

# VALGO DE TALÓN DE ORIGEN EN EL TOBILLO

Dres. R.\*VILADOT\*, A. ARNAUD\*  
*Hospital de San Rafael - Barcelona*

\* Jefe Clínico  
\*\*Médico Asistente

## RESUMEN

Se estudian las diferentes causas que pueden provocar un valgo de talón cuyo origen reside en la articulación tibio-tarsiana.

Se presentamos casos clínicos y se comentan las pautas de tratamiento a seguir para obtener aceptables resultados. Se insiste en la conveniencia de practicar sistemáticamente radiografías antero posteriores de tobillo en los pies planos severos, para detectar cualquier anomalía en la orientación de la mortaja tibio peronea o en la longitud del peroné.

## VALGO DE TALÓN DE ORIGEN EN EL TOBILLO

Nos ha parecido de interés la publicación de este artículo en el que hacemos una revisión de las diversas causas que pueden provocar un valgo de talón cuyo origen reside en la articulación tibio-tarsiana, y señalar las líneas de tratamiento que consideramos importantes para conseguir buenos resultados.

En el cuadro I se señalan las causas más frecuentes de esta alteración.

En los casos paralíticos, la aparición de la epífisis inferior del peroné se retrasa por lo que la longitud se acorta (9). Se explica este acortamiento por la poca actividad muscular, que requiere escasas sollicitaciones mecánicas del peroné. Esto hace que la nutrición de los cartílagos de crecimiento se vea afectada, por lo que habrá un crecimiento menor (1-2-3).

Las deformidades en valgo de tobillo posteriores a fracturas pueden aparecer por crecimiento excesivo de la tibia, que provoca

un acortamiento relativo del peroné, formación de puentes óseos por lesión del cartílago de crecimiento y pseudoartrosis postraumática del peroné (5-7).

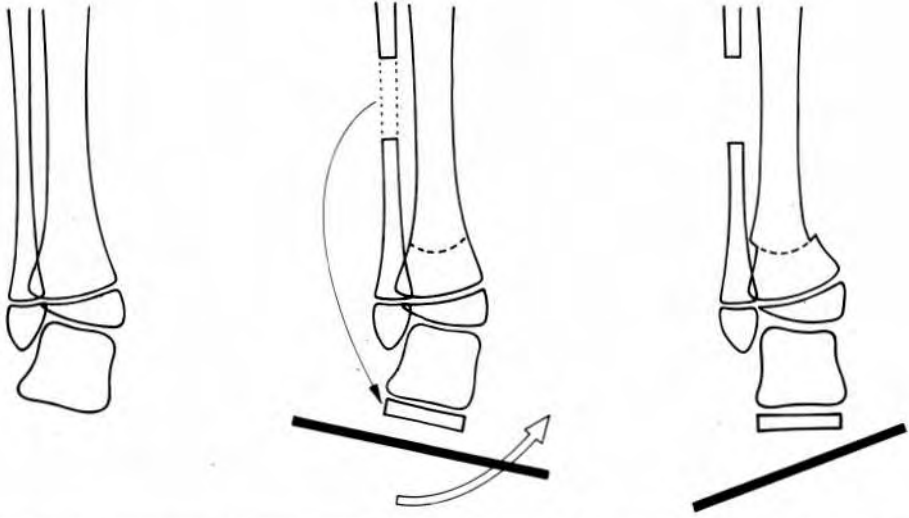
En el pie equino varo congénito, tibia y astrágalo deben constituir un bloque tibio-astragalino y la corrección debe realizarse por debajo del astrágalo; cuando se secciona el ligamento deltoideo se favorece el valgo de la articulación tibio-tarsiana, por no existir elementos suficientes de contención (12).

En los casos en que se realizan resecciones u osteotomías del peroné por pseudoartrosis congénita de la tibia o para injertos óseos, la parte inferior del peroné puede desviarse favoreciendo el valgo (13).

Debe destacarse la importancia de la longitud del peroné, pues como se ha visto son varias las patologías relacionadas con anomalías de este hueso, bien sea por causas congénitas como la aplasia del peroné o pseudoartrosis congénita; o bien sea por causas paralíticas como mielomeningoceles o poliomielitis; causas yatrogénicas como extirpaciones de peroné por tumores o por la utilización del mismo como injerto.

## CASOS CLÍNICOS

CASO 1: R. C. L., de sexo masculino, con mielomeningocele operado al nacimiento, a los 6 años de edad se le realizó osteotomía desrotatoria por torsión tibial interna que consolidó sin problemas. A los 9 años de edad tiene pie plano con valgo severo de los talones, más importante del lado derecho. En las radiografías se observa que parte de la deformidad tiene su origen en la articulación tibio-astragalina (fig. 1).



