

# DOBLE COALICIÓN TARSAL BILATERAL

## UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE



MARIA JULIA HERNANDO ESCUDERO\*; DAVID RALUY COLLADO\*\*, GABRIEL PIZA VALLESPIR\*\*, LIVIU ARDELEAN ARDELEAN\*\*, ALBERTO JESUS RUIZ TORO\*

\* Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

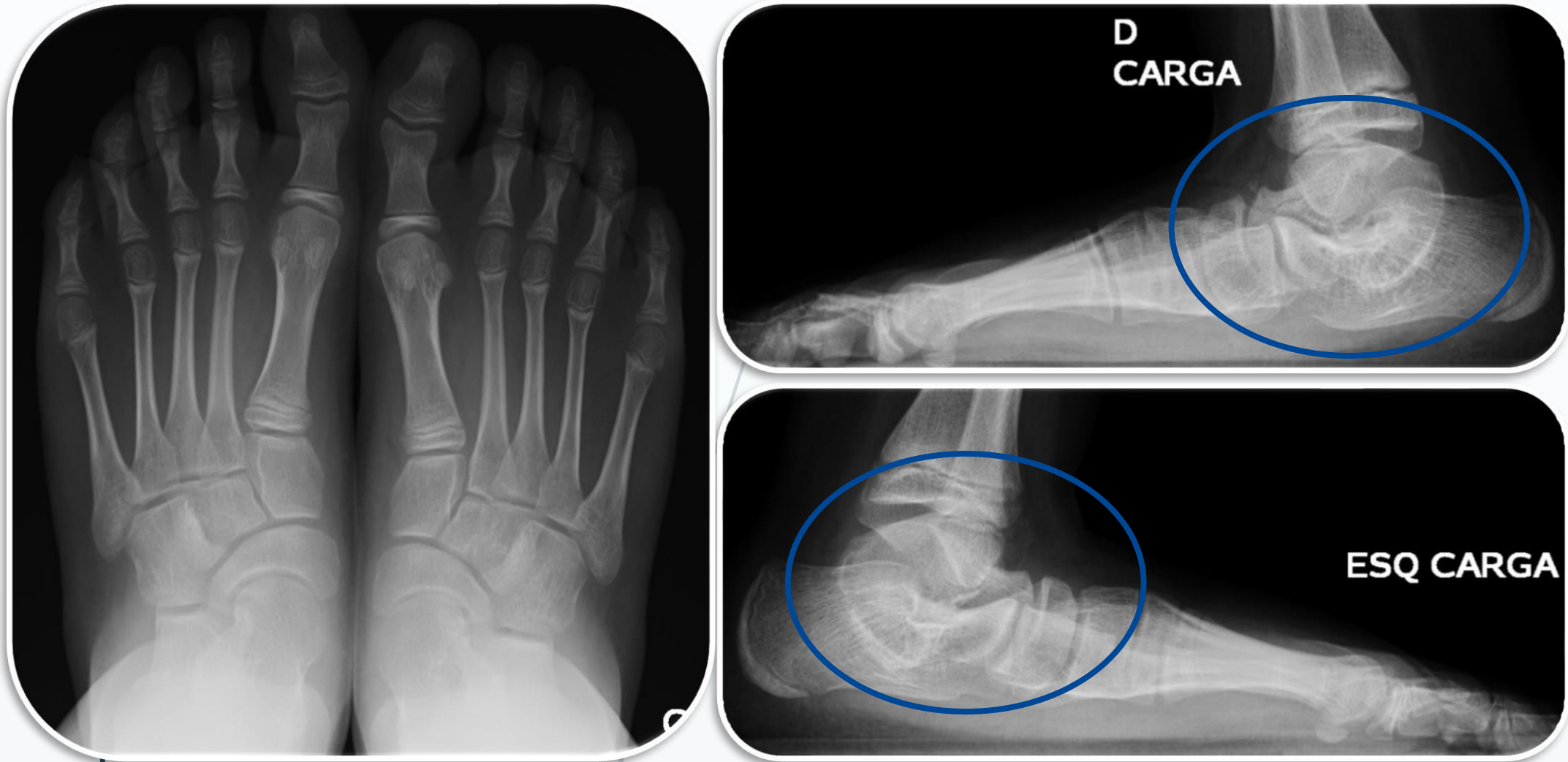
\*\* Hospital Universitario Son Espases. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Infantil

Son Espases  
hospital universitari

### OBJETIVOS

Exponer un caso poco frecuente y el tratamiento que realizamos del mismo.

