

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 PÚBICA:** 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.

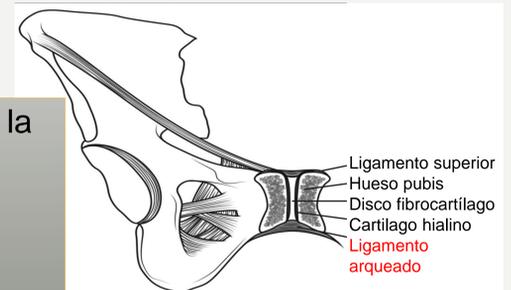


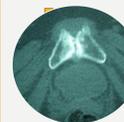
Figura 1. Dibujo esquema de la anatomía de la articulación de la sínfisis.

OBJETIVOS

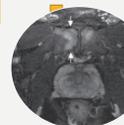
- ❖ **El dolor en el pubis** → ampliamente estudiado en la población atlética.
- ❖ En otros grupos presenta un **desafío diagnóstico y de tratamiento**.
- ❖ Descripción de nuestra experiencia con una de técnica **modificación de la artrodesis** de la sínfisis del pubis.



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



TC: Esclerosis e translación cráneo-caudal pubis derecha.



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

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 autógeno → 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.



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.

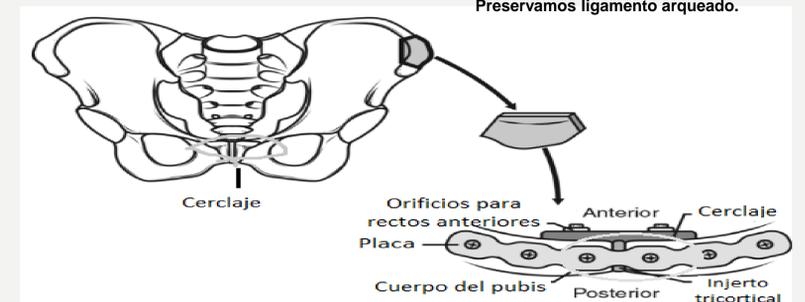


Figura 7: Dibujo esquema del procedimiento empleado: El injerto obtenido se aplicará entre ambos huesos ilíaco y se fijará con un alambre que pasará por los agujeros obturadores. La sínfisis se fijará con una placa de 6 agujeros.



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.



2. PR, Thomas DP, Dolven EM. Osteitis pubis and instability of the pubic symphysis. When nonoperative measures fail. Am J Sports Med 2000;28:350-5
 3. Rodríguez C, Miguel A, Lima H, Heinrichs K. Osteitis pubis syndrome in the professional soccer athlete: a case report. J Athl Train 2001;36:437-440.
 4. Ekstrand J, Ringborg S. Surgery versus conservative treatment in soccer players with chronic groin pain: a prospective randomised study in soccer players. Eur J Sports Traumatol 2001;
 5. Scott DL, Eastmond G, Wright V. A comparative radiological study of the pubic symphysis in rheumatic disorders. Ann Rheum Dis 1979; 38(6): 529-34.
 6. Cunningham PM, Brennan D, O'Connell M, MacMahon P, O'Neill P, Eustace S. Patterns of bone and soft-tissue injury at the symphysis pubis in soccer players: observations at MRI. AJR Am J Roentgenol 2007;188:W291-W29
 7. Maksymowych WP, Aston SL, Russell AS. Treatment of refractory symphysisitis pubis with intravenous pamidronate. J Rheumatol 2001;28:2754-7.