

COMENTARIO

Dr. Ernesto Maceira Suárez

El Dr. Recaredo Álvarez nos enseñó a apreciar el movimiento de la articulación subastragalina desde la visión lateral.

Dado que el giro del complejo articular subastragalino se verifica en torno a un eje oblicuo con respecto a los tres planos anatómicos de referencia, cualquier movimiento en uno de los planos deberá acompañarse necesariamente de algún movimiento simultáneo en los otros dos planos. Manter estudió la localización del eje, concluyendo que, aparte de su gran variabilidad entre distintos sujetos, podemos considerar que el valor medio de su desviación medial con respecto al plano sagital es de 16°, mientras que su inclinación con respecto al plano transversal es de 42°. En la literatura anglosajona se recurre a la regla mnemotécnica: *sixteen from sagittal, forty-two from transverse* (STST/FTFT), pues conviene saber esas cifras de memoria.

En efecto, el eje sigue una oblicuidad tal que, penetrando por la cara externa de la tuberosidad del calcáneo, en un punto de su porción posterior y plantar, ascendería en dirección medial y anterior, para salir por el dorso de la cabeza-cuello del astrágalo. En los pies cavos, aumenta la inclinación del eje con respecto al suelo o plano transversal, disminuyendo ésta en los pies planos. En los pies con varo del talón, disminuye la angulación medial del eje con respecto al plano sagital, mientras que en los valgos aumenta la declinación medial del eje.

La amplitud total del movimiento combinado de inversión/eversión subtalar (*supination/pronation* de los anglosajones), mientras no exista una estructuración de la deformidad, es mayor en los pies pronados –valgos– que en los supinados –varos–, lo que explica la mayor tendencia a la aparición de cambios artrósicos en el primer tipo de pie.

Desde la perspectiva de la exploración clínica, estamos acostumbrados a estimar la posición del talón desde una visión posterior, que nos muestra predominantemente el varo/valgo, pero no los otros componentes del movimiento triplanar: la intra o exorrotación (adducción/abducción) que se produce sobre el plano transversal, y el avance o retroceso relativos entre los huesos del tarso posterior. Al observar al paciente en bipedestación desde delante y arriba, se aprecia muy bien la rotación sobre el plano transversal (abd/add). Pero el desplazamiento antero-posterior relativo astrágalo-calcáneo no puede apreciarse

clínicamente con claridad, ni siquiera cuando miramos al paciente desde una posición lateral.

Algo muy distinto ocurre durante el abordaje quirúrgico de la articulación subastragalina desde su lado externo. Es un error el limitarse a concebir la inversión subtalar en estas circunstancias como un simple aumento de la distancia vertical entre las paredes externas de los dos huesos del tarso posterior. El movimiento más fácilmente apreciable, y de más sencillo control en el campo quirúrgico del paciente que está siendo intervenido (decúbito lateral/cadena cinética abierta), es el avance del calcáneo bajo el astrágalo que se produce durante la inversión, o su retroceso durante la eversión. El “stop” o tope, que Álvarez aplica al calcáneo en forma de tornillo, impide la vuelta atrás del hueso –y, por tanto, su eversión– por chocar contra la porción externa del cuerpo del astrágalo.

Cualquier procedimiento de artrorraxis subtalar para corregir la eversión excesiva se basa en el hecho de que durante la inversión aumenta el calibre del seno del tarso y disminuye en eversión. Ese aumento del calibre se produce en todas las direcciones apreciables desde el lado externo del seno; la vertical y la antero-posterior. De esta forma, si abrimos manualmente el seno del tarso mediante una inversión del pie, para lo cual hemos de desplazar el calcáneo hacia adelante –rotación interna del pie– y luego rellenar el seno con algún cuerpo rígido, como pueda ser un implante o un injerto, estaremos bloqueando la articulación subastragalina en varo, por impedir la vuelta atrás del calcáneo.

La idea del tornillo implantado en un solo hueso para que actuase de tope simplificó las técnicas de artrorraxis; por una parte, porque resulta sencillo de colocar y, por otra, porque su estabilización anti-eversión es tan eficaz que hace innecesaria la realización de un tiempo interno. Además, es una técnica barata, ya que se realiza con un tornillo de esponjosa de 4,5 mm “normal y corriente”, como diría Recaredo. Las modificaciones posteriores a la técnica simplemente emplean unos implantes específicos con alguna sofisticación y algún encarecimiento; o proponen un método de colocación distinto, para evitar la perforación de la superficie talámica, necesaria en la técnica original. Ni la perforación del cartílago talámico ni la posible muesca que el tornillo deje en el astrágalo parecen ser problemas relevantes. Incluso en los casos en los que el tornillo pueda incrustarse parcialmente en

el astrágalo cabe esperar una buena corrección, aunque debe colocarse de forma que la superficie de contacto tornillo-astrágalo sea lo mayor posible para evitar grandes tensiones interfaciales. La implantación excesivamente lateral del tornillo puede conducir a una “luxación” externa de éste con respecto a la apófisis externa del astrágalo. Cuidado con los tendones peroneos. Únicamente me permito discrepar con el autor en las indicaciones de tra-

tamiento quirúrgico del pie plano valgo laxo infantil que, creo, deberíamos limitar, de verdad, a un ~1% excepcional. La indicación por cuestiones cosméticas no deja de ser una *fashionitis* (“moditis”).

Al Dr. Recaredo Álvarez le debo: aprender a mirar el movimiento de la articulación subastragalina abierta desde fuera y unas lecciones divertidísimas y muy instructivas cada vez que tuve la suerte de escucharle.