

INTERVENCIÓN DE TORNER PARA EL TRATAMIENTO DEL PIE EQUINO EN EL ADULTO

Dr. F. ALVAREZ GOENAGA (Médico Servicio Ortopedia B)
Dr. F. MARTÍNEZ LEAL (Médico Asistente Servicio Ortopedia B)
Dr. R. VILADOT PERICE (Jefe de Servicio Ortopedia B)

HOSPITAL SAN RAFAEL

RESUMEN

Hace unos años C.E. Torner describió una intervención para corregir el equinismo mediante osteotomía curvilínea de convexidad inferior en el retropie asociada a un alargamiento del tendón de Aquiles.

Se comentan las indicaciones, los detalles de técnica quirúrgica y los resultados obtenidos en tres casos.

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta comunicación es exponer la operación ideada por el Dr. Torner para el tratamiento del pie equino en el adulto y presentar nuestros resultados con esta técnica.

Para el tratamiento del pie equino en el adulto se han practicado múltiples operaciones, dependiendo de la etiología y de la morfología del pie. Puede actuarse a nivel de partes blandas, practicando alargamientos del tendón de Aquiles en «Z» en el plano coronal y en ocasiones en el sagital; tenotomías incompletas tipo Green o la intervención de Vulpius (sección en «V» invertida a nivel de la masa

muscular de los gemelos), entre las más habituales. También pueden estar indicadas, para la corrección del equinismo, intervenciones sobre el esqueleto tipo Lambrinudi; doble artrodesis con una cuña de base anterior a nivel de la subastragalina, etc...

El Dr. Carlos Enrique Torner Baduell describió en el XIV Congreso Internacional del C.I.P. de 1981 en Sao Paulo una nueva técnica para el tratamiento del pie equino, basada en una osteotomía curva en el retropie y alargamiento del tendón de Aquiles.

INDICACIONES

Esta operación está indicada, en nuestra opinión, en muy pocos casos, debido a que las otras técnicas empleadas habitualmente dan buenos resultados; su indicación es selectiva en pies que presentan ciertas particularidades que no se dan con frecuencia.

Es necesario que el talón esté en posición neutra, ya que esta técnica no corrige la desviación del calcáneo en varo o en valgo.

El tobillo debe conservar una movilidad activa al menos de 15°, y no dolorosa. Para realizar una marcha prácticamente normal, con calzado sin tacón, se necesita una movilidad mínima del tobillo de 50° de flexión dorsal y 10° de flexión plantar.

Esta técnica no corrige la forma del arco plantar, de manera que si el pie, además de equino, es excesivamente cavo, es muy probable que precise alguna intervención complementaria más adelante.

Estos requisitos hacen que los pacientes escogidos para llevar a cabo esta intervención, en nuestra experiencia, sean enfermos con secuelas de enfermedades neurológicas, traumatismos graves o pies equino-varos congénitos. Generalmente son pies ya intervenidos en varias ocasiones previamente.

Con frecuencia esta intervención no es definitiva, siendo necesario algún otro gesto quirúrgico complementario a nivel de antepié posteriormente.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Antes de operar deben calcularse los grados de equinismo que se pretende corregir, para lo cual debe valorarse el equinismo previo; en las mujeres es preferible que la posición neutra del pie este con 50 - 10° de equino para permitir el uso de calzado con un tacón moderado; es importante tener en cuenta la disimetría de las EEII (por tratarse con frecuencia de pacientes con secuelas de enfermedades neurológicas), ya que una corrección excesiva del equinismo podría conllevar una falta de estabilidad durante la marcha, y una diferencia de longitud de las extremidades

El paciente se coloca en la mesa de operaciones en decúbito supino. La intervención consta de varios pasos:

- en primer lugar se practica una in-

cisión en la piel en forma de «S» sobre el tendón de Aquiles, se disecciona dicho tendón y se secciona en forma de «Z», quedando preparado para el alargamiento.

- a través de una incisión curva desde el dorso del mediopié hasta la región retromaleolar externa se separan los tendones extensores del pie y dedos (hacia arriba) y los tendones peroneos (hacia abajo), se desinserta el músculo pedio en su extremo proximal, y se expone la articulación de Chopart y la articulación subastragalina anterior y posterior.

- se practica una osteotomía curva en sentido antero-posterior a través de calcáneo, cuboides y escafoides, respetando los ligamentos laterales del tobillo. Es útil dibujar previamente la línea de la osteotomía mediante perforaciones con un punzón. (Fig. 1 a y b).

