

# revistapodologia .com

N° 79 - Abril 2018



ATENEO INTERNACIONAL  
DE BAROPODOMETRÍA

23 y 24 de Junio del 2018 - Lima, Perú



14° PodoSur 2018

20-22 Oct

Uruguay



Asociación de Técnicos en  
Podología del Uruguay

info@podologos.com.uy - www.podologos.com.uy

**Revista Digital de Podología**

*Gratuita - En español*

# SILICONAS PODOLÓGICAS

innovación y Garantía



**DENSIDAD MUY BLANDA**



**DENSIDAD BLANDA Y ELÁSTICA**



**DENSIDAD MEDIA / DURA**

Laboratorios Herbitas dispone de una gama muy amplia de siliconas para uso podológico. Las más conocidas y usadas son las que utilizan catalizador para su fraguado, **BLANDA BLANDA**, **PODIABLAND** y **SERIE MASTER**, según la dureza que se quiera conseguir.

Fáciles de trabajar, no se pegan a la mano y pueden mezclarse entre ellas. Incluyen componentes exclusivos, como el Biomaster como agente biocida y fungicida y el Hydroxiprolisilane, que actúa como agente reparador de la epidermis.

También disponemos de otros modelos de dos componentes-A+B- que funcionan sin catalizador. La nueva **ORTHOTICA**, un modelo de silicona A+B de más dureza, indicada para ortesis más correctoras y en niños. Por su calidad son exportadas tanto a Europa como a América.



**Herbitas**  
Laboratorios

Alcalde José Ridaura, 27-29 (Pol. Ind. El Moli) · 46134 Foios VALENCIA (Spain)  
export@herbitas.com · www.herbitas.com

# revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 78  
Febrero 2018

**Director**

Alberto Grillo

revista@revistapodologia.com

## ÍNDICE

Pag.

5 - Exploración articular.

*Dr. Podólogo Miguel Guillén Álvarez. España.*

15 - Osteocondromas de la articulación tibioperonea distal.

A propósito de dos casos clínicos solitarios en adultos.

*A. Saldaña Díaz, J.L. Guevara Matamoros, S. Sánchez Herráez,*

*L.r. Ramos Pascua. España.*

**Revistapodologia.com**

**Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.**

Tel: #55 19 98316-7176 (WhatsApp) - Campinas - São Paulo - Brasil.

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

*La Editorial no asume ninguna responsabilidad por el contenido de los avisos publicitarios que integran la presente edición, no solamente por el texto o expresiones de los mismos, sino también por los resultados que se obtengan en el uso de los productos o servicios publicitados. Las ideas y/u opiniones vertidas en las colaboraciones firmadas no reflejan necesariamente la opinión de la dirección, que son exclusiva responsabilidad de los autores y que se extiende a cualquier imagen (fotos, gráficos, esquemas, tablas, radiografías, etc.) que de cualquier tipo ilustre las mismas, aún cuando se indique la fuente de origen. Se prohíbe la reproducción total o parcial del material contenido en esta revista, salvo mediante autorización escrita de la Editorial. Todos los derechos reservados.*

PREMIUM  
QUALITY

NUEVA  
GAMA  
DE EVAS  
DE CALIDAD  
PREMIUM

EVASTAR  
NUEVA GAMA DE EVAS DE CALIDAD PREMIUM

AL MEJOR  
PRECIO

Presentamos la nueva gama de materiales de EVA, **EVASTAR Calidad Premium**. Están diseñados y fabricados con los últimos procedimientos, y las mejores materias primas, con el fin de conseguir la máxima calidad. Calidad Premium. La diferencia se nota en el acabado, pero sobre todo en la calidad del material: mejor memoria, más densidad.

Disponibles en varios grosores y colores, y en liso y perforado.

El material **EVASTAR Rebolastic**, además, es un material innovador de gran memoria, amortiguador, ideal para el forrado de las plantillas, a las cuales proporciona una textura y confort extraordinarios.



