

# **Diástasis Tibioperonea Inferior. Tratamiento Quirúrgico con Técnica Original.**

DR. LUIS RAHAUSEN MORENO \*

## **RESUMEN:**

Los tratamientos en uso de la diástasis tibio peronea inferior adolecen a juicio del autor de algunos problemas que han sido resueltos.

Se propone un tratamiento quirúrgico, para un universo seleccionado, de alta exigencia física y de un grupo etario entre 2º y 3º década.

Se practicó una lazada supraíndesmal con alambre, produciendo una fijación elástica y flexible; uso de técnica estandarizada. Se utilizaron criterios clínicos y radiológicos para la certeza diagnóstica.

Se analizaron 27 casos de diástasis tibio peronea pura. No se consideraron casos con tiempo de evolución inferior a 5 años.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que se trata de una solución adecuada, con una recuperación pronta de la actividad completa y en la serie observada, ausencia de complicaciones.

*Palabras clave:* Diástasis tibio peronea Sindesmosis.

## **PLANTEAMIENTO:**

Los tratamientos en uso, de la diástasis tibio-peronea inferior, adolecen, a juicio del autor, de algunos problemas que se enumeran.

Se propone una solución quirúrgica original.

Descripción del universo, de la técnica quirúrgica y resultados.

## **INTRODUCCIÓN:**

La diástasis tibio-peronea inferior es una entidad patológica traumática, que puede presentarse en forma aislada o más frecuentemente acompañando a otras lesiones del tobillo.

La interrupción del aparato ligamentoso de la sindesmosis tibio-peronea inferior y su prolongación hacia proximal, lesionando la membrana interósea, sin estar acompañada de otras lesiones (ligamentosas y/o esqueléticas), tiene en la población general una frecuencia baja. Se encuentra con mayor frecuencia en un grupo de personas con características bien definidas. Preponderantemente sexo masculino, con una edad casi exclusiva dentro de la 3ª década de vida y con actividad deportiva intensa.

## **TRATAMIENTOS EN USO:**

Se dividen en cruentos e incruentos u ortopédicos.

## **TRATAMIENTO ORTOPÉDICO:**

Consiste en la colocación de un aparato enyesado (Bota corta) en equino, para aprovechar la parte más angosta del astrágalo dentro de la mortaja tibio-peronea, aplicando presión bimaleolar, por un plazo de más o menos 2 a 3 semanas, que luego se reemplaza por una bota corta de marcha en posición funcional por un tiempo similar, seguido de un período variable de tratamiento fisiokinético de rehabilitación.

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

El más usado consiste en la sutura del ligamento sindesmal anterior

\* Servicio de Ortopedia y  
Traumatología  
Hospital Clínico  
Universidad de Chile

acompañado de un tornillo de posición, suprasindesmal, de 3 corticales, que según el caso se complementa o no con un aparato enyesado.

También existe la sutura acompañada de un aparato enyesado.

### INCONVENIENTES DE LOS TRATAMIENTOS NOMBRADOS:

El tratamiento ortopédico significa un tiempo prolongado de inmovilización, al que se suma un período de rehabilitación variable de acuerdo a las exigencias físicas del paciente y más importante, un porcentaje, no despreciable de pacientes que no recuperan el nivel de suficiencia deportiva, ya que las posibilidades de quedar con algún grado de inestabilidad por insuficiencia de la mortaja tibio-peronea son significativas. Además la necesidad de comprensión bimalleolar produce dolor y a veces lesiones de la piel.

El tratamiento con tornillo de 3 corticales es un sistema rígido, que no permite la adaptación de la mortaja tibio-peronea a los diferentes diámetros del astrágalo en los diferentes grados de flexoextensión, favorece de cierta manera la sinostosis de la sindesmosis, lo que obliga a retirarlo después de un plazo de algunas semanas.

La sutura más bota corta de yeso presenta las mismas características del tratamiento ortopédico, a lo que se suma una intervención.

Para evitar estos inconvenientes, se ideó un procedimiento que debía cumplir con los siguientes requisitos:

- 1.- Técnica sencilla, de fácil estandarización.
- 2.- Fijación estable.
- 3.- Fijación no rígida que permite la adaptación de la mortaja a los diferentes diámetros del astrágalo en los movimientos de flexoextensión.
- 4.- Uso innecesario de inmovilización.
- 5.- Función para actividad normal desde los primeros días del postoperatorio.
- 6.- Función completa, aún deportiva, desde el momento de la cicatrización de las partes blandas.
- 7.- Tratamiento de rehabilitación mínimo o innecesario.
- 8.- No es indispensable el retiro de la fijación.

### DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO:

Pensamos que una intervención que cumple con los requisitos propuestos, consiste en practicar una osteodesis flexible, suprasindesmal con una lazada de alambre transfixiante.

### INSTRUMENTAL Y MATERIAL:

- Bisturí
- Rugina
- Separadores
- Pinzas hemostáticas
- Taladro
- 2 agujas de Kirschner 1,2 mm  $\phi$
- 1 alicates

- 1 corta-alambres
- 1 impactor
- 1 punzón
- 1 martillo
- elementos de sutura
- 1 asa de alambre ortopédico 0,8 mm  $\phi$

### TIEMPOS OPERATORIOS:

Paciente en decúbito supino

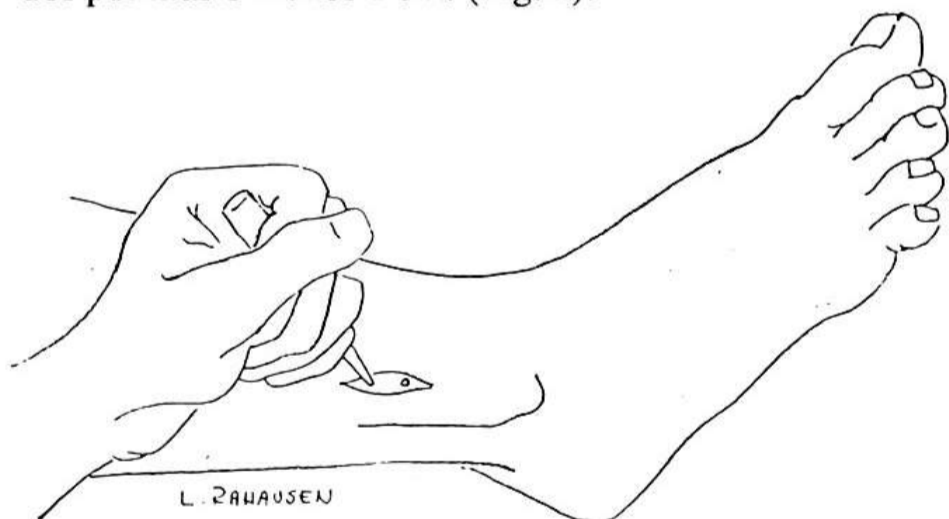
Anestesia local: 15 cc de solución de dimecaína al 1%. No agregar adrenalina. Se anestesian las zonas donde se practicarán las incisiones (Fig. 1) y el espacio interóseo.



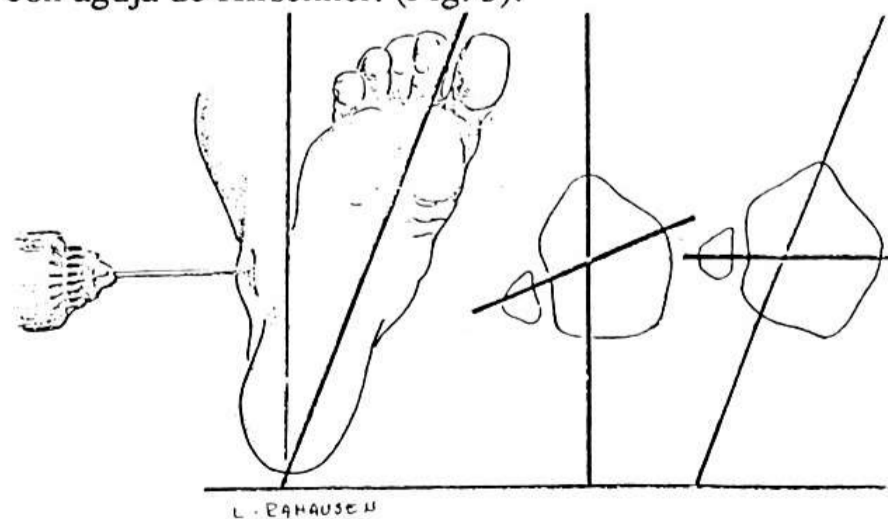
Incisión supramaleolar lateral sobre el peroné, inmediatamente por encima de la sindesmosis, de más o menos 2 cms. de largo, de dirección vertical, hasta el plano óseo.

Exposición de la cara lateral del peroné donde se practica corte longitudinal al periostio de más o menos 1,5 cms de largo.