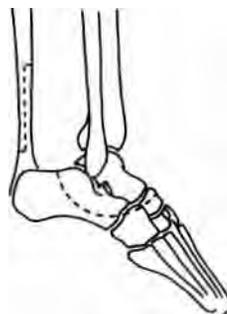


Fig. 1a. Esquema que ilustra el trazo de la osteotomía curva en el retropié y la línea de sección en «Z» del tendón de Aquiles.



Fig. 1b . Foto operatoria mostrando las perforaciones practicadas con punzón, que dibujan el trazo de la osteotomía.

NUESTRA EXPERIENCIA

Desde 1984 esta intervención se ha practicado en cuatro ocasiones en nuestro Servicio de Cirugía Ortopédica del Hospital San Rafael de Barcelona. A continuación describiremos las características de cada caso y el resultado.

Caso 1: M.D.M., varón de 30 años.

Afecto de ataxia de Friedreich que le ocasionó un pie cavo, el cual ha sido intervenido en 28 ocasiones.

Presenta un pie equino residual de 24° , con una movilidad del tobillo de 20° y un Hallux Extensus.

Se le practica una osteotomía de Turner con alargamiento de Aquiles y un año después se corrige el Hallux Extensus.

El resultado fue satisfactorio: corrección del equinismo, marcha no dolorosa con ortesis plantar, cojera moderada (Fig. 3 a y b).

- se desliza hacia adelante toda la porción del pie por debajo de la osteotomía hasta la posición deseada. No se fija con ningún tipo de osteosíntesis.

- se reseca el borde antero-superior de la porción distal a la osteotomía para evitar un escalón en el dorso del pie.

- se sutura el tendón de Aquiles, con el alargamiento necesario para mantener la nueva posición del pie. (Fig. 2 a y b).

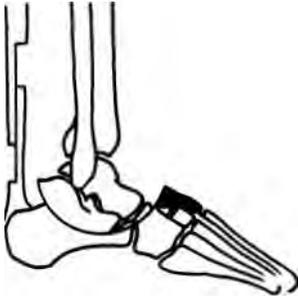


Fig. 2a. Esquema que muestra el deslizamiento hacia arriba y hacia delante de la porción distal a la osteotomía, la remodelación ósea en el dorso del pie y el alargamiento del tendón de Aquiles.



Fig. 2b. Foto operatoria en la que se observa la osteotomía ya practicada.

La extremidad se mantendrá inmovilizada con una botina de yeso durante dos-tres meses, permitiendo la carga de peso a partir de la tercera semana.



Fig. 3a. M.D.M. Radiografía preoperatoria.



Fig. 3b. M.D.M. Radiografía postoperatoria.

Caso 2: J.M.M., varón de 30 años.

Poliomielitis a los cuatro años con afectación de EEII izquierda. Intervenido en 8 ocasiones anteriormente.

Presenta un pie equino de 44° con arco de movilidad del tobillo de 30°, acortamiento de la extremidad de 3 cm y dedos en garra.

Se le practica una osteotomía de Torner con alargamiento de Aquiles. Un año más tarde se practica una intervención tipo Jones sobre el primer metatarsiano y corrección de los dedos en garra.

El resultado fue la corrección del equinismo, marcha con ortesis plantar, con discreta cojera no dolorosa.

Caso 3: L.C., mujer de 27 años.

Sufrió un accidente de tráfico un año antes, con fractura-luxación abierta de tobillo que posteriormente se infectó. Intervenida en 4 ocasiones.

Presenta un pie equino de 43°, movilidad del tobillo de 25° y fístula activa en cara interna del tobillo.

Se le practica una osteotomía de Torner con alargamiento de Aquiles. En este caso se indicó esta técnica para evitar el foco de infección en el tobillo.

El resultado fue satisfactorio, lográndose un pie con 12° de equinismo y deambulación no dolorosa con mínima cojera.

Caso 4: D.F.H., mujer de 26 años.

Pie equino-varo congénito bilateral. Intervenida varias veces en ambos pies (4 en el derecho y 6 en el izquierdo).

Presenta pies equinos (31° pie derecho y 24° pie izquierdo) con un arco de movilidad de 15° en cada tobillo.

Se practica osteotomía de Torner con alargamiento del Tendón de Aquiles en pie derecho.

En la actualidad la paciente se halla en fase de deambulación con botín de yeso dado lo reciente de la intervención.

CONCLUSIONES

1. Se trata de una intervención alternativa para el tratamiento del pie equino del adulto, que generalmente debe ser complementada con otros gestos quirúrgicos posteriores.
2. Su indicación es excepcional y requiere que el talón esté en buena posición y que el tobillo tenga una movilidad activa indolora de 15° como mínimo.
3. Permite correcciones de hasta 30°-35° de equinismo.
4. Los resultados han sido satisfactorios, lográndose en todos los casos una marcha indolora.