

NUEVAS INDICACIONES EN LA OSTEOTOMÍA DE CALCÁNEO: SÍNDROME DE MÜLLER-WEISS Y COALICIÓN TARSAL.



Alfonso Bravo C, Castro Chofles L, Jiménez OT JJ, Entrenas Aumente R, Gracia Delgado L, Baena Mansilla P.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.
Contacto: carlosal30@hotmail.com

Introducción

La enfermedad de Müller-Weiss se puede definir como una displasia del escafoides tarsiano que surge en el niño cuyas consecuencias se sufren en el adulto. El síntoma fundamental es el dolor y puede provocar artrosis y deformidad hacia un pie plano con varo del retropié. El tratamiento inicial suele ser ortésico, reservando el tratamiento quirúrgico (artrodesis talo-navicular) para fases avanzadas¹⁻².

Las coaliciones tarsales son una posible causa de dolor en retropié en el paciente joven. Cuando el tratamiento conservador fracasa está indicada la resección quirúrgica³.

Objetivos

Revisar el tratamiento quirúrgico de la fase avanzada del síndrome de Müller-Weiss y las coaliciones tarsianas mediante osteotomías de calcáneo aisladas a través de nuestra experiencia clínica⁴.

Material y Método

Durante 2017 hemos intervenido tres pacientes en nuestro hospital de secuelas del síndrome de Müller-Weiss, centrándonos únicamente en realizar una osteotomía de valguización o lateralización de calcáneo, sin actuar sobre la articulación talo-navicular (**Imagen 1**). La medialización del eje de carga de la cabeza del astrágalo sobre el escafoides tarsiano ha provocado una mejoría significativa de nuestros pacientes sin tener que recurrir a la artrodesis⁴.

En el caso de la coalición tarsiana, realizamos una osteotomía de medialización para corregir el valgo de retropié (**Imagen 2**). Sin resecar el puente óseo conseguimos una mejoría sintomática en una paciente joven intervenida⁵.



Imagen 1: Osteotomía de lateralización de calcáneo + Dwyer en paciente con enfermedad de Muller-Weiss



Imagen 2: Osteotomía de medialización de calcáneo en paciente con coalición tarsal



Imagen 3: Pie plano con retropié varo, característico de la Enf. de Muller-Weiss

Resultados

A los 6 meses de la intervención todos nuestros pacientes están satisfechos con la cirugía, mejorando significativamente en cuanto al dolor y a la calidad de vida (**Imagen 3**).

Conclusión

En el síndrome de Müller-Weiss el escafoides tarsiano se encuentra aplanado, con características displásicas, que condiciona una compresión anteroposterior de la cabeza del astrágalo sobre todo en la zona lateral. Esta lateralización de la cabeza del astrágalo provoca una varización subtalar¹⁻². La osteotomía de lateralización del calcáneo corrige la varización del retropié y disminuye la sobrecarga mecánica sobre la parte externa de la articulación talonavicular⁴.

En la sinostosis astragalocalcánea intervenida se opta por la realización de una osteotomía de Koutsogiannis que corrige el valgo de retropié y modifica el eje subastragalino⁵.

La comprensión de la biomecánica del pie permite el tratamiento de ambas enfermedades mediante la modificación de los ejes de carga, sin necesidad de reseca o artrodesar segmentos óseos.



1. Nuñez Samper M, Maceira Suárez E, Fernández de Retama P. Enfermedad de Müller – Weiss. Revista del pie y tobillo. 2007 Abril, 46 – 55.
2. Maceira E, Rochera R. Müller-Weiss disease: clinical and biomechanical features. Foot Ankle Clin N Am 2004; 9: 105-125.
3. Murphy JS, Mubarak SJ. Talocalcaneal Coalitions. Foot Ankle Clin. 2015 Dec;20(4):681-91
4. Shu-Yuan Li, Mark S. Myerson, Monteagudo M et al. Efficacy of Calcaneus Osteotomy for Treatment of Symptomatic Müller-Weiss Disease. Foot Ankle Clin N Am 2016; 9: 367-375.
5. El Shazly O, Mokhtar M, Abdelatif N. Coalition resection and medial displacement calcaneal osteotomy for treatment of symptomatic talocalcaneal coalition: functional and clinical outcome. Int Orthop. 2014 Dec;38(12):2513-7