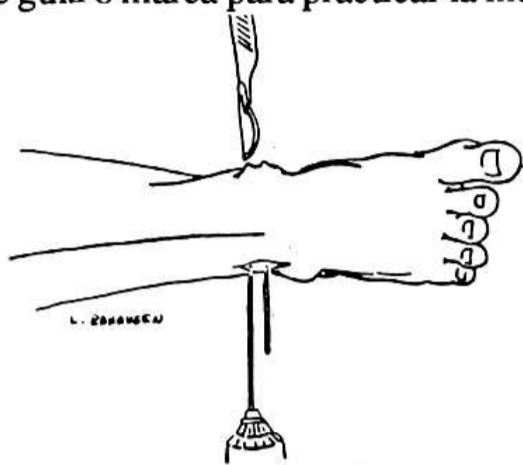
Se marcan con punzón 2 puntos para perforar, separados por más o menos 1 cm. (Fig. 2).



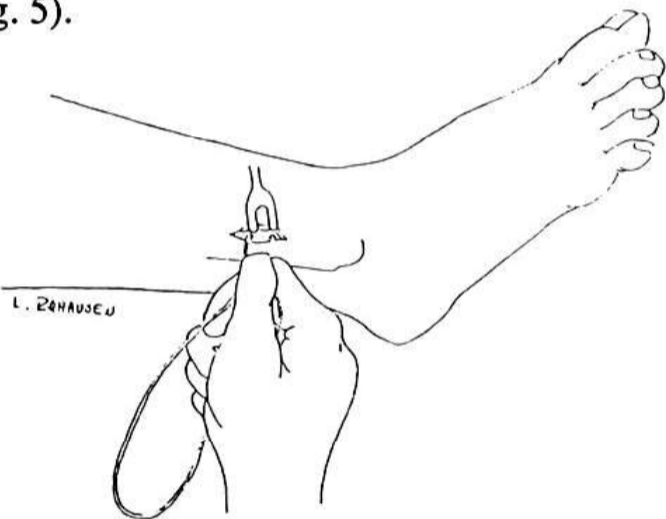
Se coloca el pie en rotación interna de 30° y se perfora con aguja de Kirschner. (Fig. 3).



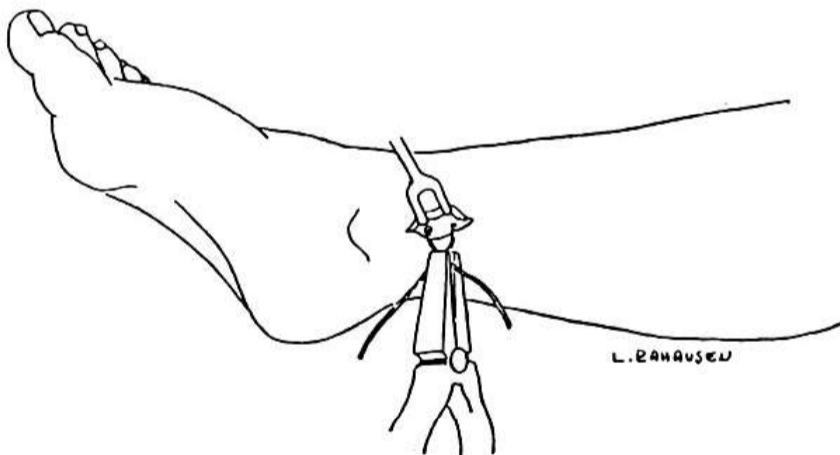
Las agujas se colocan paralelas a la mesa de operación, perpendiculares al eje de la extremidad y paralelas entre sí, sin llegar a perforar la piel del lado tibial, donde protruyen y sirven de guía o marca para practicar la incisión (Fig. 4).



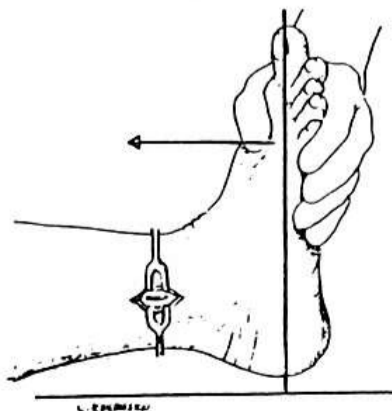
La incisión por tibial se hace llegar hasta el plano óseo. Se retiran las agujas Kirschner y se introduce el alambre por ambas perforaciones a la vez, formando una lazada (Fig. 5).



