


OSTEOTOMÍA DE PERONÉ POR CONSOLIDACIÓN VICIOSA EN FRACTURA DE TOBILLO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jiménez Nava, C; Mena Rosón, A; Moreno Blanco, J; Marín Pérez, C; Millán Antelo, P.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid)

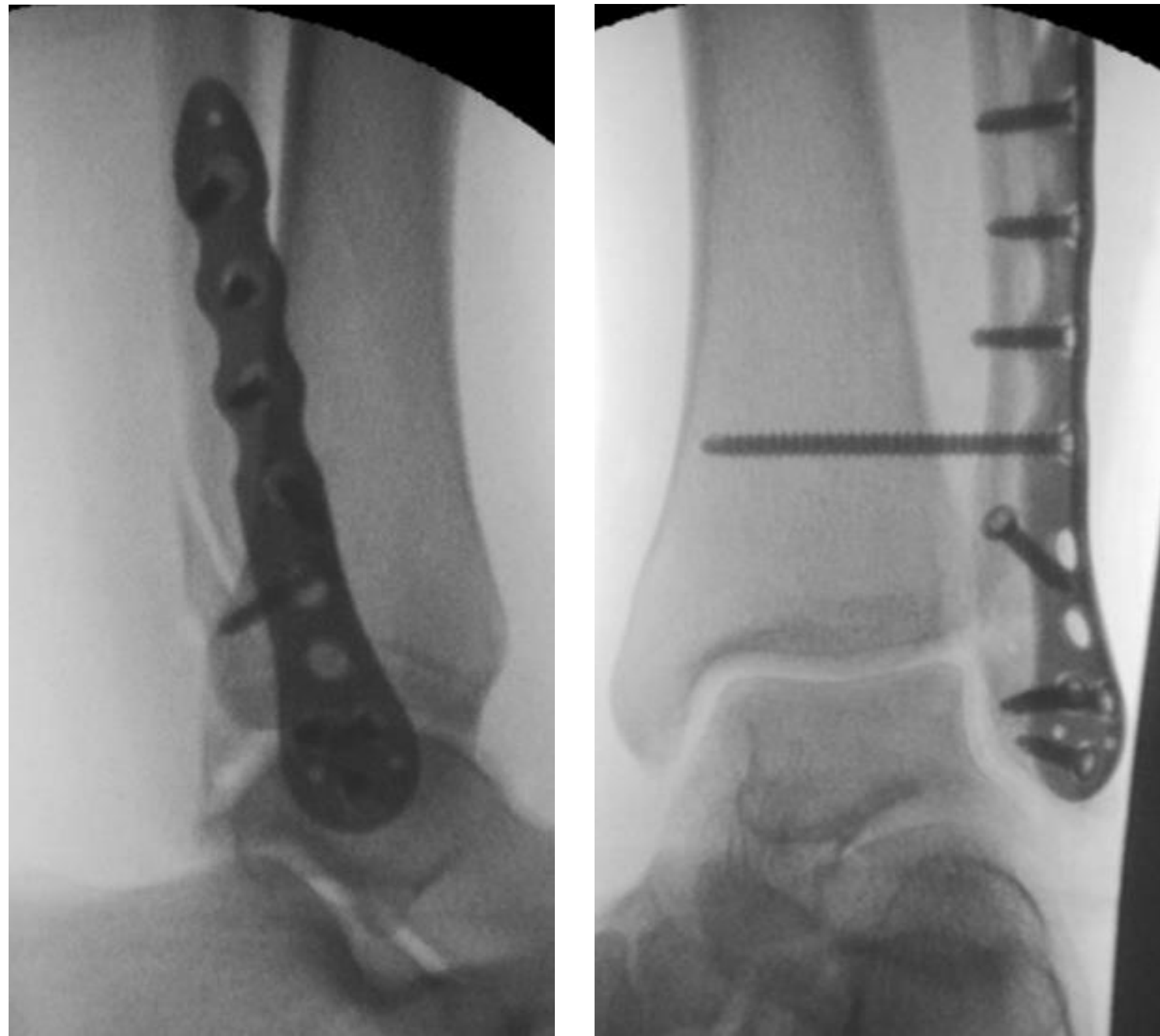


OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de consolidación viciosa de peroné, resolución del mismo y revisión del tema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos a una mujer de 49 años que acude con fractura de tobillo de **cuatro meses de evolución**, tratada de forma conservadora. En sucesivos controles se evidencia desplazamiento, correspondiendo a un tipo **SER IV de Lauge-Hansen**. La paciente rechazó tratamiento quirúrgico inicialmente y es derivada posteriormente a nuestras consultas. Presenta dolor y deformidad progresiva con limitación funcional, con lo que acepta finalmente el tratamiento quirúrgico.



Realizamos de forma programada una osteotomía de peroné a través de un abordaje lateral, sobre el trayecto de fractura inicial y liberamos la sindesmosis hasta conseguir la reducción anatómica. Objetivamos correcta posición del mismo in situ y bajo escopia. No fue preciso realizar un abordaje anteromedial para liberar la gotiera, ya que el tiempo de evolución era menor de un año, insuficiente para la formación de fibrosis considerable. Sintetizamos la fractura con un tornillo interfragmentario y una placa bloqueada, desde la que colocamos un tornillo suprasindesmal.

RESULTADOS

La evolución posquirúrgica fue buena. Mantuvimos férula de yeso hasta la primera cura a la semana, donde colocamos una **ortesis tipo Walker**. Permitimos **movilidad** de tobillo a partir de las 3 semanas y **carga** protegida con ortesis a partir de las 6 semanas. A los 3 meses camina sin muletas y sin ortesis y no presenta dolor en gotieras ni en osteotomía. El tornillo suprasindesmal no fue retirado debido a que la paciente rechazó una segunda cirugía.

CONCLUSIÓN

La consolidación viciosa del peroné más habitual es el acortamiento y la malrotación, que produce un **ensanchamiento de la mortaja** y una **inestabilidad astragalina** que terminará en artrosis. Se ha demostrado que 1 mm de desplazamiento del astrágalo producirá una disminución de la superficie de contacto articular de aproximadamente un 40%. La cirugía servirá para demorar la degeneración articular, pero el resultado final dependerá del grado de lesión articular. Los pacientes con buen **rango de movimiento** de tobillo (algo de dorsiflexión y más de 15° de flexión plantar) tendrán una mejor evolución tras la reconstrucción de la pseudoartrosis, mientras que los pacientes con un tobillo rígido se beneficiarán más de una artroplastia o artrodesis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Inori, F., Tohyama, M., Yasuda, H., Konishi, S., & Waseda, A. (2015). Reconstructive osteotomy for ankle malunion improves patient satisfaction and function. Case Reports in Orthopedics, 2015, 549109.

2. van Wensen, R. J. A., van den Bekerom, M. P. J., Marti, R. K., & van Heerwaarden, R. J. (2011). Reconstructive osteotomy of fibular malunion: review of the literature. Strategies in Trauma and Limb Reconstruction, 6(2), 51–57.

3. Weber, D., Fritschy, D., Friederich, N. F., & Müller, W. (2001). Osteotomy of the distal fibula for correction of posttraumatic malunion. Orthopaedics and traumatology, 9(4), 273–283.