a

b

c

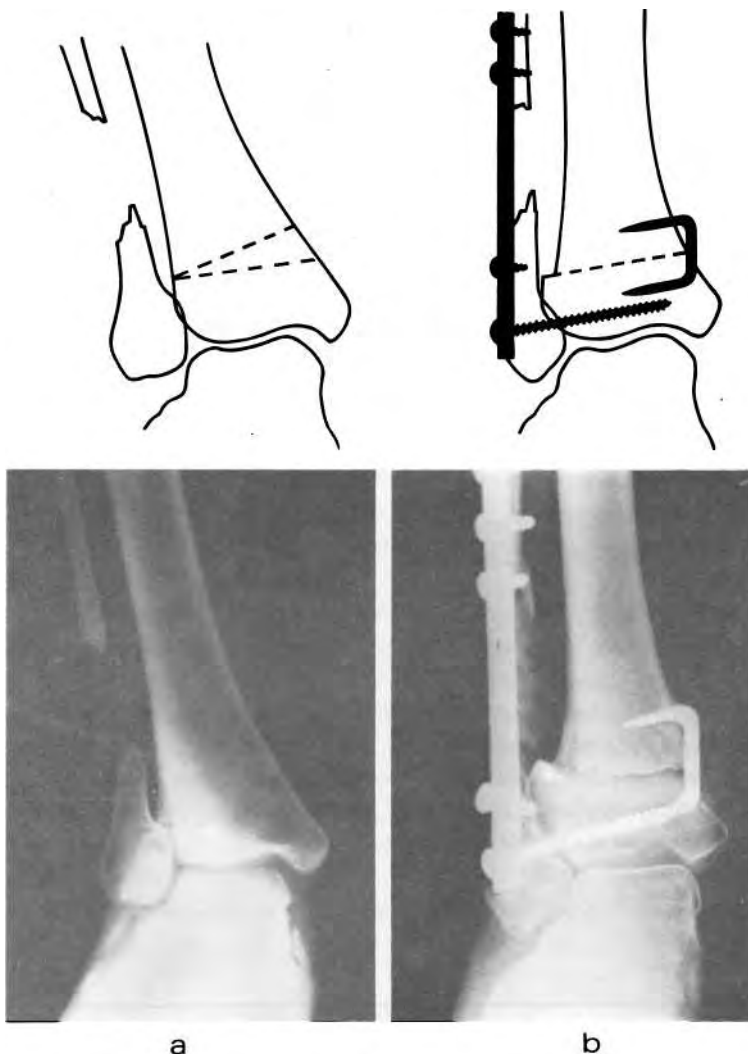
Se realizó osteotomía en cúpula varizante, proximal al cartilago de crecimiento y osteotomía del peroné en su tercio medio. A este nivel se extrae un injerto que se coloca en el seno del tarso para realizar técnica de Grice (4) modificada en el mismo pie, ya que el valgo era mixto, en la tibio astragalina y subastragalina. Se coloca un clavo transfixiante en el calcáneo que se incluyó en el yeso para mantener la corrección.

CASO 2: O. V. V., del sexo femenino, con diagnóstico de pie plano laxo bilateral idiopático, tratada desde los dos años de edad con plantillas sin éxito; tomo no mejoró y continuaba con valgo severo del talón se le practicó a los 13 años de edad una operación de Grice modificada, tomando el injerto del

peroné en su tercio distal (fig. 2). Dos años después las radiografías muestran importante valgo de tobillo y se observa que el área d e toma del injerto no consolidó, por lo que se le reopera nuevamente realizando cuña supramaleolar d e base medial de sustracción, y el hueso obtenido se utilizó como injerto a nivel del peroné. Se coloca placa con tornillo transidesmal, que se retiró posteriormente, por hallarse esta lesionada, y una grapa en la osteotomía de la tibia para mantener cerrada la cuña.

## DISCUSIÓN

Generalmente el valgo de talón tiene su origen en la articulación subastragalina; ello



podemos observarlo en patologías tan habituales como el pie plano.

Sin embargo, en determinadas ocasiones el origen anatómico de esta deformidad se encuentra localizado en la articulación tibio-tarsiana; ello sucede en determinados casos y un diagnóstico correcto es fundamental, para su correcto tratamiento (11).

En los dos casos que hemos presentado en realidad existía una causa mixta de valgo de talón. Dicha deformidad en parte era debida a un problema a nivel de la tibio-tarsiana y también de una alteración a nivel de la subastragalina.

En nuestra opinión el tratamiento de las desviaciones del tobillo en valgo deben re-

solverse siempre por métodos quirúrgicos y su objetivo es conseguir una articulación tibio-tarsiana anatómica y funcionalmente normal, de manera que el tobillo esté correctamente orientado con referencia al plano del suelo y en los casos necesarios que el peroné recobre su longitud cuando existe un acortamiento del mismo.

Han sido descritas numerosas técnicas para conseguir estos objetivos. Y así LANGENESKIÖLD (6) refiere tres casos de malformaciones congénitas de la pierna asociadas a marcado valgo de talón, en los que practica una fusión metafisaria distal de la tibia y peroné. WILTSE (14) publica en 1972 su experiencia en cinco casos de diversas etiologías, no habiendo ningún caso parálí-

tico; realiza cuñas de sustracción supramaleolares con un diseño particular. SHARRARD (18) en niños afectados de mielomeningocele practica una osteotomía simple tibial, obteniendo buena corrección. Indica la corrección en pies tratados previamente por tener deformidades secundarias a mielomeningocele, en los que persisten desviaciones de tobillo. En su serie de trece casos, doce tuvieron deformidad en valgo y un caso en varo. Coincidimos con la opinión de SHARRARD sobre la necesidad de realizar proyecciones anteroposteriores de tobillo, con el fin de no tratar mediante artrotripsis o artrodesis subastragalina valgos de talón cuyo origen reside en el tobillo.