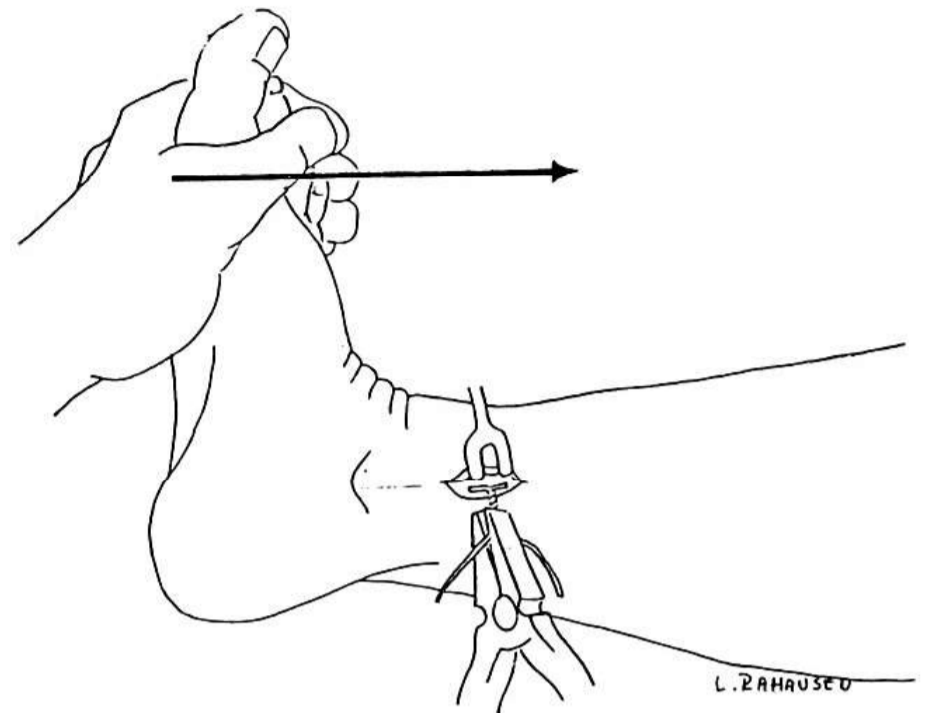
Se comienza a cerrar la lazada con un alicates por el lado tibial (Fig. 6).



Con el impactor se termina de meter el alambre por el lado peroneo y se coloca el pie en ángulo recto con respecto al plano de la mesa (Fig. 7).



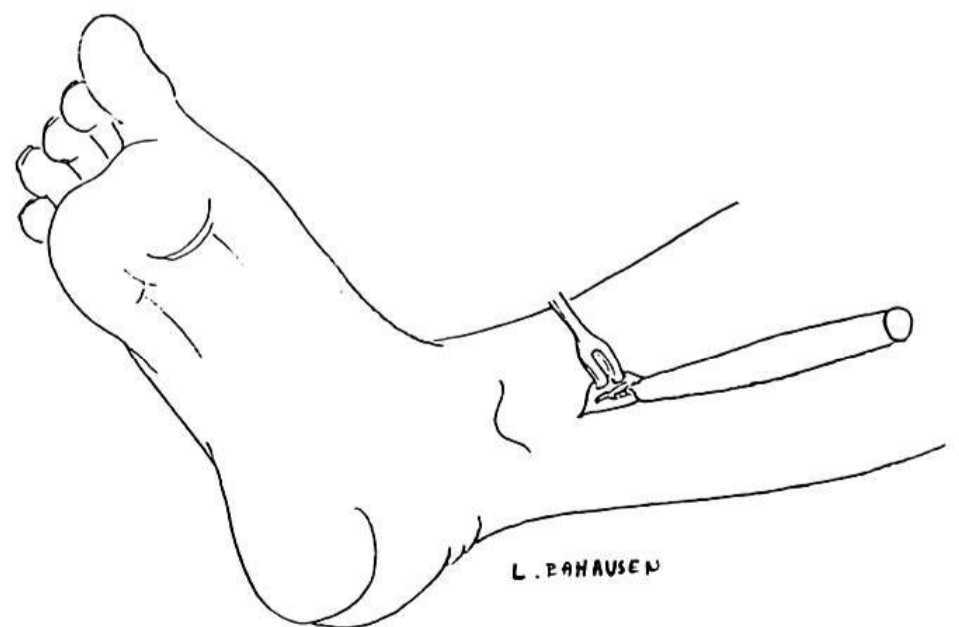
Manteniendo el ángulo de 90° se termina de tensar la lazada de alambre (Fig. 8).



