



CORRECCIÓN DEL TOBILLO VARO EN EL ADOLESCENTE

Olga M. Huerta López, Antonio García López, Pedro R. Gutiérrez Carbonell,
Flavio Paulos Dos Santos, Adaly Rojas Machado, Enrique Ruiz Piñana
Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

La **deformidad en varo del tobillo** tras una epifisiolisis de tibia distal, no es una secuela rara. Existen varias técnicas quirúrgicas para su corrección.

Presentamos dos casos tratados en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron retrospectivamente datos clínicos y radiológicos de **dos varones adolescentes** con deformidad en varo del tobillo, consecuencia de una epifisiolisis de tibia distal en la infancia.

Se analizaron; magnitud de la deformidad, procedimiento realizado, grado de corrección, complicaciones y resultados funcionales.



Fig.1: Deformidad en varo del tobillo derecho.

CORRECCIÓN DEL TOBILLO VARO EN EL ADOLESCENTE

Olga M. Huerta López, Antonio García López, Pedro R. Gutiérrez Carbonell,
Flavio Paulos Dos Santos, Adaly Rojas Machado, Enrique Ruiz Piñana
Hospital General Universitario de Alicante

Caso 1

Varón 14 años

MC: deformidad del tobillo D
sin dolor, ni repercusión funcional

Caso 2

Varón 14 años

MC: deformidad del tobillo I
sin dolor, ni repercusión funcional



Fig. 2: Radiografía AP en carga de los tobillos del caso 1 preoperatoria. Ángulo tibioastragalino 23°.

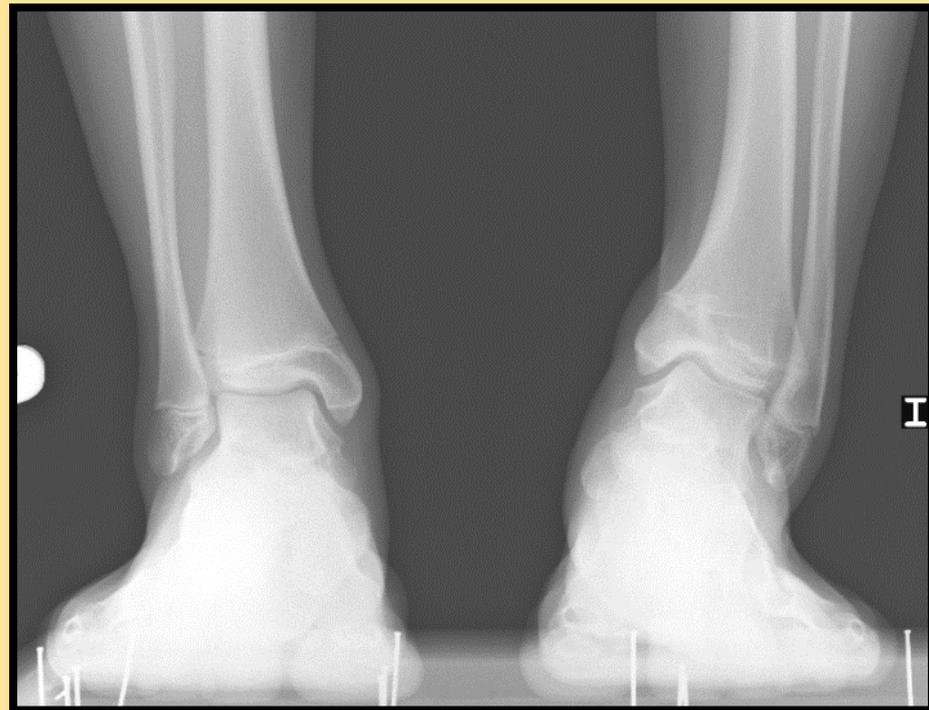


Fig. 3: Radiografía AP en carga de los tobillos del caso 2 preoperatoria. Ángulo tibioastragalino 27°.

CORRECCIÓN DEL TOBILLO VARO EN EL ADOLESCENTE

Olga M. Huerta López, Antonio García López, Pedro R. Gutiérrez Carbonell,
Flavio Paulos Dos Santos, Adaly Rojas Machado, Enrique Ruiz Piñana
Hospital General Universitario de Alicante

Caso 1

Se le practicó una osteotomía tibial y **hemicallotaxis progresiva** a ritmo de 1mm/día con **fijador externo** monolateral de cabezal basculante. Además, se asoció una osteotomía peroneal.

