

HOSPITAL DE LA MISERICORDIA Y SAN JUAN DE DIOS.  
SERVICIO JERARQUIZADO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEEDIA  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CÁDIZ

Jefe de Servicio: Prof. Dr. ANTONIO JIMÉNEZ CISNEROS

## Osteotomía reglada de tibia\*

Profesor ANTONIO JIMÉNEZ CISNEROS

y colaboradores

CARLOS HÖHR GÓMEZ,<sup>1</sup> JOSÉ VIRIGILI BLANQUET<sup>1</sup> y  
FERNANDO CAZALLA BENEDICTO<sup>1</sup>

### RESUMEN

Es sabido que la adecuada corrección de las deformidades axiales de las diáfisis mejoran las alteraciones producidas en las articulaciones vecinas. Los autores describen una técnica de osteotomía que proporciona correcciones satisfactorias y que no requieren osteosíntesis.

**Descriptorios:** Deformidades diafisarias. Osteotomías diafisarias correctoras.

### SUMMARY

It is well known that satisfactory correction of all axial deformities of the long bones shaft improves the changes in the nearby joints. The authors describe an osteotomy which gives a good correction without internal fixation.

**Key words:** Axial long bone deformity. Corrective osteotomy.

### Introducción

Las osteotomías diafisarias, constituyen una forma más del arsenal terapéutico, ideadas con el fin más frecuente de corregir una deformidad ósea.

Las deformidades óseas diafisarias, ya sean congénitas o adquiridas van a tener siempre una repercusión a las articulaciones inmediatamente vecinas supra e infra-yacentes, pero esta repercusión va a ser

mucho más evidente cuando se trata del miembro inferior, debido a la acción de soporte y carga que los mismos ejercitan.

Va a ser precisamente la consecuencia que sobre las articulaciones vecinas se ejerce por la deformidad ósea, la que en muchas ocasiones haga acudir al enfermo para su corrección, ya que el síndrome doloroso, la contractura dolorosa y la incapacidad que acarrearán, van a determinar claudicaciones más fuertes e importantes que los más simples deseos reparadores de índole estética o de recuperación de la forma perdida.

\* Comunicación presentada al Congreso SOTIMI-SATO de Nápoles, mayo 1976.

(1) Médico adjunto.

### Osteotomías diafisarias

Son muy diversos sus tipos y formas propugnados, cada uno de ellos sirviendo a una intencionalidad, que es tan variable, como variable es la patología.

Según sea la resultante deseada así se originan diversas formas:

#### A) *Osteotomías correctoras de ejes:*

1.º Osteotomía lineal, poco empleada en estos casos.

2.º Osteotomía cuneiforme. El tamaño de la cuña en su base debe ser proporcional al ángulo de la malposición que se pretende corregir.

3.º Osteotomía arciforme o semicircular, en la que existe un cierto grado de ensamblaje.

4.º Osteotomía en V, en la que el ensamblaje es más estable.

5.º Osteotomía en escalón: Muy in-

dicada en desviaciones graves postfracturarias.

6.º Osteotomías cuneiformes con ensamblaje contralateral de la cuña extraída, con el fin de contrarrestar acortamientos.

7.º Osteotomías derrotadoras, como la del tipo de O'DONOCHUE.

#### B) *Osteotomías correctoras de longitud:*

Adquieren diversas formas transversas, oblicuas en escalera, dependiendo si se trata de obtener acortamientos o alargamientos.

En estos dos tipos de osteotomías, hasta la consolidación total de fractura que con la intervención provocamos, se van a precisar de elementos auxiliares de fijación, ya sea interna, con los más variados elementos de osteosíntesis, o bien con una inmovilización externa enyesada, que provocan la permanencia de la corrección hasta el momento de la total consolidación la cual nos permita iniciar la carga, rehabilitación y recuperación funcional.

Es por esta circunstancia que de siempre ha existido una laudable tendencia a realizar osteotomías estables, verdaderas *trabaduras óseas*, como las denominan KIRSCHNER, CULEKE y ZENKER, ya que con estos procedimientos se consigue mantener en íntimo contacto los huesos, sin cuerpos extraños aloplásticos voluminosos, gracias al encaje o enganche recíproco.

Consecuentemente con estas ideas, nosotros en un caso específico hemos planeado una intervención de la que no conocemos antecedentes de una resolución similar.

M. V. S. 24 años. Varón soltero, profesión fotógrafo ambulante.

Hace tres años sufre accidente de motocicleta al derraparle en una curva, produciéndose grave fractura abierta, conminuta y desviada de tercio medio a inferior de tibia y peroné izquierdos, con grandes destrozos de partes blandas. Tuvo colocada tracción continua con estribo de Kirschner y sometido a curaciones muy prolongadas, produ-