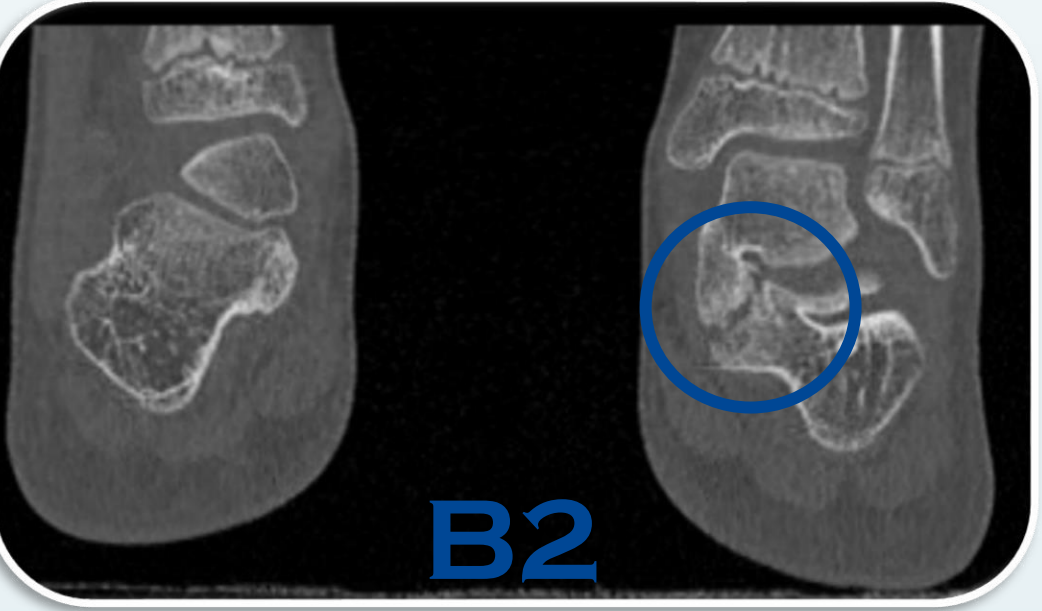
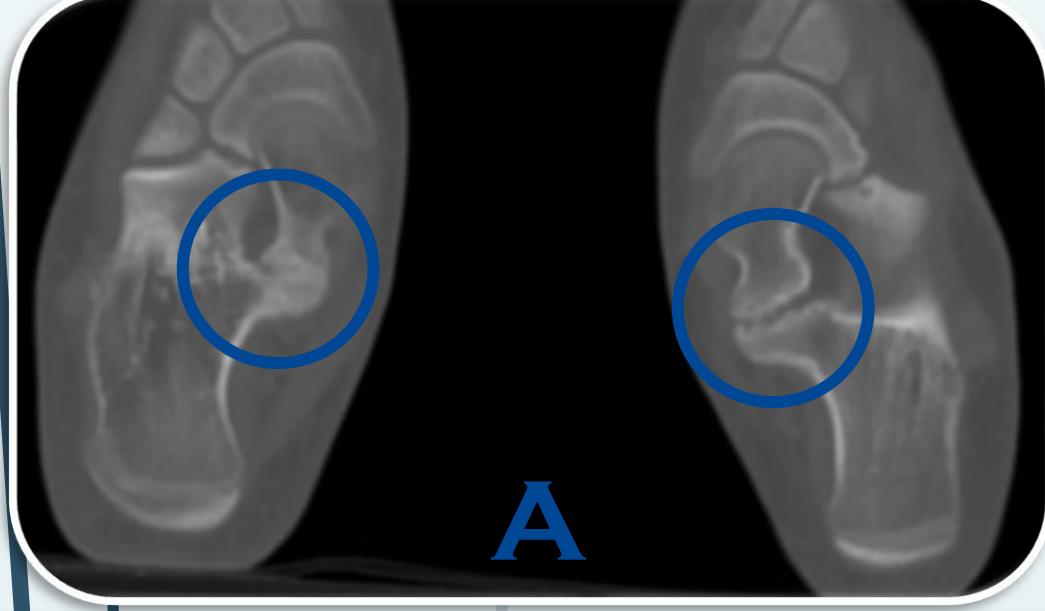
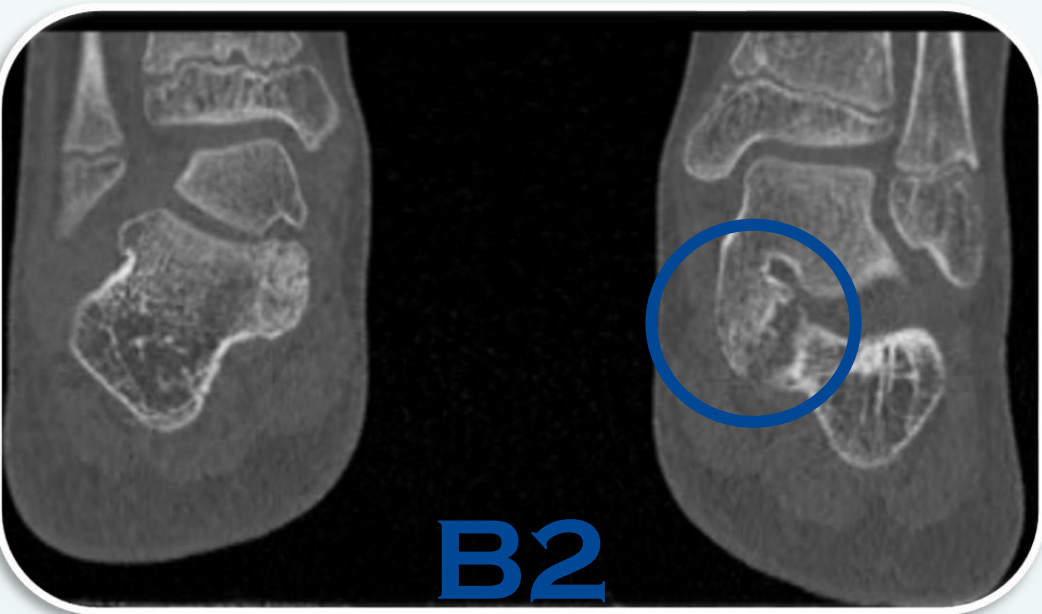