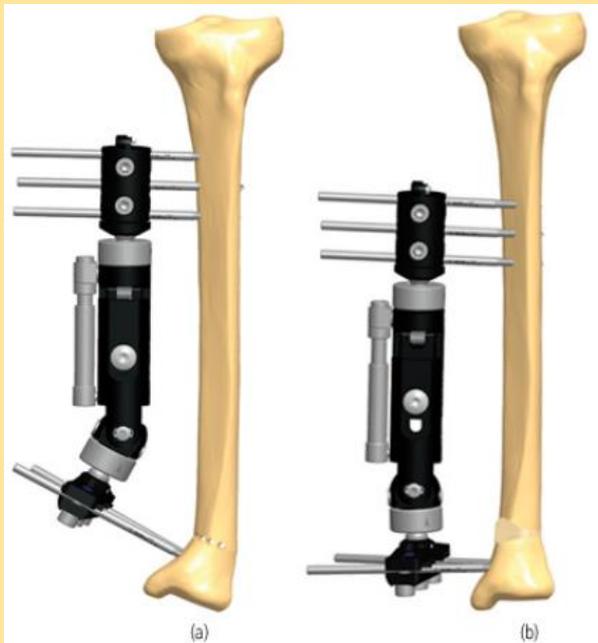


Fig. 4: Esquema del procedimiento. Imagen propiedad de Orthofix.
a) Osteotomía tibial y colocación de fijador.
b) Resultado tras hemicallotaxis progresiva hasta ángulo tibiastragalino de 0°

Caso 2

Se realizó una corrección aguda con una **osteotomía tibial de adición** con interposición de injerto autólogo de cresta iliaca y fijación interna con **tornillos canulados**. También se practicó osteotomía de peroné.



Fig. 5: Osteotomía tibial y distracción previa a la interposición de injerto de cresta iliaca.

CORRECCIÓN DEL TOBILLO VARO EN EL ADOLESCENTE

Olga M. Huerta López, Antonio García López, Pedro R. Gutiérrez Carbonell,
Flavio Paulos Dos Santos, Adaly Rojas Machado, Enrique Ruiz Piñana
Hospital General Universitario de Alicante

RESULTADOS

Caso 1



Fig. 6: Evolución de hemicallotasis con fijador externo a ritmo de 1mm/día hasta conseguir un ángulo tibioastragalino de 0° a las 4 semanas. De izq. a der. RX postoperatoria, a los 10 días, 25 días, tras retirada del fijador a los 5 meses.

Caso 2



Fig. 7: Evolución a los 2,5 meses postcirugía de la corrección con osteotomía tibial, interposición de injerto y fijación interna.

Se alcanzó una **corrección angular completa** (ángulo tibioastragalino = 0°) en ambos casos. Los dos pacientes retomaron sus **actividades de la vida diaria** a los 6 meses postquirúrgicos. No hubo **complicaciones a corto plazo** con ninguna de las dos técnicas.

CORRECCIÓN DEL TOBILLO VARO EN EL ADOLESCENTE

Olga M. Huerta López, Antonio García López, Pedro R. Gutiérrez Carbonell,
Flavio Paulos Dos Santos, Adaly Rojas Machado, Enrique Ruiz Piñana
Hospital General Universitario de Alicante

DISCUSIÓN

La elongación con fijador externo:

- Precisa mayor colaboración del paciente.
- La tensión sobre partes blandas es más progresivo, por lo que sufren menos.
- Controla la angulación hasta la consolidación.

En la corrección aguda con tornillos canulados e injerto:

- Los tejidos blandos sufren más, al someterse a gran tensión en un tiempo.
- Minimiza el riesgo de infección al no quedar puertas de entrada.
- No es necesaria tanta colaboración del paciente.
- Más aceptado emocionalmente por el niño.



Fig. 8.: Aspecto exterior del tobillo del caso 1 tras la corrección angular.



Fig. 9.: Aspecto exterior del tobillo del caso 2 tras la corrección angular.

En ambos casos los resultados tanto clínicos como radiológicos fueron buenos. En conclusión, la elección de la técnica quirúrgica debe ser **individualizada y consensuada con paciente y tutores** para lograr los mejores resultados.