

COALICIÓN TARSAL BILATERAL: CORRECCIÓN QUIRÚRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Hoyos Perales I; Ramos Pérez MJ; Sotelo Sevillano FJ; Martínez Pardo F; Fernández Alba G; Crespo Agea J
Director UGC: Hurtado Jiménez, Nicolás
Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital SAS Jerez de la Frontera (Cádiz)

INTRODUCCIÓN

La coalición tarsiana es una anomalía congénita en la que se produce una sinostosis entre dos o más huesos del tarso. Produce un pie plano rígido en la niñez tardía o adolescencia. La incidencia en la población general es entre el 2-6%, y es bilateral en un 50% de los casos. El 75% de los pacientes son asintomáticos.

OBJETIVOS

Presentamos el caso de un paciente de 13 años con coalición tarsal bilateral sintomático.

MÉTODOS

Varón de 13 años, sin AP de interés, que acude a Consultas por pie plano bilateral. Refiere dolor en talones, especialmente el izquierdo, así como esguinces de repetición. A la exploración, valgo de talón bilateral que no corrige al ponerse de puntillas. Test de Jack patológico bilateral. Rigidez de la articulación subastragalina bilateral. Rx: Signo subastragalino “C”. Verticalización del astrágalo y horizontalización (equino) del calcáneo. La RNM confirma el diagnóstico de coalición subastragalina bilateral. El uso de plantillas resulta infructuoso. Se decide intervención quirúrgica, empezando por el pie izquierdo. Se realiza resección de la coalición con interposición de tejido celular subcutáneo autólogo. Artrorraxis talocalcánea con tornillo reabsorbible tipo Giannini para corrección de valgo de talón. No precisa tenotomía aquilea. Inmovilización con yeso suropédico. Al año siguiente se interviene el pie derecho, con los mismos procedimientos, aunque se opta por tornillo irreabsorbible para la artrorraxis.

RESULTADOS-DISCUSIÓN

El postoperatorio consiste en 2 semanas en descarga con yeso, seguidas de 4 semanas con carga parcial y luego completa. El seguimiento en consultas resulta clínica y radiológicamente satisfactorio.

CONCLUSIONES

Se plantea intervención quirúrgica en el pie plano por coalición tarsal cuando el pie es sintomático (25%) y fracasa el tratamiento ortopédico. Cuando la coalición astrágalo-calcánea es <50% superficie articular se plantea la resección. El pronóstico para la coalición subastragalina es mucho menos predecible que para la calcáneo-escafoidea. Tras la resección de la coalición, puede constatarse un aumento del valgo. La mayoría de la literatura describe la osteotomía calcánea como corrección del valgo. En nuestro caso, se optó por la artrorraxis, consiguiendo unos resultados muy satisfactorios.

BIBLIOGRAFÍA:

Volpon JB. Footprint analysis during the growth period. J Pediatr Orthop. 1994;14:83-5.
Echarri JJ, Forriol F. The development in footprint morphology in 1851 Congolese children from urban and rural areas, and the relationship between this and wearing shoes. J Pediatr Orthop B. 2003;12:141-6.
Staheli LT, Chew DE, Corbett M. The longitudinal arch: a survey of eight hundred and eighty-two feet in normal children and adults. J Bone Joint Surg. 1987;69-A:426-8.



Figuras 1, 2 y 3.
Rxs pre-Qx



Figura 4. Tac pre-Qx



Figuras 5 y 6: Post-qx
2 meses
pie izdo



Figuras 7, 8: Post-qx
inmediato pie derecho



55 CONGRESO
secot