

VALGO DE TOBILLO POR CIERRE FISARIO DE TIBIA DISTAL COMO CONSECUENCIA DE ENCONDROMA EN CABEZA DE PERONÉ.

XABIER JIMÉNEZ-URRUTIA¹, SERAFIN GARCIA MATA², GREGORIO GARRALDA GALARZA²,
LAURA AZCONA MARTÍNEZ DE BAROJA²

¹Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Galdakao – Usansolo.

² Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Navarra.

1. INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS

Los casos descritos en la literatura sobre el cierre fisario precoz en tibia distal son causados en su mayoría por epifisiolisis de tibia o peroné. Hay poca evidencia publicada de epifisiodesis asimétrica como consecuencia de la tensión producida por un acortamiento del peroné, ya sea distal y/o proximal.

2. MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente de 17 años con enfermedad de Ollier presenta diversos encondromas. Se realiza legrado en la cabeza de peroné izquierdo rellenando con sustitutivo óseo.

El postoperatorio cursa sin anomalías y 5 años tras el curetaje comienza con molestias en tobillo izquierdo. A la exploración física impresiona valgo de retropié marcado. En radiografía simple se objetiva acortamiento de peroné proximal y distal con hemipifisiodesis asimétrica de tibia distal que condiciona valgo del retropié con inclinación de interlinea articular y traslación lateral del astrágalo.

En ese momento se coloca plantilla supinadora de retropié y arco medial con mejoría parcial. Una vez agotado el tratamiento conservador se planifica la intervención quirúrgica.

Se realiza osteotomía de sustracción en cuña de tibia distal con base lateral y traslación lateral hasta normalizar el eje de carga. Se procede a osteosíntesis con agujas KW y placa de reconstrucción con autoinjerto en foco.

Por abordaje lateral se realiza osteotomía de peroné, que se alarga espontáneamente 3mm, y síntesis con placa tercio tubo.



3. RESULTADOS

El control postoperatorio es satisfactorio, con neutralización de interlinea articular y traslación lateral de la tibia, permitiendo una corrección del eje de carga. Se inmoviliza con férula posterior durante 6 semanas manteniendo descarga y a los 4 meses postoperatorios la movilidad es completa, caminando sin dolor.

Radiografías preoperatorias y control postoperatorio a los 4 meses, apreciándose consolidación de osteotomía.

4. CONCLUSIONES

En este tipo de cierre fisario tibial asimétrico creemos que es preferible realizar una osteotomía de sustracción tibial medial con osteotomía de peroné ya que de esta forma tiende a elongarse relajando la tensión que mantenía sobre la tibia.