[www.herbitas.com](http://www.herbitas.com)

Alcalde José Ridaura, 27-29 (Pol. Ind. El Moli) · 46134 Foios VALENCIA (Spain)  
E-mail: [export@herbitas.com](mailto:export@herbitas.com) · [www.herbitas.com](http://www.herbitas.com)

Herbitas

# Exploración Articular.

Dr. Podólogo Miguel Guillén Álvarez. *España.*

Texto extraído del libro “Lesões nos Pés em Podologia Eportiva” publicado por nuestra editorial.

## El Tobillo

Además de interrogar a los pacientes con problemas en el tobillo acerca del dolor, rigidez, tumefacción, etc., hay que preguntar:

- ¿Tiene fallos en el tobillo?
- ¿Con qué frecuencia y en qué circunstancias?
- ¿Tiene bloqueos del tobillo?
- ¿Tiene la sensación de que algo salta o se sale de su sitio en el tobillo?

## Inspección

Observar el tobillo buscando deformidades, edema, eritema, fístulas o cicatrices.

## Palpación

Comprobar la temperatura de la articulación y compararla con el lado contra lateral.

Buscar zonas sensibles, examinando sistemáticamente:

- La interlínea articular anterior.
- La interlínea y ligamentos laterales.
- La sindesmosis.
- La interlínea articular posterior.
- El ligamento deltoideo.
- La interlínea medial.

Recordar que el ligamento deltoideo es amplio y complejo.

Buscar un derrame, sinovitis, deformidad, prominencias óseas y cuerpos libres.

## Movilidad

En primer lugar pedir al deportista que mueva su tobillo a través de todo el rango de movimiento activo y compararlo con el otro lado, repetir el movimiento de forma pasiva.

Prestar atención especialmente a la pérdida de dorsiflexión dado que ésta es la que más incapacidad puede producir y puede relacionarse con

otros problemas del pie.

- La pérdida de flexión dorsal se ve habitualmente tras un traumatismo pero puede acompañar también a los problemas del tendón de Aquiles a la artritis o al pie plano.

- Un bloqueo real de la dorsiflexión puede deberse a una retracción del tendón de Aquiles, a un pinzamiento anterior de la articulación y a la incongruencia o artrofibrosis del tobillo.

- Si el deportista tiene dolor en la cara anterior o posterior del tobillo, debe descartarse un pinzamiento en la posición en dorsiflexión (sobre todo con el pie en eversión) o en la posición de flexión plantar.

- La infiltración por inyección de un anestésico local puede servir de ayuda.

- Explorar la estabilidad del tobillo utilizando el cajón anterior y las pruebas de stress.

- En la situación traumática aguda, el dolor dificultara la realización de estos tests, en ocasiones si es muy necesario estas maniobras se facilitan inyectando anestésico en los ligamentos lesionados o en el nervio poplíteo lateral.

- Al hacer las pruebas de stress, sujetar el astrágalo a nivel del cuello en lugar del talón, así nos aseguramos de que el bostezo se produce a nivel del tobillo y no en la articulación subastragalina.

- La inestabilidad de la sindesmosis puede ser palpable, generalmente en forma de traslación antero posterior del peroné distal o por un ligero bostezo en valgo del tobillo.

- Al mover la articulación, se reproducen los síntomas que padece el deportista. Esto constituye una guía útil para valorar si los síntomas proceden del tobillo. Si se sospecha que los síntomas se originan en la sindesmosis, puede ser útil el realizar el Test de Squeeze que consiste en la compresión latero medial en la zona media de la pierna, que produce dolor cuando está lesionada la sindesmosis.

## La articulación subastragalina.

Hay que conocer la anatomía y biomecánica de las articulaciones subastragalinas, sus relieves de superficie y su grado de movimiento normal.

Siempre comparar con el otro tobillo, pero hay que recordar que el otro tobillo también puede ser patológico.