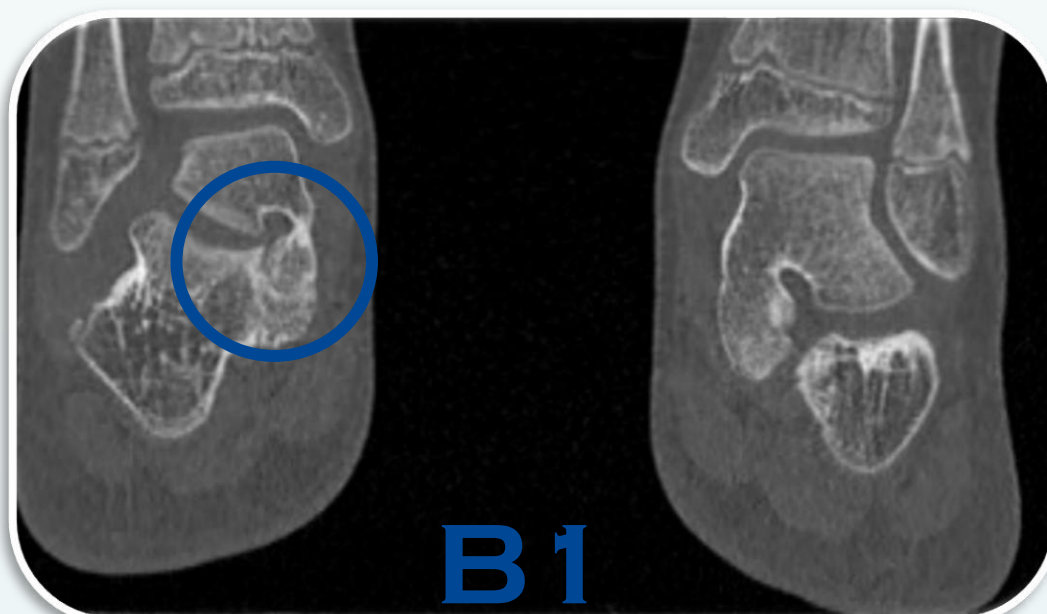
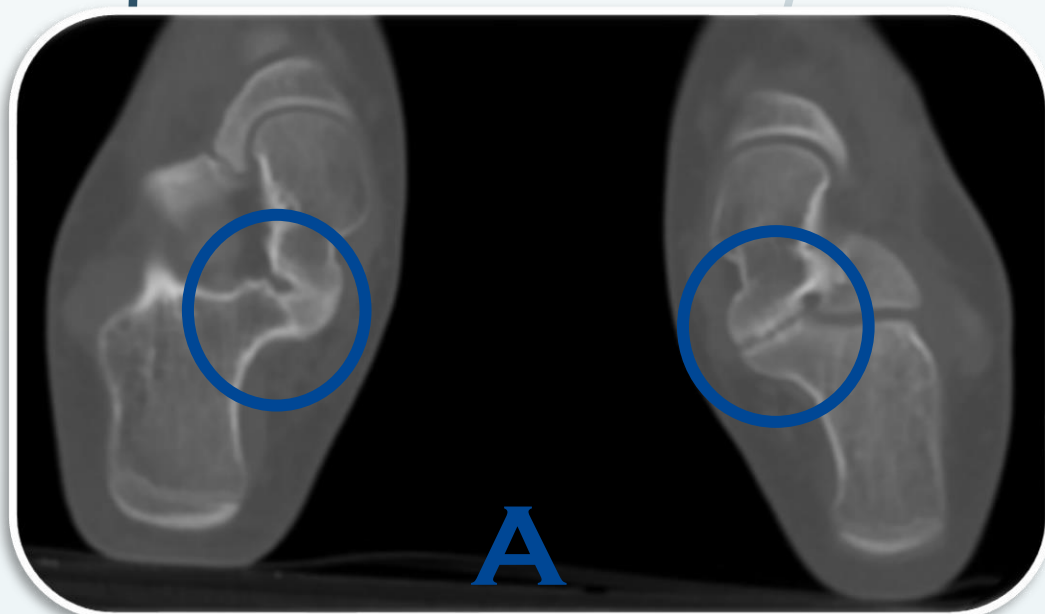
### MATERIAL Y METODOLOGÍA



