

**José Enrique Galeote Rodríguez**

*Comité de Educación y Docencia de la SEMCPT*

En esta nueva sección se realizará un análisis crítico de las nuevas técnicas y procedimientos quirúrgicos publicados en nuestra revista (siempre referido a la técnica expuesta y no al artículo en sí), a cargo de un grupo de expertos seleccionado en cada caso por el Comité de Educación y Docencia de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía de Pie y Tobillo (SEMCPT). La intención es promover el debate científico y la participación entre los lectores de la revista.

Los lectores podrán dirigir sus propios comentarios sobre la técnica expuesta o sobre las opiniones del comité de expertos consultados, para establecer un foro de opinión, a la siguiente dirección electrónica: egaleoter@gmail.com. Y dichos comentarios podrán ser publicados en el siguiente número de la revista.

**Luis F. Llanos Alcázar<sup>1</sup>, Andrés Carranza Bencano<sup>2</sup>, Jordi Codina Santolaria<sup>3</sup>,  
Fernando Álvarez Goenaga<sup>4</sup>, José E. Galeote Rodríguez<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>2</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup> Fundación Althaia. Manresa (Barcelona). <sup>4</sup> Hospital San Rafael. Barcelona.

<sup>5</sup> Hospital Clínico San Carlos. Madrid

## RESCATE DE PRÓTESIS TOTAL DE TOBILLO MEDIANTE NOVEDOSA TÉCNICA DE UTILIZACIÓN DEL PERONÉ AUTÓLOGO COMO INJERTO ESTRUCTURAL

La primera opción ante una movilización aséptica es el recambio protésico. Si se opta por una artrodesis y el paciente no presenta alteraciones en la articulación subastragalina (como el caso que nos ocupa), se debería optar por la artrodesis selectiva de la articulación tibioastragalina.

La artrodesis tibioastragalina con clavo endomedular retrógrado con aloinjerto estructural (cabeza femoral o extremidad distal de tibia) sería la técnica de rescate, en caso de artroplastias de tobillo fallidas, y precisaría asimismo una cruentación correcta de la articulación subastragalina.

En el caso planteado por los autores, se optó por la artrodesis tibioastragalina, pretendiendo aunar la estabilización primaria (clavo intramedular) con la aportación mecánica y biológica del peroné (por aposición en una capa, atornillado + triturado).

La utilización del peroné como hueso dador en diferentes técnicas quirúrgicas ha sido y es frecuente, dada su accesibilidad, su resistencia mecánica y la morbilidad relativamente escasa de su extracción.

En el pie se usó, como variante de la técnica de Grice-Green (en la que se injertaba tibia) en la artrorrrisis del seno del tarso, preferentemente en el pie valgo paralítico. También se utilizó (con malos resultados) en el tratamiento de la osteonecrosis de la cabeza femoral en estadio inicial, mediante la variante de Bonfiglio a la técnica original de Phemister: tanto su función mecánica como la biológica se mostraron insuficientes.

La prótesis de tobillo modelo Hintegra® está diseñada para ser colocada por vía anterior y, por tanto, la extracción también debe realizarse por la misma vía. El abordaje lateral transperoneal dificulta la extracción (los tornillos de fijación son de dirección antero-posterior), situación no comentada por los autores.

La técnica descrita puede ser útil y práctica y acortaría el tiempo quirúrgico para los cirujanos que precisan realizar esta cirugía y no dispongan de aloinjerto estructural de banco, lo que sería su principal ventaja. Existe la duda sobre la suficiencia del *stock* óseo utilizado para conseguir no sólo la estabilización, sino también una buena osteointegración y artrodesis. El añadido de autoinjerto triturado de la cresta ilíaca ipsilateral del paciente podría resultar un importante aporte biológico.

Será necesario conocer los resultados a medio y largo plazo de esta interesante y novedosa técnica en cuanto a osteointegración, tiempo de consolidación y eventual aparición de reabsorción o inestabilidad.