### **Observación**

- Observar la forma del retropié y su flexibilidad.
- Buscar tumefacción, especialmente sinovitis en el seno del tarso y el ensanchamiento del retropié que se produce tras una fractura del calcáneo, cicatrices y fístulas.

### **Palpación**

- Comparar la temperatura del retropié lateral con la del lado opuesto.
- Palpar cada una de las facetas buscando sensibilidad, prominencias óseas y sinovitis.
- Palpar el seno del tarso.

### **Movilidad**

- Sujetar el cuello del astrágalo y pedir al deportista que mueva el talón hacia fuera y hacia dentro. Esto debe dar una idea de la movilidad activa.
- Seguir la exploración sujetando el talón con una mano y movilizar pasivamente la articulación.
- Una articulación con excesiva movilidad con frecuencia se asocia a laxitud articular generalizada; una articulación rígida debe sugerirnos una artritis inflamatoria, postraumática o degenerativa, una artrofibrosis postraumática o una coalición tarsiana.
- El dolor en el seno del tarso, especialmente con el stress en varo generalmente se debe a una lesión del ligamento astrágalo calcáneo
- El máximo dolor con el stress en valgo habitualmente se debe a un pinzamiento en el receso peroneo calcáneo tras una fractura del calcáneo o a un síndrome del seno del tarso debido a un retropié en valgo con o sin enfermedad inflamatoria articular.
- El cajón anterior o el stress lateral sujetando el cuello del astrágalo y manipulando el talón ocasionalmente puede ofrecer la impresión de laxitud subastragalina, pero la inestabilidad es difícil de demostrar de manera convincente incluso con proyecciones radiológicas de estrés o artroscopia.
- Al mover la articulación, y reproducir los síntomas que padece el deportista, es una guía útil para conocer si los síntomas se originan en la articulación subastragalina.
- Puede ser de utilidad la infiltración por inyección de un anestésico local en la articulación si alivia los síntomas.

Hay que examinar el seno del tarso cuidadosamente.

- El síndrome del seno del tarso, consistente en dolor y sensibilidad que se alivia con la inyección de un anestésico local con inestabilidad subjetiva del retropié generalmente se debe a una lesión del ligamento ínter óseo astrágalo calcáneo, que puede estar desgarrado, bloqueando la articulación subastragalina, inflamado de forma crónica o fibroso.
- Es necesario recordar que muchos deportistas con problemas en la subastragalina, especialmente después de un traumatismo, también tienen problemas en el tobillo, con mayor frecuencia inestabilidad o sinovitis antero lateral.

### **La articulación mediotarsiana**

Es necesario conocer la anatomía y biomecánica de las articulaciones astragaloescafoidea y calcaneocuboidea, sus relieves de superficie y su rango de movilidad normal.

Siempre comparar con el lado contra lateral, pero hay que recordar que éste también puede ser anormal.

### **Palpación**

- Comparar la temperatura del mediopié con el del otro lado.
- Palpar las articulaciones astragaloescafoidea y calcaneocuboidea buscando sensibilidad, prominencias óseas y sinovitis.

### **Movilidad**

- Sujetar el talón y pedir al deportista que mueva el pie hacia dentro y hacia fuera y de arriba abajo.
- Repetir el proceso sujetando el talón y moviendo el mediopié para estimar el rango de movimiento de la mediotarsiana.

### **Estabilidad**

- La articulación astragaloescafoidea puede ser inestable en el pie plano pero esta inestabilidad es en todas las direcciones y generalmente no es palpable.
- El Test de caída del astrágalo proporciona una estimación de la inestabilidad astragaloescafoidea, en ocasiones se aprecia una inestabilidad calcáneo cuboidea vertical, generalmente con dolor lateral postraumático.
- Al movilizar la articulación, se reproducen los síntomas del deportista y nos es muy útil para saber si los síntomas tienen su origen en la articulación subastragalina.
- El alivio de los síntomas con una infiltración

por medio de la inyección de un anestésico local en la articulación puede resultar útil.