Se prueba la suficiencia de la mortaja, buscando peloteo astragalino, el cual debe ser negativo (Fig. 9).



Se recortan los cabos sobrantes de alambre y se impactan. Revisión de la hemostasia y sutura (Fig. 10).



Indicación Del Método Descrito:

Se considera útil el tratamiento operado en individuos jóvenes de alta exigencia física y/o deportiva.

## CASUÍSTICA

Se consideraron 65 casos operados desde 1978 hasta la fecha, de ellos se excluyeron 38.

### A. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

**Tiempo de observación postoperatorio.** Se consideró necesario establecer un período mínimo de control superior a los 5 años. Se excluyeron todos los operados después del 1º de Enero de 1985.

### B. PATOLOGÍA AGREGADA:

8 casos en que había combinación de lesiones. En este trabajo se pretende evaluar el método en la diástasis como entidad única.

### C. CERTEZA DIAGNÓSTICA:

Para el diagnóstico se consideraron los siguientes criterios:

Clínico y radiológico.

#### c.1. Clínico.

Dato anamnético del mecanismo traumático suficiente y necesario.

Examen con presencia clara de peloteo astragalino unilateral, además de los signos generales de lesión ligamentosa.

#### c.2. Radiológico.

Se buscaron 3 signos; aumento del espacio sindesmal más de 3 mm en la proyección AP con rotación interna de 30º.

Disminución de la sobreproyección de la imagen de tibia sobre peroné a nivel sindesmal al menos de 1/3 en AP en posición neutra.

Desplazamiento posterior del peroné en proyección lateral.

Se excluyeron los casos en que no había por lo menos 2 de los parámetros radiológicos presentes.

## CASUÍSTICA UTILIZADA EN EL SIGUIENTE TRABAJO

Se consideraron aptos para realizar el estudio 27 casos que cumplían con todas las exigencias.

### Distribución por sexo:

Fem. 18,5% 5 casos

Masc. 81,4% 22 casos

La suma de los porcentajes no es de 100% porque se usó solamente un decimal.

### Edades:

Entre los 18 y los 31 años.

Estudiantes universitarios (SEMDA). Prepondera-

mente de Educación Física.

### Tiempo de evolución pre operatorio:

3 días como mínimo.

11 días como máximo.

### Controles post operatorios:

Inmediatos: 3º día, se autoriza actividad restringida.

7º día, se autoriza actividad normal.

12º día, se retiran puntos, se autoriza reanudación de actividad completa.

### Complicaciones:

No hubo, sólo se presenta dolor moderado en algunos casos, que no requirieron tratamiento y de corta duración, edema leve y equimosis.

### Controles alejados:

Se controlaron a 1º mes a los 3, 6 meses y al año.

Luego fueron citados en forma alejada a los 2 años y se les pidió volver en caso de presentar algún problema.

### Complicaciones:

En 4 casos se retiraron los alambres que producían alguna molestia en la piel cuando para la práctica del deporte se usaban zapatillas de caña alta.

En controles alejados se comprobó que en la mayor parte de los casos el alambre se había cortado, pero sin provocar ninguna molestia.

Esto se esperaba, ya que se trata de una fijación flexible, que permite la reoperación de la membrana interósea y del aparato ligamentoso sindesmal durante el tiempo que tarda en cortarse por fatiga de material.

Los resultados cumplieron con los requisitos propuestos.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dirección y personal del SEMDA, donde se realizó esta experiencia, donde se aportó el material humano y facilidades operatorias. Agradezco en forma especial a mis pacientes, sobre todo a los primeros, estudiantes de medicina, a quienes se les explicó que se trataba de una técnica nueva, se les dio a conocer los fundamentos de ella y sus posibles riesgos y en forma voluntaria aceptaron colaborar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Campbell W., Crenshaw A. *Campbell's Operative Orthopedics*. V. 1-7:704-706, 1971.
- Everts C, Mac Collister. *Surgery of the Musculoskeletal System*. V 3-8: 154-155, 1983.
- Kelikian H. Kelikian. *Disorders of the Ankle*. A Ch 13: 497-568, 1985.
- O. Donoghue D. *Injuries to Athletes*. 548-551, 1962.
- Resnick D. Niwayama. *Diagnosis of Bone and Joints Disorders*. C9 V2: 732-735, 1981.