

Reconstrucción de tobillo en resecciones de peroné distal por proceso oncológico

Víctor Rafael Casas Gállego, María del Carmen Sanz Pascual, Fausto González Lizán, Salvador Álvarez Villar, Israel Pérez Muñoz. Hospital Ramon y Cajal. Madrid

Introducción:

- Las resecciones y reconstrucciones de peroné distal son procesos poco frecuentes.
- Puntos clave: estabilidad tobillo/fijación de peroné distal y cobertura de partes blandas.
- No reconstrucción estándar: múltiples técnicas descritas, en función del tipo de afectación de la región.

Objetivos:

- Descripción a propósito de un caso de una lesión oncológica en peroné distal
- Acentuar la importancia de diagnóstico correcto y manejo adecuado (estadificación local y a distancia)
- Exponer la reconstrucción de peroné distal

Material y métodos:

Paciente

Mujer de 37 años.
Bultoma en cara lateral de peroné derecho: 5 cm en peroné distal, duro, doloroso a la palpación, sin Tinel.
Imagen:
TC: Lesión en cortical lateral que asocia reacción perióstica solida y continua “ en contrafuerte”.
RM: Lesión de intensidad similar a cartílago, que capta contraste. Afectación endostal.
Estadificación a distancia negativa

Comité oncológico multidisciplinar

BIOPSIA

Cirugía planificada margen amplio



- AP cilindro: Neoplasia cartilaginosa sugestiva de condrosarcoma
- AP definitiva: Cordoma extra-axial óseo, con patrón condroide. R0

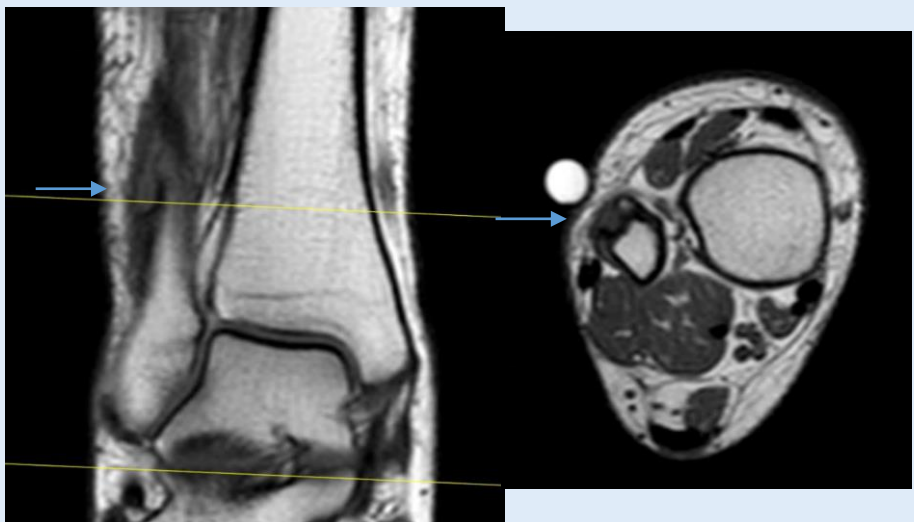


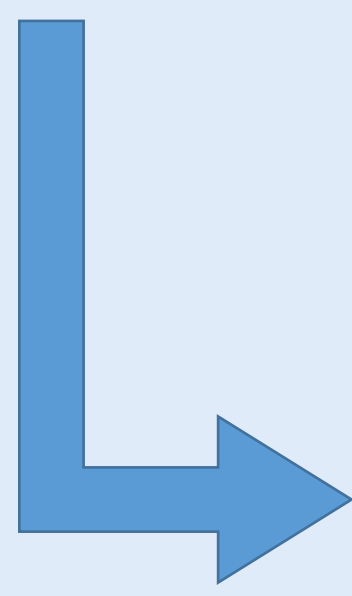
Fig: Resonancia magnética diagnóstica de la lesión en peroné distal



Fig: Tomografía axial donde se aprecia lesión en zona cortical lateral de la lesión.

Resultados:

- Resección de peroné distal, previa planificación



- Resección intercalar amplia
- Se estiman 0,8 cm de márgenes libres
- Conservación sindesmosis tibioperonea anterior y posterior
- Fijación tibioperonea + Placa AO con autoinjerto de cresta iliaca

Opciones (Clasificación de Campanacci):

- Preservación de maléolo:
 - No reconstrucción (A1)
 - Artrodesis tibioperonea (A2)
 - Artrodesis tibioperonea + aporte de cortical (B)
- Maléolo resecado:
 - Rotación de peroné proximal (C)
 - Sutura de tendones distales (D)
 - Reconstrucción de maléolo externo con injerto (E)



Fig: Imagen intraoperatoria de zona reseccionada y sintetizada mediante placa AO anatómica y autoinjerto.