Si el dolor del mediopié no parece proceder de la articulación mediotarsiana, hay que examinar cuidadosamente los tobillos y las articulaciones subastragalina y tarso metatarsiano, los tendones tibial posterior y peroneo lateral largo y la fascia plantar.

### Las articulaciones tarso metatarsianas

Hay que familiarizarse con la anatomía y biomecánica de las articulaciones tarso metatarsiano, sus relieves de superficie, la segunda articulación es algunos milímetros proximal a las otras.

Su rango normal de movimiento es mínimo en el segundo radio, limitado en tercero, moderado en el cuarto y quinto y muy variable en el primero.

Siempre comparar con el otro lado, recordando que éste también puede estar alterado.

### Palpación

- Comparar la temperatura de la región tarso metatarsiana con el lado opuesto.
- Palpar las articulaciones tarso metatarsianas en busca de sensibilidad, prominencias óseas y sinovitis.
- Los osteofitos dorsales de la primera articulación tarso metatarsiana generalmente son ino-cuos pero pueden indicar inestabilidad o artritis.

### Movilidad

- El movimiento activo de las articulaciones tarso metatarsianas casi siempre es cero.
- Sujetar el mediopié y manipular cada metatarsiano hacia arriba y hacia abajo para estimar el rango de movilidad pasiva.
- Se puede movilizar el primer metatarsiano en un plano de varo-valgo.
- Al manipularlo, asegurarse de sujetar la cuña medial con la otra mano, el primer radio es bastante móvil en algunos deportistas pero a menudo la mayor parte de este movimiento se produce en la astrágalo escafoidea o en la escafoidea cuneana.
- Forzar las articulaciones tarso metatarsianas puede dar una impresión de inestabilidad pero esto es raro.
- La radiografía lateral en carga es más informativa, especialmente en el caso de la primera articulación tarso metatarsiana.
- Al mover la articulación, reproduciremos los síntomas del deportista, es útil para averiguar si los síntomas tienen su origen en la tarso metatarsiana.
- La infiltración por medio de la inyección de un anestésico local en la articulación puede resultar útil si alivia los síntomas, debemos utilizar un

intensificador de imagen para asegurar la localización exacta de la inyección.

- Si el dolor del mediopié no parece proceder de las articulaciones tarso metatarsianas, es necesario examinar cuidadosamente las articulaciones subastragalina y mediotarsianas, los tendones tibial anterior y posterior y el peroneo lateral largo y la fascia plantar.

- El pie plano valgo puede tener algo de laxitud a nivel tarso metatarsiano y un dolor sordo en el medio pie que no se reproduce por manipulación de las tarso metatarsianas ni se bloquea con una infiltración.

### Grados normales de movilidad

Rodillas

Flexión normal 130°.

Hiperextensión normal 10°.

Rotación interna normal 30°.

Rotación externa normal 60°.

Ver la existencia o no de Genus.

(Figura nº 10 Genus de rodillas)

Tobillos

Flexión dorsal normal 30°.

Flexión plantar normal 50°.

Inversión normal 20°.

Eversión normal 15°.

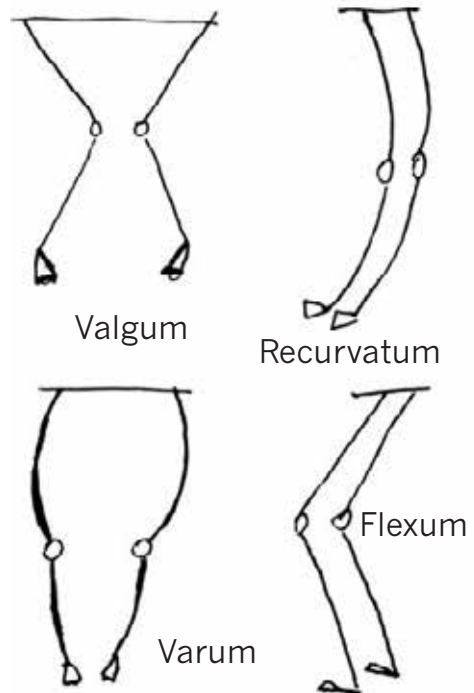
Pies

Abducción normal 25°.

Adducción normal 25°.

Flexión metatarso falángica normal 45°.

Extensión metatarso falángica normal 45°.



Genus de joelhos



COBLENTZ MEDICAL BLADES INDUSTRY



LAMES GOUGES STÉRILES  
STERILE GOUGE BLADES  
LAME PER SGORBIE STERILI  
STERILE HOHLMEISSEL KLINGEN  
HOJAS GUBIAS ESTERILES



ACIER INOXYDABLE  
STAINLESS STEEL



Ser uno de nuestros  
distribuidores en América :  
[contact@cz-mbi.com](mailto:contact@cz-mbi.com)

**CZ-MBI**

49650 ALLONNES - FRANCE  
[www.cz-mbi.com](http://www.cz-mbi.com)  
[contact@cz-mbi.com](mailto:contact@cz-mbi.com)

STERILE R

CE  
0459

# Somos a diferença na podologia!



## LORENS FEET

Exclusivo desodorante 100% natural com poder de inibir a transpiração e esterilizar pés e sapatos.

Combate o mal cheiro proveniente dos fungos e bactérias, liberando um delicioso perfume de cidreira.



## MELALEUCA NANO VETORIZADO:

Sendo pioneiro na podologia com tecnologia nanométrica, de origem australiana, 100% puro e natural.

Tem super penetração atingindo fungos e bactérias com extrema facilidade. Por ser encapsulada sua molécula não oxida, evitando alergias com liberação do ativo prolongado.



## EMOLUX

Emoliente concentrado com poder de remoção das áreas hiperqueratinizadas. Rende até dois litros.



## KARIM

### BASE FORTALECEDORA DE UNHAS:

Enrijece as unhas na primeira passada, pois contém Cálcio, Queratina e D- Pantenol, associados com Cravo, Tomilho e Melaleuca que protegem do ataque de fungos e bactérias.

Esta nova tecnologia que chega ao Brasil, pode ser usado em crianças e gestantes, pois não contém petrolato. Removível com água quente se aplicado puro ou da forma tradicional, utilizando por cima um esmalte de sua preferência.



## ONICO FREE

Contem cinco fungicidas naturais: Melaleuca, Tomilho, Argam Cravo e Menta, o que faz este produto ser o responsável pela cura de todas as

Sua alta concentração de cravo e menta aumenta sua ação



## CURCUMINA

Produto para ser usado com luz azul ou verde. Criado com a tecnologia de nano vetorização.

Suas partículas de cúrcuma, cravo e rosa mosqueta, são de cinco a dez vezes menores que fungos e bactérias.



## HIGILUX

O primeiro antisséptico concentrado na podologia comprovado com teste laboratorial. Rende até cinco litros.



## A.G.E.

### ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS

Loção oleosa, altamente hidratante e cicatrizante. Formulada com óleos vegetais naturais como: girassol, milho e cenoura, Triglicerídeos de cadeia média, Ácidos graxos essenciais, Vitaminas A e E, Lecitina e Alfa Bisabolol.

Age formando uma camada que previne e trata a pele lesada. Ideal para ser usado por pessoas acamadas, que necessitam de uma alta regeneração na pele.

Fone: 11 - 2693.3723 Cel/Whatsapp: 11 - 98390.9070

e-mail: [dermolorens@yahoo.com.br](mailto:dermolorens@yahoo.com.br) [www.dermolorens.com.br](http://www.dermolorens.com.br)

 **Dermolorens**  
Nós tocamos sua vida.

SEJA UM  
REPRESENTANTE  
Lorens

## Lesiones articulares

Las articulaciones son órganos que permiten los movimientos de los huesos entre sí gracias a que los extremos de éstos poseen un revestimiento cartilaginoso. Las estructuras se mantienen en su sitio mediante una cápsula fibrosa reforzada por ligamentos y tendones.

Las superficies internas están revestidas por una membrana sinovial, también presente en las vainas tendinosas, que secreta una sustancia lubricante y que permite el paso, en ambos sentidos, de algunas sustancias.

Generalmente, la lesión que comienza en alguna de las estructuras enunciadas, comprometerá al resto de ellas.

## Lesiones Degenerativas

El uso constante de estructuras móviles lleva al desgaste: las lesiones degenerativas articulares son importantes por su alta frecuencia como las artrosis por sobreesfuerzo deportivo y desgaste óseo.

## Artropatía neurogénica (Artropatía de Charcot)

Es una forma caracterizada por gran destrucción de las estructuras articulares con proliferación de partes blandas.

Se la observa en casos de lesiones de los cordones posteriores de la médula espinal, tales como la siringomielia y la tabes dorsal, que afectan la sensibilidad propioceptiva, lo que determina un mal uso exagerado de las estructuras. Se presenta generalmente en las extremidades inferiores (rodilla, tobillo).

## Quistes Sinoviales

Hay dos tipos de quiste sinovial paraarticular:

el tipo Baker corresponde a una hernia de la membrana sinovial, es decir, se comunica con la cavidad articular, contiene líquido sinovial y tiene revestimiento propio. Frecuentemente se ubica en el hueco poplíteo y se asocia a otras artropatías. El otro tipo es el ganglión: comienza como una involución mixoidea de las partes blandas peri articulares que termina por constituir un quiste con contenido mucoso; por su patogenia, se comprende que carezca de revestimiento propio (sinovial). Se presenta de preferencia en el carpo y dorso del pie.

## Sinovitis (Artritis, Osteoartritis)

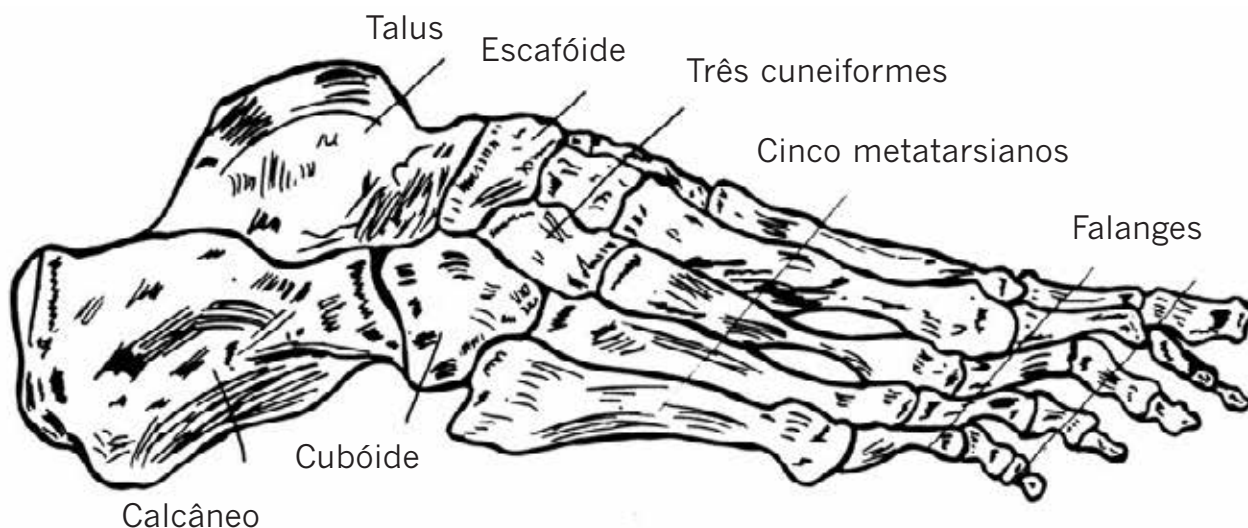
Generalmente, la inflamación de una parte de las articulaciones significa el compromiso de las demás. Varias entidades calificadas como sinovitis, son más bien cuadros proliferativos o degenerativos.

La infección puede alcanzar la articulación en forma directa (trauma, herida penetrante), por vecindad (osteomielitis), por vía sanguínea (tifoida, gonorrea, tuberculosis, tóxicos). La sinovia es un buen medio de cultivo para muchos gérmenes.

## Artritis con depósitos de cristales - Gota

Casi todos los pacientes presentan hiperuricemia; los depósitos son de urato de sodio, tienen aspecto de tiza y se ubican incluso en los tejidos peri articulares (tofus, del latín tophus: piedra porosa) provocando destrucción de cartílago, hueso y partes blandas.

Al microscopio se observan granulomas con un centro proteína ceo rodeado por elementos migratorios y células gigantes multinucleadas; la mayoría de éstos contienen partículas cristalinas birrefringentes (si el material se fijó en alcohol). La membrana sinovial reacciona con una inflama-



ción aguda. Los depósitos, con el tiempo, pueden llegar a medir varios centímetros de diámetro.

## Esguince de tobillo

Deportes en los que aparece

Esta lesión aparece en casi todos los deportes, excepto en los acuáticos, ya que no implican un apoyo del pie. Los deportistas que más sufren esta lesión son los futbolistas, jugadores de baloncesto y corredores.

Los esguinces de tobillo son torceduras o distensiones violentas de los ligamentos del tobillo. Pueden producirse como consecuencia de un golpe directo sobre el tobillo (en deportes que implican contacto) o como consecuencia de una caída, un mal apoyo o un movimiento incorrecto.

En función de su gravedad, se habla de tres grados distintos en los esguinces de tobillo:

Esguince de primer grado: es el de menor gravedad, y los ligamentos del tobillo están poco afectados. La zona está ligeramente hinchada, dolorida y pueden aparecer derrames.

Esguince de segundo grado: la lesión de los ligamentos es mayor y suelen producirse en personas que habían sufrido lesiones similares con anterioridad. El dolor y la hinchazón son mayores y se pueden realizar menos movimientos con el pie.

Esguince de tercer grado: El dolor es intenso, la movilidad del pie es muy reducida y la lesión se acompaña de un derrame mucho mayor. Además, el deportista puede realizar movimientos anormales del pie debido a la laxitud de los ligamentos.

Si el esguince es de mediana gravedad (segundo o tercer grado) es conveniente realizar una radiografía para determinar si se ha producido alguna pequeña fractura ósea.

### Prevención

Realizar siempre un calentamiento y un entrenamiento progresivos. Si existe predisposición a padecer este tipo de lesión, conviene proteger la articulación con un vendaje o tobillera especiales.

### Tratamiento

Es muy importante conocer el alcance de la lesión y ver qué ligamentos se han visto afectados para proporcionar el tratamiento adecuado.



Si los ligamentos del tobillo no se han dañado gravemente es posible la vuelta al deporte en poco tiempo con un vendaje funcional.

En caso de esguinces más graves, el tratamiento tradicional consistía en la inmovilización del pie con una escayola o férula y el uso de muletas para caminar. Actualmente esto no se considera lo más apropiado.

Tras un periodo de reposo de unas 24 horas se aconseja empezar a caminar con un vendaje funcional y comenzar con ejercicios progresivos para recuperar el equilibrio y la movilidad. Si la intensidad de la lesión es moderada o grave hay que esperar entre una semana y diez días antes de comenzar los entrenamientos.

#### Esguince de tobillo recordatorio

Un esguince de tobillo es una lesión que produce un estiramiento o desgarro de uno o más ligamentos de la articulación del tobillo. Los ligamentos son bandas muy resistentes de tejido que conectan huesos en una articulación.

Las torceduras se pueden clasificar como leves, moderadas o graves.

La mayoría de los esguinces se producen en la parte externa del tobillo, pero también se pueden producir en la parte interna.

Un esguince se produce al torcer el tobillo. En general el pie gira hacia adentro o hacia abajo, pero a veces gira hacia fuera.

Los síntomas de un esguince de tobillo son:

- dolor moderado a dolor grave repentino
- hinchazón
- decoloración
- dificultad para mover el tobillo
- dolor en el tobillo aunque no se lo esté cargando con peso.

Para diagnosticar un esguince de tobillo, su profesional médico le pedirá que le explique cómo se produjo la lesión y cuáles son sus síntomas. Después le examinará el tobillo cuidadosamente. Es posible que le haga una radiografía del tobillo.

El tratamiento que se le dará puede consistir en:

- Colocar hielo sobre el tobillo por 20 ó 30 minutos cada 3 ó 4 horas durante los primeros 2 ó 3 días o hasta que el dolor desaparezca. De ahí en adelante, colóquese hielo sobre el tobillo una vez por día hasta que los síntomas desaparezcan.
- Elevar el tobillo colocando una almohada debajo del pie. Tratar de mantener el tobillo por encima del nivel del corazón.
- Colocar una venda elástica sobre el tobillo



para evitar que la inflamación se agrave.

- Colocarse una tobillera a cordón o tipo Aircast o Gelcast.
- Usar muletas hasta que pueda volver a caminar sin dolor.
- Tomar un medicamento antiinflamatorio, como ibuprofeno, u otro medicamento recetado por su profesional médico.
- Haciendo ejercicios de tobillo para fortalecerlo y aumentar su libertad de movimiento. Estos ejercicios le permitirán retornar a su actividad normal o a su deporte.

En muy raras ocasiones, los esguinces de tobillo, que producen un desgarro total de los ligamentos, se deben operar. Después de la operación, deberá usar un yeso por 4 a 8 semanas.

El periodo de recuperación depende de muchos factores:

- edad
- salud
- gravedad de la lesión y lesiones anteriores sufridas por esa misma articulación.

Para ayudar a prevenir un esguince de tobillo, haga lo siguiente:

- Use calzado apropiado y que ajuste bien al hacer ejercicio.
- Realice ejercicios de estiramiento adecuados antes y después de las actividades atléticas o recreativas.
- Evite girar rápidamente y cambiar de dirección repentinamente.
- Cuando practique deportes vigorosos, colóquese una venda o use una tobillera, sobre todo si tuvo una lesión previa. ❏



# ATENEO INTERNACIONAL DE BAROPODOMETRÍA

23 y 24 de Junio del 2018 - Lima, Perú



PONENTES y TEMAS



**Pdgo. Francisco Escobar R. - España**

- 1- Principales patomecánicas en el M.I.
- 2- Típicas lesiones en el futbolista.
- 3- Tratamiento funcional de Lesiones/Prevención.



**Pdgo. Manuel Romero S. - España**

- 1- Teoría del estrés de tejidos.
- 2- Ecografía en lesiones deportivas.
- 3- Análisis de la marcha.



**Pdga. Judith Zacheo P. - Uruguay**

- 1- Tratamientos de alteraciones de apoyo y marcha. Pediatría vs Geriatria.
- 2- Biocompatibilidad: Soporte, Pie, Calzado en Neurológicos y Postraumáticos.



**Lic. Gustavo Güerzoni - Argentina**

- 1- Importancia de la evaluación Baropodemétrica Sensorizada.
- 2- Experiencia en diferentes disciplinas deportivas.



**Lic. