

PATOLOGÍA DE LOS PERONEOS

Hospital «Miguel Servet».
ZARAGOZA

Dr. J. MARTÍNEZ VILLA

La patología de los tendones peroneos está íntimamente ligada al síndrome találgico, del que casi siempre forma parte en mayor o menor grado, siendo más rara su afectación aislada.

Cuando hablamos de la patología de los peroneos nos referimos exclusivamente al peroneo lateral corto y al peroneo lateral largo, pues aun cuando el peroneo anterior se inserta también en el peroné y base del V metatarsiano, y tiene una acción pronadora sobre el pie, su situación en la región anterior de la pierna y el no poder contraerse independientemente del extensor común de los dedos, del que viene a ser un auxiliar poderoso, hacen que su patología tenga unas características diferentes.

Anatómicamente los peroneos laterales pasan por detrás del maléolo peroneo, reflejándose según una curva de concavidad anterior. En la cara externa del calcáneo están separados por su apófisis troclear o tubérculo de los peroneos: el peroneo corto pasa por encima y termina insertándose en la apófisis estiloides de la base del V metatarsiano. El P.L.L. pasa por debajo del tubérculo de los peroneos, se refleja sobre el cuboides y termina sobre el tubérculo externo de la base del I metatarsiano y sobre los huesos vecinos.

Durante su trayecto son mantenidos en posición por el ligamento anular externo del tarso: en su parte superior forma un

canal osteofibroso común a los dos peroneos; en su parte inferior, el tubérculo de los peroneos y el ligamento delimitan dos correderas, una para cada tendón; la vaina serosa de los peroneos, común para los dos tendones en su parte superior, se divide en su parte inferior en dos prolongaciones que acompañan a cada tendón (existe además una vaina sinovial plantar para el PLL).

Desde el punto de vista funcional, el PLL es flexor plantar, actuando sobre el borde interno. La contracción sinérgica con el tríceps, provoca la extensión directa del pie. Así mismo es abductor y pronador, descendiendo la cabeza del I metatarsiano, y mantiene el arco plantar (fig. 1).

El PLC es abductor y pronador directo, llevando la punta hacia fuera con más fuerza que el PLL. Si el pie está inicialmente en flexión plantar o flexión dorsal, la contracción del PLC lo lleva a la flexión intermedia.

La acción de los peroneos es importante en el curso de los fenómenos de estabilización y propulsión durante la marcha. Ellos son solicitados con el pie a plano sobre el suelo, por la translación lateral del centro de gravedad por dentro de la zona de apoyo; así mismo, durante la elevación activa del apoyo calcáneo necesaria para la propulsión, contrarrestan el efecto de inversión del tríceps. Por últi-