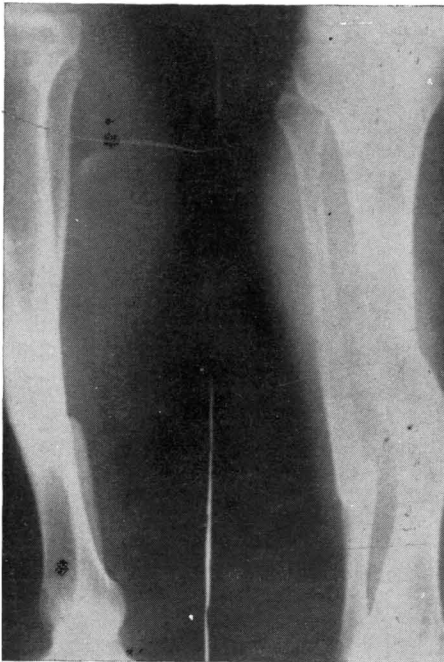


FIG. 1

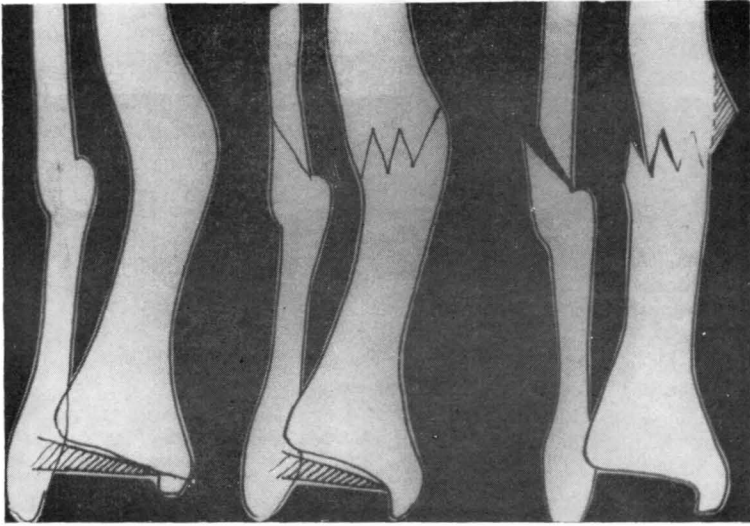


FIG. 2

ciéndose infección del foco fracturario de carácter atenuado. Hizo, según nos cuenta, una consolidación retardada, teniendo que permanecer más de cinco meses en la Clínica donde fue atendido de urgencia.

Los trastornos de piel fueron tan importantes y prolongados que unos meses después fue remitido a centro regional de cirugía estética, en donde le fue practicado injerto cruzado que prendió con ciertas dificultades.

Al cabo casi de los diez a doce meses del accidente es cuando pudo iniciar la deambulación más normalizada.

La situación de su fractura en 12 de enero de 1976, se puede apreciar la consolidación conseguida, sobre la base de una evidente deformidad radiográfica, (Fig. 1, radiografía.) que en su aspecto externo se ve aumentada por el almohadillado externo del grueso injerto dérmico colocado.

De todos modos la fractura, ya consolidada, es estable e indolora a nivel de tibia, pero, a medida que va transcurriendo el tiempo, y por la repercusión distal creada por la desnivelación de la mortaja tibioastragalina, se está creando un síndrome doloroso creciente progresivo, con cansancio muscular y calambres de gemelos, e incapacidad a la deambulación, que va en aumento. Los síntomas de dolor más intensos están referidos a la región submaleolar tanto interna como externa originados seguramente por estira-

mientos forzados y permanentes de los ligamentos del tobillo.

En esta situación de dolor e incapacidad progresiva acude (fig. 2, dibujo) a nuestra

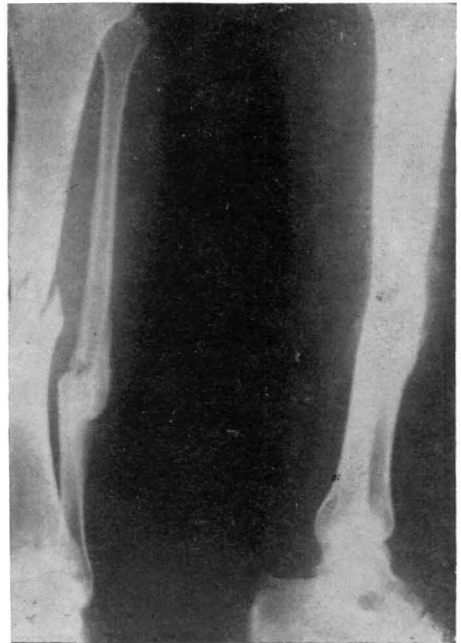


FIG. 3

consulta en búsqueda de posible solución.

A la vista de deformidad pronunciada y síndrome doloroso del tobillo planeamos, según un "fantoma" una osteotomía dentada, y mediante traslación lateral, conseguimos (fig. 3):

a) Un ensamblaje a presión de los extremos de osteotomía.

b) Una corrección de la deformidad tibial tan pronunciada.

c) Una corrección suficiente del varismo del techo de la mortaja astragalina.

d) Se ha evitado toda suerte de osteosíntesis.

e) La inmovilización enyesada en calza alta ha sido la única precaución exterior, habiendo iniciado deambulacion al mes de la intervencion con desaparicion del síndrome doloroso articular.

Bien es verdad que podíamos haber realizado una osteotomía cuneiforme supramaleolar, pero en tal caso no hubiéramos conseguido aminorar la deformidad diafisaria, o tal vez la hubiéramos aumentado.

Como quiera que es un método útil en específicas y determinadas circunstancias, y no hemos encontrado referencias o sistemas similares de acción terapéutica de las osteotomías diafisarias de tibia, es nuestro deseo hacer esta aislada comunicación, por si a alguno puede ser útil esta idea en beneficio exclusivo de sus enfermos.

#### BIBLIOGRAFIA

GARTLAND (1966): *Ortopedia*. Edit. Interamericana.

MAX LANCE (1968): *Tratado de cirugía ortopédica*. Edit. Labor.

KIRSCHNER, GULEKE, ZENKER (1965): *Tratado de técnica operatoria general y especial*, t. 1, 1.<sup>a</sup> parte, y t. 10, 2.<sup>a</sup> parte. Edit. Labor.

CHAPCHAL y WAIGAND (1973): *Terapéutica Ortopédica*. Edit. Salvat.

CAMPBELL (1967): *Cirugía Ortopédica*. Ed. Lutes. Médica.