

COMPLICACIONES PIEL PLANO SEVERO

CUANDO TODO "ANDA MAL"

Lara Fernández Gutiérrez, Raul Torre Puente, David García Marinas, Mauri Rotinen Diaz, Estibaliz Castrillo Carrera (H. U. Basurto, Bilbao)



INTRODUCCIÓN

Mujer de 55 años, fumadora, refiere dolor en región medial en recorrido de tibial posterior, un dolor subperoneo y en seno del tarso.



Pie plano severo



Retropié en valgo



Ángulo de Costa-Bartani: 146,7°



Abducto antepié



En las radiografías se confirma el pie plano severo con un apertura de la mortaja medial y con una fractura de estrés del peroné.

MATERIAL Y MÉTODOS

DOBLE ARTRODESIS MODIFICADA VÍA MEDIAL

(descrita por De Wachter) con alargamiento y estabilización del peroné con injerto de cresta. Además aprovechamos esa vía para la reconstrucción del ligamento deltoideo. De esta manera mejoraría la posición del astrágalo en la mortaja para frenar la evolución artrósica del tobillo.



Con la carga se evidencio que no se había conseguido corregir la mortaja, además, con el paso de los meses se evidencio un deterioro radiológico y clínico del tobillo.

ARTRODESIS

Realizamos una artrodesis debido a la importante degeneración y para poder dar una solución definitiva a sus dolores. Se evidenció una consolidación de la artrodesis subastragalina pero no así de la articulación astragaloescafoidea.

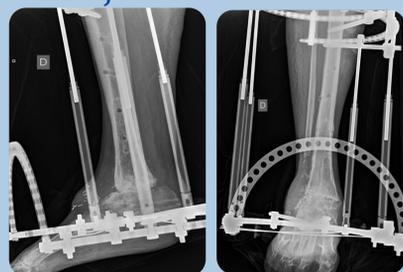


RESULTADO Y CONCLUSIONES

6 MESES DESPUÉS...

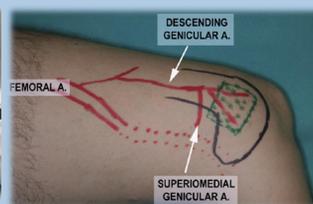
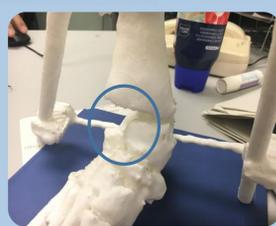
La paciente acude a consultas con dolor súbito de 48 horas de evolución, fiebre y parámetros analíticos alterados.

Se retira todo el material, limpieza profunda y estabilización con fijador externo en un primer momento.



Planificación preoperatoria en 3D

Reconstrucción con fijador externo circular y un colgajo libre de cóndilo medial femoral de la extremidad inferior contralateral en el defecto óseo del astrágalo que presentaba, cobertura con colgajo de rotación dorsal.



Deberíamos tener más en cuenta los antecedentes de los pacientes, no es lo mismo intervenir a un paciente joven y sano que a un obeso, con enfermedad renal, psiquiátrica o reumática y fumador. Como ya he comentado el hábito tabaquico aumenta el riesgo de pseudoartrosis, en ausencia de otros antecedentes de interés multiplica por 16 el riesgo, según algunas series. Por lo tanto, como apunta la bibliografía, se debe prohibir fumar tras la intervención, informar del riesgo al paciente y ofrecerle alternativas para dejar de fumar.