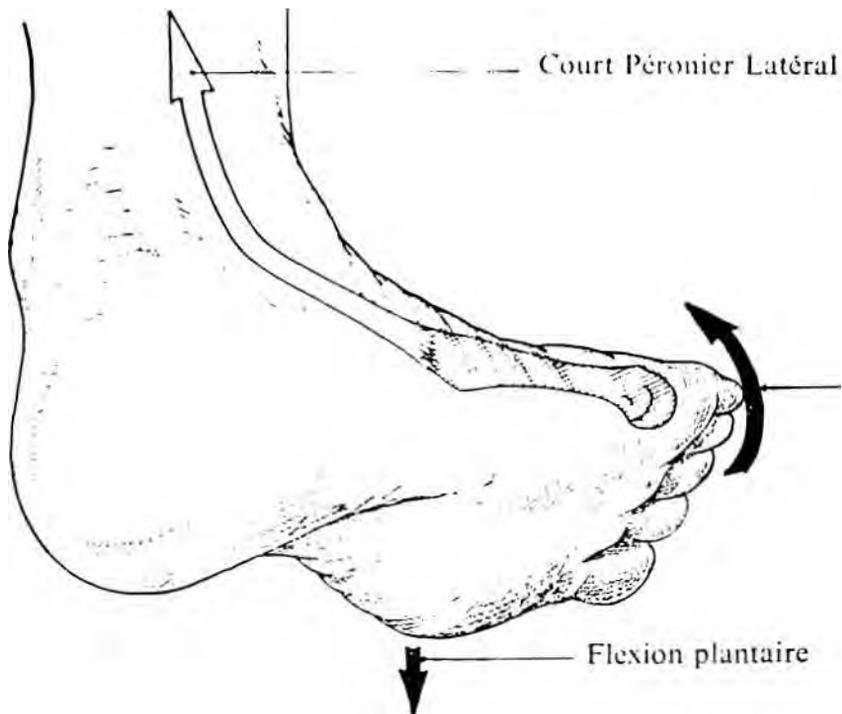
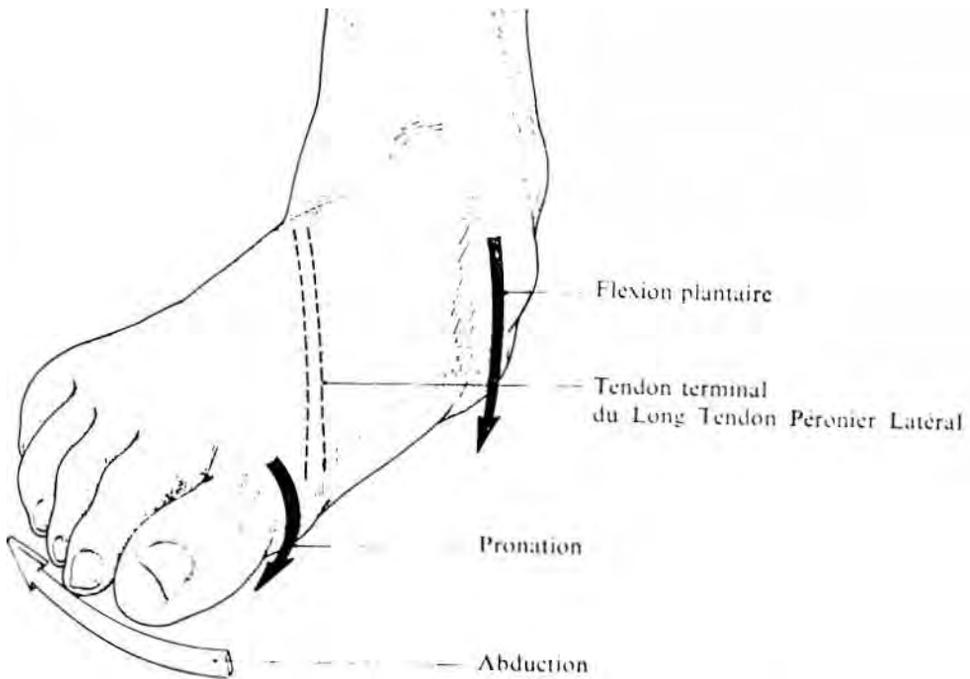


Fig. 1: *Fisiología de los peroneos según KAPANDJI.*

PATOLOGIA DE LOS PERONEOS

INFLAMATORIA

- T. SUPURADAS
- T. TUBERCULOSAS
- T. REUMATICAS

TRAUMATICA

- ROT. TENDINESAS
- LUX. TENDINESAS
- T. ESTENSANTES
- S. FISURARIO

SECUNDARIAS

- ALT. ESTATICAS
- ALT. DINAMICAS

mo, la inserción distal del PLL sobre el 1 metatarsiano empuja fuertemente a este último contra el suelo, permitiendo a la impulsión propulsora ejercerse sobre el triángulo falangiano anterior.

En cuanto a la patología de los peroneos podemos dividirla en tres grandes grupos: inflamatoria, traumática, y secundaria a alteraciones estáticas y dinámicas de los miembros inferiores (cuadro 1).

No entraremos en detalle en cuanto a la clínica y tratamiento de las tenosinovitis supuradas y tuberculosas, que no se diferencian de los de otras localizaciones.

TENOSINOVITIS REUMÁTICAS

Las lesiones de las vainas sinoviales son alteraciones frecuentes en la artritis reumatoideas, que muchas veces pasan inadvertidas porque la clínica, con frecuencia, no es muy expresiva. En el 2,2 % de los casos, la tenosinovitis de extensores y peroneos constituye la primera manifestación de la enfermedad.

A nivel del tobillo, las lesiones tenosinoviales predominan en el lado externo, ya que con frecuencia existe una contractura de la musculatura peronea que provoca, junto con la debilidad de la tibial, el valgo de talón.