Radiografía donde se observa en la proyección lateral el Signo de la "C" indicativo de coalición subastragalina

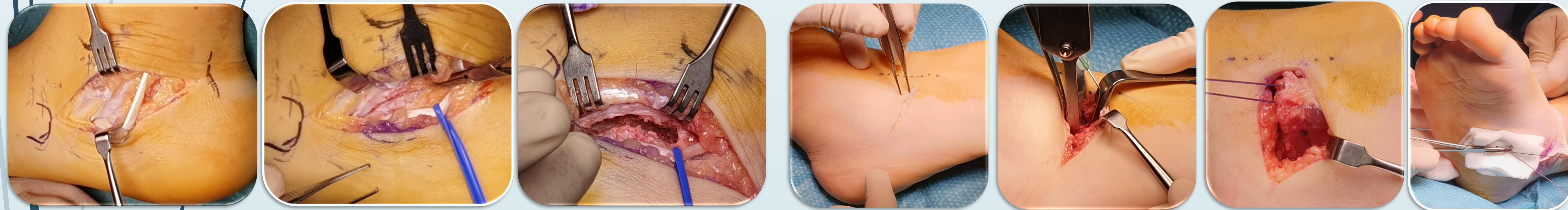
Niña de 10 años que consulta, por dolor en cara medial y plantar de ambos tobillos, presentando pies planos valgus rígidos con limitación a la movilidad de retropié.

Ante la sospecha clínica y radiográfica de coalición tarsal se realizó TAC que mostró: coalición fibrosa calcáneo-escafoidea bilateral y subastragalina ósea derecha y fibrosa izquierda. Se inició tratamiento conservador con plantillas varizantes y soporte de arco longitudinal medial durante 9 meses. Al persistir los síntomas, sobre todo del izquierdo, se decidió tratamiento quirúrgico.



TAC donde se observa la coalición subastragalina bilateral: A) cortes transversales; B1) cortes coronales coalición ósea derecha; B2) cortes coronales coalición fibrosa izquierda  
TAC donde se observa la coalición calcáneo-escafoidea bilateral: C1) derecha; C2) izquierda

### RESULTADOS



Se realizó resección de la astragalocalcanea, mediante abordaje medial centrado en sustentaculum tali desde tuberosidad del escafoides hasta tendón aquileo, utilizando fresa de alta velocidad e interponiendo tejido graso autólogo periaquileo.

Posteriormente se resecó la calcáneo-escafoidea, mediante abordaje sobre el seno del tarso prolongado hacia el escafoides, utilizando escoplo, gubia y pinza Kerrison para aquellos fragmentos plantares profundos. Se interpuso el músculo pedio mediante sutura tipo Krakow y fijación medioplantar con botón.

Se inmovilizó con bota de fibra de vidrio durante 1 mes en descarga, posteriormente se inició tratamiento rehabilitador. Tras 7 meses de seguimiento, la paciente se encontraba asintomática, con movilidad subastragalina completa, permitiendo entonces la actividad deportiva. Según el plan inicial, al año postquirúrgico, se realizó la misma intervención del pie derecho.

### CONCLUSIONES



Anomalia congénita con unión entre 2 o más huesos del tarso que suele dar clínica al completar la osificación: dolor en seno de tarso, limitación de la movilidad de retropié y/o mediopié y pie plano rígido doloroso. Es importante la realización de un TAC para confirmar la coalición, estudiar su morfología y detectar otras asociadas. Existen pocos casos de coaliciones múltiples y menos aún bilaterales, excepto cuadros sindrómicos como: sinostosis múltiple, Síndrome de Apert, hemimelia peronea, etc. Si persiste el dolor tras tratamiento conservador, es <50% de la articulación subtalar y no presenta artrosis, la resección quirúrgica e interposición de tejido autólogo presenta buenos resultados. En aquellos casos en los que la resección fracasa, el diagnóstico es tardío, presenta gran alteración del eje y artrosis, sería conveniente valorar la artrodesis subastragalina o triple.

C O N G R E S O

secOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA