



RECIDIVA
RADIOLÓGICA Y
CLÍNICA DE
COALICIÓN TARSAL
ASTRÁGALO
CALCÁNEA

Martínez Sebastián Oscar,
Juliana Alderete.

Centro Diagnostico MON 
La Plata Bs. As. Argentina

Los autores no declaran conflicto de
interés.

dr.martinez-sebastian@outlook.com

Presentación clínica

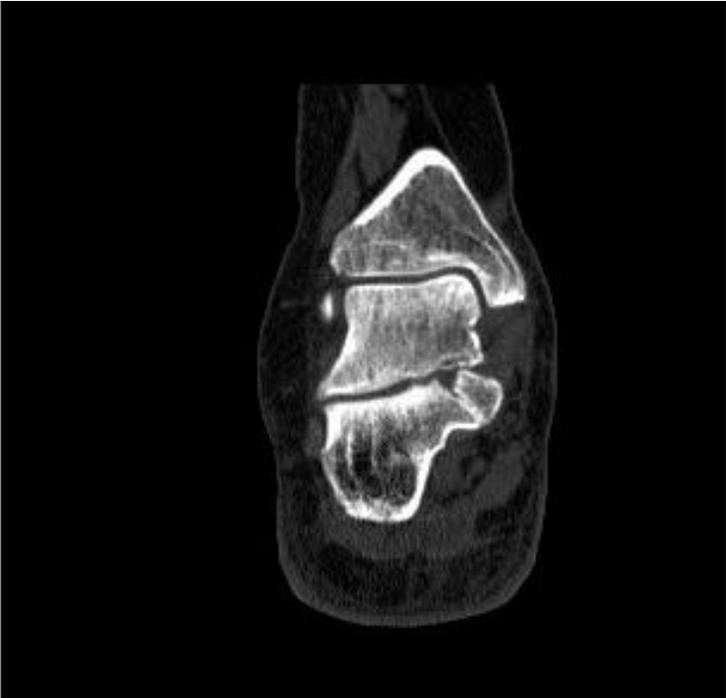
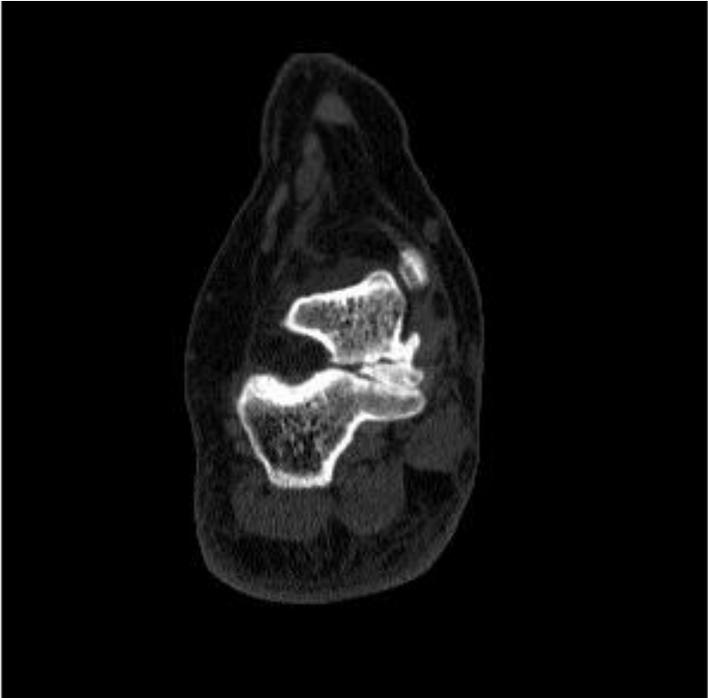
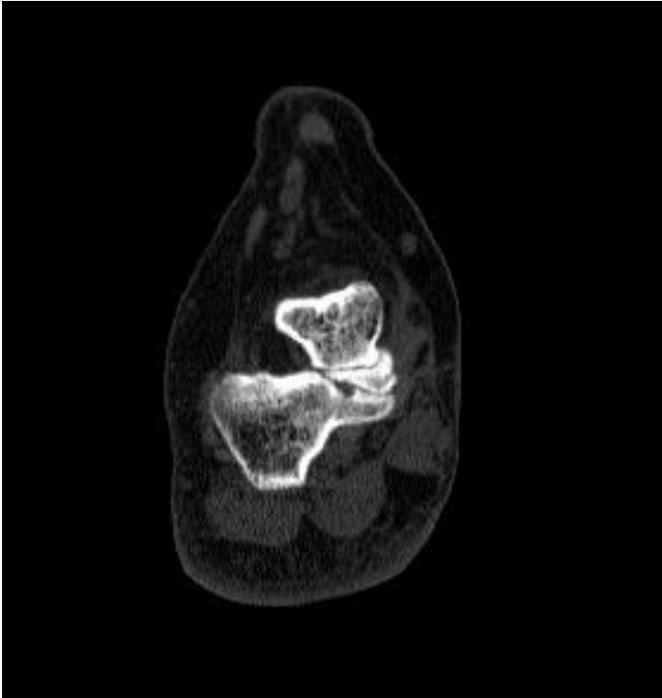
Paciente de 28 años de edad con antecedente de coalición tarsal astrágalo calcánea operada hace un año.

Actualmente presenta dolor tarsal difuso que se exacerba durante la actividad y ante mínimos traumas. Al examen físico el medico derivante destaca dolor a la palpación en sustentaculum tali, dificultad para hacer ejercicio físico, bipedestación prolongada y disminución de la movilidad.

Hallazgos imagenológicos

En base al pedido medico se realiza TC con reconstrucción 3d. El estudio evidencia los signos de osteotomía de la coalición a nivel de la faceta media de la articulación subastragalina y en el lecho de la misma una imagen osificada en forma de cuña en toda la extensión de la osteotomía asociado a fenómenos degenerativos, hallazgos que expresan reosificación de la coalición tarsal astrágalo calcánea.







Discusión

La coalición tarsal tiene una incidencia de 1 al 13 %, las más frecuentes son la calcáneo navicular y la astrágalo calcánea. Sin el uso de TC o RMN, la mayoría de los estudios han estimado una incidencia menor al 2%. No hay datos concluyentes del porcentaje de recidiva de las coaliciones tarsales y hay que tener presente que la recidiva puede ser radiológica y no presentar síntomas clínicos.

Los pacientes con coalición tarsal suelen ser asintomáticos en la primera infancia y en general presente dolor en el retropié y/o mediopié relacionado con la actividad en preadolescencia.

Típicamente la coalición tarsal astrágalo calcánea comienzan causando síntomas alrededor de los 12 a 16 años, en el momento de la osificación de los huesos del tarso.

Los síntomas persistentes, pese a las medidas no quirúrgicas pueden llevar a requerir un tratamiento quirúrgico. Suelen tratarse mediante resección e interposición de tejidos blandos para evitar las recurrencias. Habitualmente se usa como material de interposición músculo extensor corto de los dedos, grasa autóloga del pliegue glúteo o la región abdominal o cera ósea. Sigue siendo controvertido qué material de interposición puede proporcionar el mejor resultado funcional y la tasa de recurrencia más baja.



La coalición tarsal es una de las causas más comunes de dolor tarsal en niños y adolescentes. En este caso vemos una recidiva de la coalición tarsal con síntomas clínicos. Hay que tener presente que no todos los pacientes con recurrencia radiológica presentan síntomas clínicos. La TC y la RM son las técnicas más precisas para el diagnóstico de la coalición y recidiva radiológica.

Bibliografía

- Swensen, S. J., & Otsuka, N. Y. (2015). Tarsal Coalitions – Calcaneonavicular Coalitions. *Foot and Ankle Clinics*, 20(4), 669–679. doi:10.1016/j.fcl.2015.08.001
- Stormont DM, Peterson HA. The relative incidence of tarsal coalition. *Clin Orthop Relat Res* 1983;(181):28–36.
- Klammer, G., Espinosa, N., & Iselin, L. D. (2018). Coalitions of the Tarsal Bones. *Foot and Ankle Clinics*, 23(3), 435–449. doi:10.1016/j.fcl.2018.04.011
- Quinn, E. A., Peterson, K. S., & Hyer, C. F. (2016). Calcaneonavicular Coalition Resection With Pes Planovalgus Reconstruction. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*, 55(3), 578–582. doi:10.1053/j.jfas.2016.01.048
- Lemley, F., Berlet, G., Hill, K., Philbin, T., Isaac, B., & Lee, T. (2006). Current Concepts Review: Tarsal Coalition. *Foot & Ankle International*, 27(12), 1163–1169. doi:10.1177/107110070602701229