La clínica se caracteriza por una tumefacción de las vainas sinoviales peroneas retromaleolares, con luxación o subluxación de los tendones.

Además del tratamiento de base de la A. reumatoide, pueden ser útiles las infiltraciones peritendinosas con corticoides, evitando su inyección entre las fibras tendinosas.

A diferencia de lo que ocurre en la mano, son muy raras las roturas tendinosas en el pie.

En las otras formas de reumatismos inflamatorios crónicos (espondilitis anquilosante, reumatismo psoriásico y S. de FIESSINGER-LEROY-REITER) la afectación de

las vainas sinoviales y tendones del pie son mucho más raras.

En la E. de BOUILLAUD y en el reumatismo infeccioso subagudo del adulto, la afectación de las articulaciones y tendones del tarso pueden dar lugar a un pie plano secundario post-inflamatorio.

ROTURAS TENDINOSAS

Este tipo de lesión es poco frecuente a cielo cerrado. La rotura del PLL ha sido descrita por BURMAN.

En cuanto a su patología pueden distinguirse dos tipos: ciertas roturas son el resultado de una contracción muscular excesiva, ocurriendo sobre todo en sujetos jóvenes y deportistas; otras son secundarias a un traumatismo único o a microtraumatismos repetidos, pudiendo producirse después de un intervalo más o menos largo, con ocasión de un movimiento brusco de pequeña amplitud.

LUXACIÓN RECIDIVANTE DE LOS PERONEOS

Los tendones laterales pueden desplazarse de su canal por diversas causas, saltando por encima del maléolo externo. Su reposición es muy sencilla, pero la recidiva es constante si no se aplica de inmediato un tratamiento adecuado.

Luxación congénita de los peroneos: La luxación congénita, generalmente bilateral, es rarísima. Su mecanismo de producción es en realidad traumático, pero se asocia a una malformación congénita predisponente. Así, se consideran como congénitas las luxaciones en las que encontramos un surco muy aplanado, estrecho o sin tabique interperoneo, una distensión o atrofia de la vaina y también aquellas en las que hallamos una hipertrofia evidente de los tendones peroneos.

Estos pacientes no experimentan trastornos llamativos. Suele tratarse de niños en edad escolar, en los que la lesión ha pa-

sado inadvertida durante algún tiempo, y que acuden a la consulta por experimentar crujidos en el tobillo y sensación de inestabilidad en el pie.

Luxaciones traumáticas de los peroneos: Se trata de lesiones raras (1 cada 300.000 traumatismos), pero que constituyen una carga para muchos deportistas (esquí, atletismo, tenis, danza...).

El mecanismo directo es excepcional. Habitualmente se trata de un traumatismo indirecto cuyo factor esencial es la dorsiflexión del pie combinada sea a un movimiento de aducción que provoca una contracción refleja de los peroneos, sea a una abducción brusca que desplaza el cuboides hacia afuera y con él al PLL. Se produce entonces la rotura de la cinta de contención ligamentaria, bien por desinserción del maléolo externo o bien por arrancamiento. Esto permite que los tendones escapen por delante del canal retromaleolar externo. Los tendones vuelven a su sitio en la flexión plantar, pero el defecto de contención expone a la recidiva de la luxación.

Clínica: El cuadro clínico recuerda al de un esguince. El paciente presenta un dolor vivo postraumático maleolar externo que se acompaña a veces de un chasquido.

La exploración descubre a nivel de la cara externa del tobillo, una tumefacción a menudo equimótica. Puede orientarnos hacia el diagnóstico de luxación, el hallazgo de una equimosis importante que asciende por la vaina de los tendones peroneos.

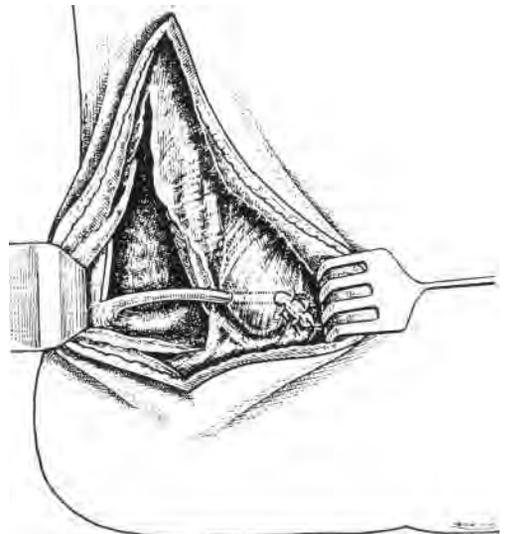
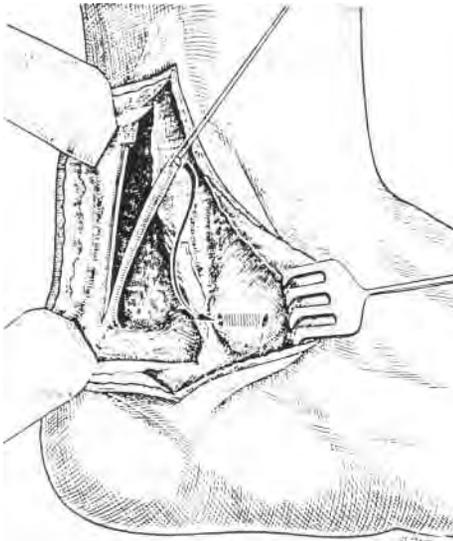


Fig. 2: Técnica de ELLIS JONES (tomado de la E.M.Q.).

En realidad, el diagnóstico es, difícil. Hay que intentar luxar los tendones, cosa que no siempre es posible: en caso de sospecha, repetir el examen algunos días después, una vez que haya cedido el edema, buscando una cuerda tendinosa por delante del maléolo externo al dorsiflexionar el pie.

Cuando la luxación se hace recidivante, el paciente suele consultar por fenómenos dolorosos e inexplicables del tobillo, o bien por una inestabilidad del tobillo con o sin dolor. También puede consultar por notar un resalte tendinoso al pasar de la flexión plantar a la flexión dorsal. El interrogatorio suele encontrar antecedentes de un esguince de tobillo más o menos grave en los meses precedentes o esguinces de repetición. La exploración será bilateral, buscando una excepcional luxación contralateral, y tratará de reproducir la luxación en flexión dorsal y eversión del pie. En este estado el diagnóstico es fácil. Se practicará un examen radiológico buscando un pie plano-valgo y, sobre todo, radiografías dinámicas para descartar la asociación de una inestabilidad tibiotarsiana y subastragalina.

Tratamiento: Tratamiento conservador. Aunque se discute su eficacia, podemos ensayarlo en luxaciones recientes: después de reducir la luxación, se contiene mediante un vendaje elástico con el pie en equinismo durante cuatro semanas.

Ante el fracaso de reducción incruenta o en las luxaciones recidivantes, debemos recurrir al tratamiento quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico: Las numerosas técnicas descritas pueden dividirse en tres grupos:

- Reconstrucción de la cincha de contención ligamentosa con o sin plastia, sutura simple borde a borde (EXNER); reconstrucción según técnica de LANDELONGUE, rebatiendo hacia atrás un colgajo perióstico; plastia con ayuda de fibras del tendón de Aquiles (ELLIS JONES), fig. 2; reparación de la corredera por reinserción transósea de la

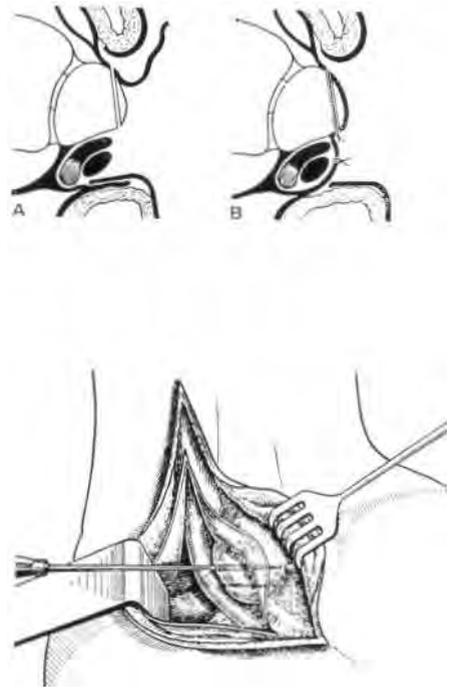


Fig. 3: *Reparación de la corredera fibrosa según MEARY. A) Corte horizontal a nivel de los canales transóseos. B) Corte horizontal de la reparación efectuada. C) Preparación de los canales transmaleolares. (Tomado de la E.M.Q.)*

cápsula según el principio de la técnica de Bankart utilizado en la luxación recidivante de hombro (MEARY), fig. 3; finalmente, mencionar la utilización del palmar mayor (LEXER y EDEN) y fascia lata (HAUSER).

