

8. Mosier- La Clair S, Pomeroy G, Manoli A. Intermediate follow-up on the double osteotomy and tendon transfer procedure for stage II posterior tibial tendon insufficiency. *Foot and ankle. 2001;Int* 22-83.
9. Bluman EM, Title CI, Myerson MS. Posterior tibial tendon rupture: A refined classification system. *Foot Ankle Clin. 2007;12(2):233-49.*
10. Raikin SM, Winters BS, Daniel JN. The RAM classification: A novel, systematic approach to the adult-acquired flatfoot. *Foot Ankle Clin. 2012;17(2):169-81.*
11. Irvin OH, Williams B, Ellis S, Joo Kwon D, Deland J. Reconstruction of the symptomatic idiopathic flatfoot in adolescents and young adults. *Foot Ankle Int. 2011;32(3):225-32.*

Comentario a Doble osteotomía de calcáneo

Commentary Double calcaneal osteotomy

**María Teresa Meléndez Valladar^a, Vicente Vicent Carsi^b,
Juan Manuel Gutiérrez Carrera^c, Xavier Gascó Adrien^d,
Juan Pedro García Paños^e y José Enrique Galeote Rodríguez^{f,*}**

^a Hospital de Guadalajara, Guadalajara, España

^b Hospital La Fe, Valencia, España

^c Hospital Clínico, Valladolid, España

^d Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

^e Hospital La Arrixaca, Murcia, España

^f Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

La aplicación de las osteotomías de calcáneo al tratamiento del pie plano adulto grado II, que aún no ha desarrollado rigidez y cambios artrósicos severos, está mostrando muy buenos resultados clínicos a medio plazo.

La combinación de osteotomías de medialización (Koutsogiannis) y de alargamiento de la columna externa puede actuar respectivamente sobre la valguización del calcáneo y la abducción del antepié, mejorando notablemente la capacidad de corrección de estas técnicas llevadas a cabo de forma aislada.

Aunque las preferencias del cirujano han de prevalecer, probablemente una colocación del paciente en decúbito lateral puede mejorar la exposición y facilitar la colocación de las osteosíntesis.

El orden de ambos tiempos quirúrgicos debe también tenerse en consideración. La osteotomía de Evans tiene tal

capacidad correctora que, si es practicada en primer lugar, puede permitir al cirujano hacer una evaluación objetiva y radioscópica del pie y decidir si es preciso añadir el tiempo de Koutsogiannis, o en su caso también la osteotomía de Cotton, pudiendo evitarse en algunos casos un segundo gesto quirúrgico.

La utilización de aloinjerto en estas osteotomías evita, indudablemente, molestias postoperatorias al paciente, pero también retarda el plazo de integración del mismo, especialmente si se va a utilizar en 2 sitios en el caso de asociar un Cotton. Uno (o 2) pequeños autoinjertos tricorticales de 1 × 1 cm son suficientes para conseguir la distracción, y no suponen una gran agresión, ni consecuencias de importancia. La utilización de distractores de agujas de Kirschner es muy útil aquí para facilitar la colocación y evitar problemas con las pinzas distractoras en la delicada esponjosa del calcáneo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Madridegaleoter@gmail.com
(J.E. Galeote Rodríguez).

La proximidad de las incisiones acrecienta la posibilidad de complicaciones cutáneas y neurológicas (nervio sural) en una zona especialmente propensa a las mismas, por lo que es necesario cuidado extremo de las partes blandas durante la intervención.

No es desdeñable el riesgo de hipercorrección y, especialmente, el de aparición de dolor en la cara externa del pie, aun con un buen resultado radiológico, probablemente en relación con tensión en los tendones peroneos.

La experiencia y el criterio del cirujano son esenciales a la hora de valorar una posible asociación de osteotomías que permita una corrección suficiente, sin olvidar que la cirugía sobre el calcáneo presenta un alto riesgo de complicaciones inmediatas de tipo cutáneo, y tardías en forma de dolor postoperatorio, neuropatías del sural, hipercorrección o síndrome del dolor regional complejo.