Fig: Radiografía anteroposterior y lateral de tobillo. Donde se aprecia una lesión en tercio distal de peroné, a nivel de cortical con signos de reacción perióstica.

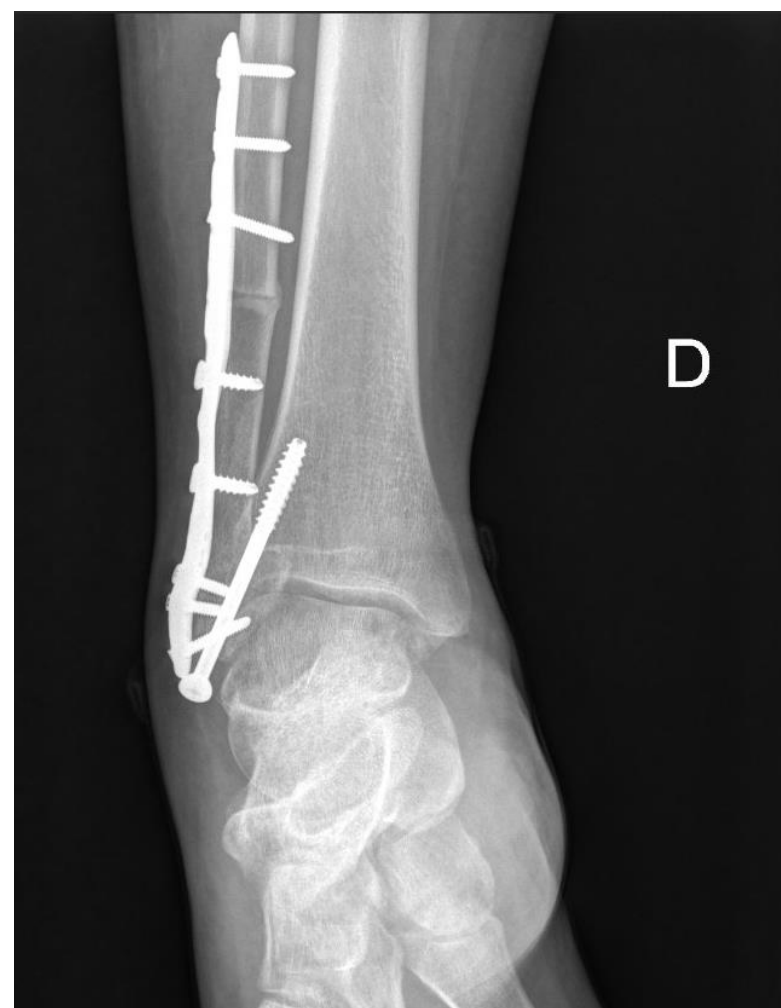


Fig: Se aprecia defecto óseo junto con autoinjerto de cresta iliaca consolidado. Se aprecia placa de anatómica de peroné distal.

Conclusiones:

- Clave: tras estudio local y de extensión, biopsia previa para planificación adecuada y evitar complicaciones (resección amplia)
- Heterogeneidad de diagnósticos: correlación clínico-radio-patológica.
- Valorar por equipos multidisciplinarios de cara a un correcto diagnóstico y manejo
- Considerar la preservación del maléolo externo para mantener el complejo tibioperoneoastragalo.

Referencias:

- Campanacci M. Rodolfo Capanna, James R . van Horn, ' Biagtni Pietro Ruggieri, Graziano Betterli. Reconstruction after resection of the distal fibula for bone tumor. Acta Orthop Scand 1986; 57:290–4.
- Bhowmick K, Boopalan PRJVC. Saving the ankle in distal fibular giant cell tumour – A case report. J Clin Orthop Trauma [Internet]. 2019;10(6):1054–8.
- Evans S, Khan Z, Jeys L, Grimer R. Extra-axial chordomas. Ann R Coll Surg Engl. 2016;98(5):324–8.
- Maury E, Granier C, Sleth C, Peraut E, Maury P. Distal Fibular Reconstruction Using Iliac Grafting and Emslie-Vidal's Ligamentoplasty after Exeresis of Single Renal Carcinoma Metastasis. Case Rep Orthop. 2020;2020:1–5.