En los casos que presentamos en el primero se practicó una osteotomía en cúpula a nivel tibial y en el segundo una osteotomía de sustracción. Fue necesario en el segundo caso colocar una placa asociada a injerto óseo por la falta de peroné que había. A pesar de que el aspecto clínico era excelente la corrección del primer caso no fue total, aun cuando se asoció a la corrección del tobillo una artrodesis subastragalina mediante injerto de peroné. Coincidimos con la opinión de la

mayoría de autores, que se han preocupado por este tema, en las dificultades que entraña el tratamiento de esta deformidad y las frecuentes recidivas.

Cabría preguntarse si los pies planos severos de tipo idiopático, el valgismo, tiene su origen sólo en la subastragalina. Creemos que sería interesante realizar sistemáticamente una radiografía anteroposterior de tobillo y un estudio de la longitud del peroné, para ver si existen causas mixtas que expliquen las graves deformidades de determinados pies planos idiopáticos.

## CONCLUSIONES

Delante de determinadas patologías es importante practicar radiografías anteroposteriores de tobillo, para valorar la orientación de la articulación tibio-tarsiana.

El valgo de talón cuyo origen está en el tobillo debe ser tratado quirúrgicamente, dando una correcta orientación a la articulación tibio-tarsiana y alargando el peroné en los casos necesarios.

~

CUADRO I

CAUSAS DE VALGO DE TALÓN DE ORIGEN EN LA ARTICULACIÓN TIBIO-ASTRAGALINA

CONGÉNITAS	Aplasia de peroné
	Pseudoartrosis congénita de peroné
PARALÍTICAS	Poliomielitis
	Mielomeningocele
TRAUMÁTICAS	Fracturas del pilón tibial
	Lesión del cartílago de crecimiento (puentes óseos)
	Crecimiento excesivo de tibia postfractura
YATROGÉNICAS	Resección del peroné
	Sección ligamento deltoideo en pie equino varo
	Secundaria a alargamiento de tibia si no se fija el peroné

1. BARNETT, C. H. and NAPIER, J. R.: *The axis of Rotation at the Ankle Joint in Man, Its influence upon the form of the talus and the Movility of the Fibula.* Journal of Anatomy 86,1, 1952.
2. CLOSE, J. R.: *Some applications of the Funtional Anatomy of the Ankle Joint.* J. Bone Joint Surg. 38-A, 761, 1956.
3. DEVAS, M. B. and SWEETNAM, R.: *Stress Fractures of the Fibula.* J. Bone Joint Surg. 38-B, 818, 1956.
4. GRICE, D. S.: *Extra-articular arthrodesis of the Subastragalar Joint of correction of paralytic flat feet in children.* J. Bone Joint Surg. 34-A, 972, 1952.
5. HSU, L. C. S.; YAU, A. C. M. C.; O'BRIEN, J. P.; HODGSON, A. R.: *Valgus Deformity of the Ankle Resection for a Graft in Subtalar Fusion in Children.* J. Bone Joint Surg. 54-A, 585, 1975.
6. LANGENSKIÖLD, A.: *Pseudoarthrosis of the Fibula and Progressive Valgus Deformity of Ankle in Children: Treatment by Fussion of the Distal Tibial and Fibular Metaphyses.* J. Bone Joint Surg. 49-A, 458, 1974.
7. LANGENSKIÖLD, A.: *An operation for parcial closure of an epiphyseal plate in children and its experimental basis.* J. Bone Joint Surg. 57-B, 325, 1975.
8. LANGENSKIÖLD, A.: *Traumatic premature closure of the distal tibial epiphyseal plate.* Acta Orthopaedic Scand. 38: 520, 1967.
9. MAKIN, M.: *Tibiofibular Relationship in Paralysed Limbs.* J. Bone Joint Surg., 47-B, 500, 1965.
10. SHARRARD, W. J. W.; WEBB, J.: *Supra-Malleolar Wedge Osteotomy of the Tibia in Children with Myelomeningocele,* J. Bone Joint Surg., 56-B, 458, 1974.
11. TACHDJAN, M. O.: *In the Child's Foot.* W. B. Saunders Company, 1985.
12. VILADOT, R.; VILADOT, Jr. A.; Díaz, E.: *Las hipercorrecciones en el tratamiento del pie Zambo infantil,* Rev. Ortopedia y Traumatología, 25-IB, 377, 1981.
13. WILTSE, L. L.: *Valgus of the Ankle After Removing a Segment of the Fibula in Children.* In Proceedings of The America Academy of Orthopaedic Surgeons. J. Bone Joint Surg., 50-A; 829-830. June 1980.
14. WILTSE, L. L.: *Valgus Deformity of the Ankle.* J. Bone Joint Surg., 54-A, 595, 1972.