- Intervenciones sobre el maléolo externo: excavación simple del surco retromaleolar; constitución de un tope

En caso de inestabilidad tibiotalar y subastragalina, comprobadas radiológicamente, la plastia con PLC desdoblado, a la vez que realiza una estabilización tibiotalar y subastragalina actúa como elemento de contención de los peroneos laterales.

La mayor parte de las intervenciones precisan de una inmovilización postoperatoria con botín de yeso deambulatorio durante tres o cuatro semanas. Es fundamental la reeducación propioceptiva postoperatoria.

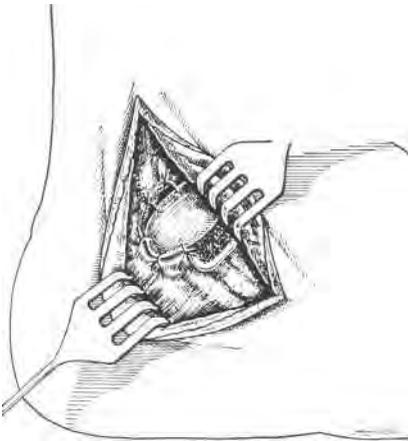
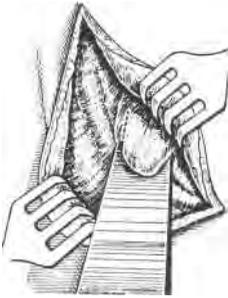


Fig. 4: Técnica de WATSON JONES. (Tomado de la E.M.Q.).

óseo (WATSONJONES, KELLY) o incluso de un tope atornillado (DU VRIES) figs. 4 y 5.

-Técnicas mixtas, que actúan sobre el maléolo y sobre la vaina fibrosa.

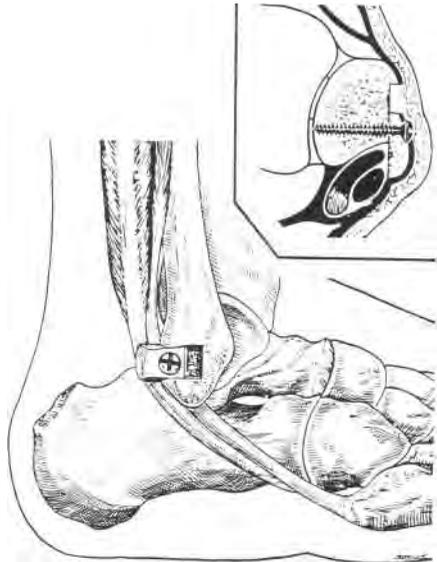


Fig. 5: Técnica de DU VRIES. (Tomado de la E.M.Q.).

TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DE LOS PERONEOS

Aunque son más raras que en la mano, son las más características de las sinovitis del pie.

El examen anatómo-patológico pone en evidencia, en la casi totalidad de los casos, signos de tenosinovitis crónica con engrosamiento de la pared, infiltración hemática y presencia de depósitos de fibrina, tejido fibroso y también tejido cartilaginoso. Esta forma estenosante (equivalente histológico de la E. de De Quervain) ha sido individualizada de las formas exudativas, que fueron las primeras en ser descritas.

Suele manifestarse por un empastamiento doloroso bajo el maléolo externo y en la cara externa del calcáneo, que empeora con la marcha y bipedestación, y mejora con el reposo. El dolor local suele irradiarse por la cara externa del pie. El examen clínico constata su desplazamiento con los movimientos del pie, siendo éstos moderadamente dolorosos. El movimiento del pie en valgus contra resistencia despierta dolor agudo.

La evolución crónica conduce a una incapacidad más o menos marcada.

Etiología: Pueden aparecer tras un golpe directo, movimientos repetidos de flexo-extensión del pie (ciclistas, corredores), por una compresión sobre la cara externa del calcáneo (calzado mal adaptado), tras fracturas de calcáneo (talámicas y del proceso troclear), así como en trastornos estáticos del pie (pie plano-valgo importante y pie plano contracturado).

Diagnóstico: La luxación de los peroneos puede descartarse con facilidad. Antes de afirmar el carácter aislado de la tenosinovitis, se impone realizar un completo examen clínico, analítico y radiológico para eliminar las tenosinovitis tuberculosas y las reumatoideas.

Tratamiento: El tratamiento médico consiste en reposo en cama, pudiendo ser necesaria la inmovilización con yeso. Se asocian antiinflamatorios por vía general y sobre todo local (infiltración con corticoides). La electroterapia puede ser útil, el tratamiento quirúrgico está indicado en casos de recidiva o de fracaso del tratamiento médico correctamente realizado. Se realizará una sinovectomía después de abrir la vaina de los peroneos, que será cuidadosamente reconstruida si queremos evitar la aparición de una luxación secundaria. Se efectuará sistemáticamente el estudio histopatológico de la sinovial.

SÍNDROME FISURARIO DE LOS TENDONES PERONEOS

Este síndrome consiste en la aparición de fisuraciones tendinosas en los peroneos con vaina intacta.

Cursan con dolores externos de tobillo, a veces asociados a una inestabilidad o a una luxación recidivante de los tendones peroneos.

El diagnóstico puede ser confirmado además de la visualización directa peroperatoria, por una tenografía opaca.

Si la intensidad de los trastornos plantea una intervención quirúrgica, el único tratamiento a realizar es la reconstrucción tendinosa mediante sutura.

Queda por establecer el cuadro nosológico de este síndrome: ¿tendinitis, enfermedad reumática de comienzo? La observación de fisuraciones en el curso de luxaciones recidivantes hace pensar en microtraumatismos locales repetidos.

TENDONES PERONEOS E INESTABILIDAD DEL TOBILLO

Los tendones peroneos juegan un papel fundamental en la estabilidad de la tibia -

tarsiana y de la subastragalina. Esta estabilidad está asegurada por un trípode indisociable: ligamentos (lateral externo y ligamento en H), músculos peroneos laterales largo y corto, y elementos propioceptivos.

Así, MEYER ha demostrado por estudio E.M.G. en pacientes con S. del seno del tarso (lesiones antiguas del ligamento en H), que existe una anomalía del funcionamiento automático de los músculos peroneos durante la marcha. El autor cree que la sensación de inestabilidad que tenían los pacientes, estaba relacionada con lesiones antiguas del ligamento en H, por modificación de la información depen-

diente de los receptores propioceptivos articulares de esta región. Además, después de la inyección de anestésico local se produce una movilidad fisiológica del pie y una normalización del paso.

Ante toda inestabilidad del tobillo, la reeducación de los peroneos laterales debe ocupar el primer lugar, tal como preconiza FREEMAN. Se trata de hacer aprender o de reaprender al lesionado, a equilibrar un pie durante las posiciones inestables, recordando las de la marcha por terreno accidentado.

No será sino el fracaso de esta reeducación lo que permitirá sentar la indicación de estabilización externa del tobillo.

BIBLIOGRAFÍA

1. BRAUN, S.: *Les tarsalgies Rhumatismales*. Actualités de Medicine et de Chirurgie du pied. Tomo XII, 22-39.
2. DELPLACE, J., CASTAING, J.: *Prevention et traitement de l'instabilité post-traumatique de la cheville et du pied*. Actualités de Medicine et de Chirurgie du pied. Tomo XI, 311-316.
3. DENIS, A., FROIN-DENCAUSSE, M.: *Tarsalgies post-traumatiques*. Actualités de Medicine et Chirurgie du pied. Tomo XII, 13-21.
4. MEARY, R., TOMENO, B.: *Luxation recidivante des tendons péroniers*. Techniques Chirurgicales. Encyclopedia Medico Chirurgicale.
5. MEYER, J. M.: *Arthrographie et examen Electromyocinesigraphique*. Chivelle et medicine de reeducation. Ed. Masson, 1982, 26-27.
6. VIDAL, J., ORST, G., REBOUL, C.: *Pathologie des tendons peroniers*. Cheville et medicine de reeducation. 209-215. Ed. Masson, 1982.
7. VILADOT, A.: *Diez lecciones sobre patología del pie*. Ed. Toray, S.A., 1979.