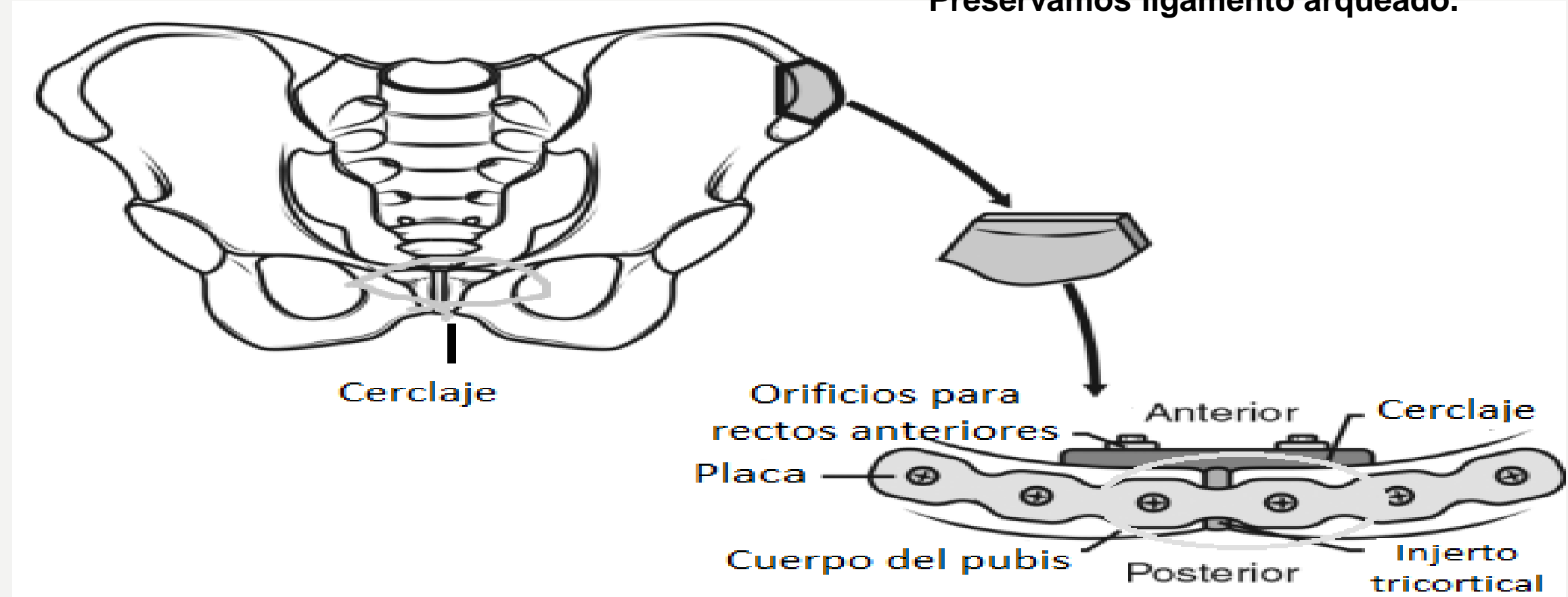


Figura 7: Dibujo esquema del procedimiento empleado: El injerto obtenido se aplicará entre ambos huesos iliaco y se fijará con una alambre que pasará por los agujeros obturadores. La sínfisis se fijará con una placa de 6 agujeros .



Figura 8: Rx AP de Control postquirúrgico 6 semanas de la paciente 1. Fusión incipiente de sínfisis.

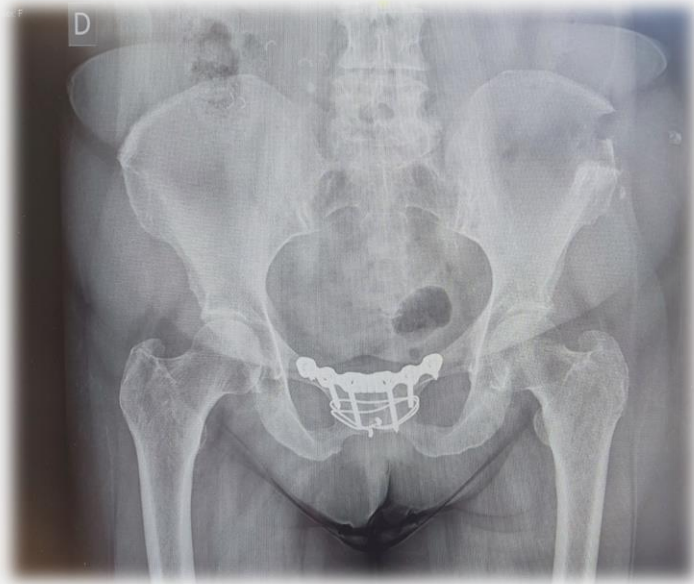


Figura 9: Rx AP de control en la paciente 2 a las 12 semanas. Placa y cerclajes en buena posición. Integración del injerto.

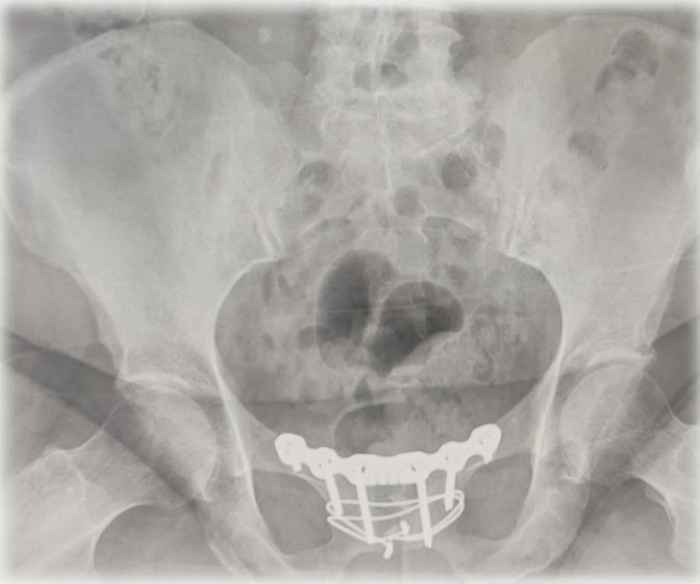


Figura 10: Rx AP en posición de flamenco sobre pierna derecha tras 1 año de evolución. Artrodesis consolidada y estabilidad de la placa en la paciente 2.

