

# AFECCIONES DE LOS TENDONES PERONEOS

M. SEGÚ ESTRUCH

## INTRODUCCIÓN

Los músculos y tendones peroneos, en número de dos, forman el compartimento lateral externo de la pierna.

El músculo del «Peroneo Lateral Largo», que es el más superficial, toma su origen en la cara anterior y externa del peroné en forma de tres fascículos. Todas las fibras se dirigen verticalmente hacia abajo, y un tendón largo y voluminoso las recoge, descendiendo por detrás del maleolo externo. Ya en el pie, penetra en el canal del cuboideo, atraviesa en diagonal la cara inferior del pie y viene a insertarse en el tubérculo externo de la extremidad posterior del primer metatarsiano.

El «Peroneo Lateral Corto», por debajo del anterior y mucho menos largo que él, se inserta en el tercio medio, o dos tercios inferiores de la cara externa del peroné desde donde sus fibras se dirigen hacia abajo en forma de un tendón aplanado a nivel retromaleolar externo, cruza la cara externa del calcáneo y viene a terminar en el extremo posterior del quinto metatarsiano.

El «Peroneo Lateral Largo» o PLL, en su recorrido por el borde externo de la pierna y pie, mantiene relaciones con diversas estructuras que pueden influir en las distintas patologías que puede presentar. En su parte proximal, es atravesado por el nervio ciático poplíteo externo, y por sus dos ramas de bifurcación, el musculocutáneo externo y el tibial anterior.

A nivel del tobillo, cruza junto con el PLC el ligamento lateral externo de la articulación tibiotarsiana. Los dos tendones peroneos laterales van encerrados en este punto dentro de una vaina fibrosa, la cual al principio es única, para desdoblarse más abajo a nivel del calcáneo en dos vainas diferentes. Atraviesan juntos el retinaculum peroneo superior, pero a nivel del retinaculum peroneo inferior, la vaina ya se ha desdoblado y es atravesada individualmente. El PLL cuando penetra en el canal

cuboideo, hace un engrosamiento fibrocartilaginoso ovoideo, susceptible de osificarse y convertirse en un sesamoideo, el «sesamoideo del PLL».

Las patologías que afectan de forma directa o indirecta a los tendones peroneos, pueden ser de origen traumático o congénito. La etiología traumática puede ser aguda o crónica y la de tipo congénito más frecuente es la luxación recidivante. También hablaremos de algunos casos de patología tumoral que afecta al compartimento externo de la pierna y por tanto, de una forma u otra, a los tendones y musculatura peronea.

## PATOLOGÍA TENDINOSA

### «Tendinitis o tenosinovitis»

Es una patología poco frecuente si tenemos en cuenta otras lesiones en la zona del tobillo. Se ha de hacer siempre el diagnóstico diferencial con el esguince del ligamento lateral externo del tobillo. Produce una clínica parecida al esguince, con dolor retromaleolar externo, tumefacción y cierta incapacidad funcional. El tratamiento a practicar es de tipo conservador, con inmovilización, crioterapia y AINES.

Si esta afección aguda pasa desapercibida, puede cronificarse produciendo incluso crepitación a nivel de la vaina al movilizar el tobillo y pie.

### Luxación aguda

Es poco frecuente, y se ha descrito sobre todo en esquiadores y en individuos que presentan paresias de extremidades inferiores. El mecanismo de producción sería una contracción brusca de los tendones peroneos al hacer una dorsiflexión forzada del tobillo y pie.

A la exploración clínica aparece dolor retromaleolar externo, con tumefacción, equimosis e impo-

tencia funcional. En la fase aguda se ha de hacer diagnóstico diferencial con el esguince de tobillo que es una patología mucho más frecuente. La luxación de los peroneos es clínicamente visible si se hace una exploración cuidadosa en la fase post-aguda y en manos expertas. Es fácilmente reductible a la presión y flexión plantar del pie.

Pero si la lesión pasa desapercibida en las fases iniciales, las molestias persisten y se produce una inflamación crónica de la vaina y del tendón. Con ello se produce inestabilidad y claudicación al perder la potencia eversora, y es posible que un aumento en la frecuencia de lesiones del LLE del tobillo.

Si tenemos dificultades en el diagnóstico y la exploración clínica no es definitiva, sea porque no se ha diagnosticado en fases tempranas o porque existen dudas razonables, se pueden practicar exploraciones complementarias que ayudarán al diagnóstico definitivo. De todas formas el diagnóstico clínico es el más importante si se piensa en ello: tendones palpables sobre maleolo externo al hacer dorsi-flexión del pie.

Una de las exploraciones complementarias que ofrece más información en caso de duda es la Resonancia Nuclear Magnética, en la que vemos cómo se desplazan los tendones peroneos de su situación inicial al hacer la dorsi-flexión del pie.

### **Tratamiento**

Como alternativas de tratamiento tenemos el de tipo conservador, practicando una reducción cerrada y colocación de vendaje enyesado, o incluso en las fases muy agudas, colocación de vendaje elástico con el pie en posición de equino previa reducción de la luxación.

Si nos decidimos por el tratamiento quirúrgico, podemos hacer una sutura directa con reducción y sutura de la vaina, o por el contrario, optar por una reconstrucción diferida utilizando alguna de las técnicas que al hablar de la luxación congénita y crónica vamos a describir.

### **Luxación crónica**

Es la «**Luxación Recidivante de los Tendones Peroneos**», que puede ser de tipo congénito o adquirido.

En las de tipo **adquirido**, ha de producirse un mecanismo de flexión dorsal y eversión forzada, y puede darse concomitantemente con esguinces repetidos del LLE del tobillo, aunque creemos ha de existir un factor predisponente. A la exploración clí-

nica son claramente visibles sobre el maleolo externo, pudiendo reducirse fácilmente, pero dando múltiples recidivas, y es por ello por lo que el tratamiento conservador en estos casos no ha dado buenos resultados y aconsejamos el tratamiento quirúrgico como el idóneo para esta patología, si realmente la luxación incapacita al paciente para sus actividades habituales.

Las de tipo **congénito**, las consideramos así aquellas en las que hemos encontrado un surco muy aplanado, estrecho o sin apenas tabique interperoneo, una distensión, atrofia o laxitud importante de la vaina, así como que los retináculos superior e inferior se vean claramente insuficientes, y también en las que exista una hipertrofia evidente de los tendones peroneos, sin una patología previa traumática que lo pueda justificar.

### **Tratamiento**

Consideramos muy importante la valoración del propio paciente, sobre si la luxación recidivante le incapacita para su actividad diaria y creemos que las luxaciones recidivantes asistidas tardíamente son tributarias de tratamiento quirúrgico, pues la reducción incruenta es muy sencilla, pero las recidivas muy frecuentes.

Son múltiples las técnicas descritas para tratar esta patología, pero los resultados a medio y largo plazo son muy similares. Vamos a describir algunas de las más utilizadas y podremos decidirnos por una u otra dependiendo de la edad del paciente y de la sencillez del método, así como dependiendo también de la anatomía y etiopatogenia de la lesión.

### **TÉCNICA DE LANNELONGUE**

Es la más sencilla. Se practica una incisión retro-submaleolar externa. Apertura del canal de los peroneos que se agranda. Se practica un colgajo osteoperióstico de pedículo posterior sobre el maleolo externo, y se sutura el colgajo al borde libre de la vaina y a las partes blandas. Se ha formado un túnel por encima de los tendones y los mantiene en posición.

### **TÉCNICA DE DUVRIES**

También se realiza una incisión retro-submaleolar externa y se localiza el nervio safeno externo para no lesionarlo durante el acto quirúrgico. A nivel del peroné se labra un taco óseo de 2 cm. de ancho. Se desliza hacia atrás 0,5 cm. y se fija en esta posición con un tornillo de pequeños fragmentos.

De esta forma conseguimos también crear un techo sobre los tendones que los mantendrá en su sitio.

## **TÉCNICA DE ELLIS-JONES**

La incisión es la misma que en las anteriores técnicas descritas, pero lo que hacemos aquí es liberar el tendón de Aquiles y obtener de él un colgajo en su borde externo de 5/0,5 cm. Sin abrir el canal se reducen los tendones a su posición correcta, y se labra un túnel en sentido transversal un centímetro por encima de la punta del peroné, por donde se introduce el fragmento del colgajo obtenido del Aquiles, y se sutura imbricándolo sobre sí mismo. Conseguimos así también mantener los tendones en su posición correcta, sin posibilidad de luxación.

Todas las técnicas descritas han sido utilizadas por nosotros, obteniendo buenos resultados en todas ellas. En cada caso, hemos escogido la técnica que mejor podía solucionar la etiopatogenia del proceso. En algunas ocasiones hemos hecho pequeñas modificaciones de la técnica original para mejorar el resultado.

## **PATOLOGÍA TUMORAL O PSEUDOTUMORAL**

Existen diversas patologías que, afectando al compartimento externo de la pierna, tienen una repercusión más o menos directa sobre las estructuras que allí se alojan, y los tendones y musculatura peronea puede verse asimismo afectada.

Describimos el caso de una tumoración retromaleolar externa, en la zona de la vaina de los peroneos, en una persona joven, que producía un cuadro clínico de tipo neurítico con una prueba de «Tinnel» claramente positiva, y con una orientación diagnóstica de neuroma del nervio safeno externo. Se le practicó una RNM que en T-1 tenía un aspecto encapsulado y de color oscuro, y al potenciarlo en T-2 aparecía la misma imagen esférica y encapsulada pero de color blanco. Se decidió la intervención quirúrgica debido

a las molestias importantes que presentaba el paciente, y se pudo observar que se trataba, confirmado después por anatomía patológica, de un quiste sinovial que comprimía el nervio safeno externo produciendo esta clínica de origen neural.

Otro caso que mostramos es el de una tumoración aparecida en el compartimento antero-externo de la pierna, de grandes dimensiones, y que se le practicó una RNM previa a la intervención quirúrgica, y que en el análisis anatómico-patológico se constató que se trataba de un rhabdomioma que afectaba a todas las estructuras musculares de la región, incluyendo los peroneos, y que fue necesaria la práctica de una extirpación radical de toda la región, incluso del peroné.

Otra patología que podemos describir sería la exostosis lateral del calcáneo, que comprime el paso de los tendones por esta región, dando una clínica de dolor y a veces de impotencia funcional, y en la que el tratamiento adecuado será la cirugía para practicar la exéresis de esta exostosis.

## **OTRAS AFECCIONES**

Para finalizar, podemos hablar de lesiones sobre los peroneos que ejercemos los propios cirujanos, de una forma yatrogénica pero voluntaria, cuando utilizamos por ejemplo el tendón del PLC para la realización de una tenodesis de tobillo en el tratamiento de las inestabilidades crónicas del mismo. Creemos que aunque sacrificamos este tendón, logramos mantener el pie y tobillo en eversión, y así compensamos la potencia eversora que se perdería al desaparecer éste. En diferentes técnicas descritas en la literatura se utiliza el PLC para la reconstrucción del LLE del tobillo, algunas de ellas son por ejemplo: Evans, Castaign I y II y Watson-Jones. Una modificación para evitar sacrificar todo el tendón del PLC, sería la descrita por Chrisman-Snook, en la que lo que se realiza es el desdoblamiento del tendón y sólo se utiliza una parte de él para realizar la tenodesis.