

# **BARRAS CALCANEONAVICULARES SINTOMÁTICAS, RESULTADOS 20 AÑOS DESPUÉS DE UNA EXCISIÓN QUIRÚRGICA**

*Hospital Ortopédico Princess Margaret Rose - Edimburgo  
The Journal of bone and joint surgery  
Vol. 68 B. N.º 1. January, 1986*

R. A. G. INGLIS  
BUXTON  
M. F. MACNICEL

---

## **Resumen**

*La intervención quirúrgica está indicada cuando los síntomas de una barra calcaneonavicular en el pie infantil persisten después del tratamiento conservador. El presente trabajo confirma los resultados de la excisión quirúrgica de la barra de 16 pies (11 pacientes), después de un seguimiento mínimo de 20 años.*

## **Pacientes:**

7 hombres y 4 mujeres. De los 11 pacientes, 10 se presentaban originalmente con dolor; de éstos, 7 lo notaban únicamente al caminar y 3 al caminar y en reposo. Se observó espasmo peroneal en 3 pacientes (las historias no recogen si los demás pacientes habían sufrido de espasmo intermitente). El 11º paciente presentaba rigidez más que dolor; otros 8 pacientes tenían un movimiento subtalar limitado. La totalidad de los 16 pies sintomáticos (bilateral en 5 pacientes) tenían unión calcaneonavicular. En tres pies existía un pico en el talo visible en las radiografías preoperatorias, y en uno de estos casos, pequeños cambios degenerativos comprometían la articulación talonavicular.

Fueron tratados, en total, 16 pies. Su tratamiento original es el descrito por Mitchell y Gibson (1967), incluyendo bota de yeso y estribo durante 6 meses después de la operación.

## **Resultados:**

Los síntomas se habían iniciado en los pacientes a una edad comprendida entre los 4 y los 11 años (media, 8,4). La barra se resecó a una edad comprendida entre los 10 y 14 años. Cuando se revisó a los pacientes para este trabajo, tenían entre 31 y 40 años.

*Resultados satisfactorios:* Después de la operación, 8 pacientes = 11 pies; únicamente un paciente tenía una pequeña molestia en la región subtalar del pie afecto, después de bipedestación prolongada. De los 11 pacientes, 5 consiguieron resultados «excelentes».

*Resultados insatisfactorios:* 3 pacientes. El primero presentaba dolor en ambos pies a los 11 años de edad durante la marcha y la carrera; se realizó una excisión bilateral de las barras, que hubo que repetir 5 años más tarde, por mostrar el paciente recidiva dolor y rigidez; 10 años

después se volvió a excidir la barra derecha y 4 años más tarde, la izquierda. Ambos pies se mantuvieron rígidos y dolorosos. El segundo caso corresponde a un paciente que presentaba dolor en ambos pies, incluso en reposo, a los 11 años; en el pie derecho presentaba un pico en el talón y en ambos pies se observó la presencia de huesos naviculares accesorios; tras la excisión bilateral de las barras, los síntomas recurrieron; tras una triple artrodesis bilateral, realizada un año después, los pies se mantuvieron asintomáticos. El tercer caso era un pie plano rígido (lado derecho) desde la infancia; a los 10 años tenía un pronunciado pico talar y cambios degenerativos en el retropié; se le realizó excisión de barra, sin éxito, a los 10 años de edad, un año más tarde, triple artrodesis, dado que la función del pie era aún anormal y existía dolor en la región de la articulación subtalar. Después de esta operación el pie funcionó bien y se mantuvo asintomático; el pie opuesto permaneció libre de síntomas, aunque existía evidencia de una barra calcaneonavicular no osificada.

La excisión de la barra no restaura el movimiento en su totalidad. Los pacientes con resultados excelentes obtuvieron un grado medio de movimiento subtalar de 26° (20° a 40°); los que obtuvieron un resultado satisfactorio, 16° (5° a 25°).

### **Discusión:**

La exactitud del diagnóstico no ha aumentado significativamente mediante

la computerización ni la tomografía estandarizada, sobre la radiografía, dado que algunas uniones permanecen cartilaginosas o fibrosas. Los síntomas son dolor y a veces rigidez del retropié con, en ocasiones, alineamiento anormal del retropié o la pierna; a veces asociación con espasmo peroneal. El aplanamiento del pie no es patognomónico de la barra tarsal (a pesar de que el espasmo intermitente lo produce). Clásicamente, el dolor se desarrolla al tiempo que la barra inicia su osificación, hacia el final de la primera década de la vida, a pesar de que la rigidez del pie puede provocar una referencia más temprana. Posteriormente, la lesión puede actuar como detonante del inicio de los síntomas. Cuando fracasan los métodos conservadores de tratamiento, se puede mejorar el alineamiento del retropié y conservar o aumentar el movimiento subtalar, mediante la excisión en bloque de la barra.

Por el presente estudio se confirman los buenos resultados de la excisión de la barra calcaneonavicular, mantenidos en la edad adulta y, entre otras, se extraen las conclusiones de que el fracaso de una primera excisión debe conducir a la consideración de realizar una triple artrodesis temprana, mejor que continuar con nuevos intentos de excisión; y que cuando existe desde un primer momento un pico talar, no parece posible que la excisión de la barra pueda alcanzar un resultado satisfactorio: en este caso, resulta más beneficiosa una triple artrodesis.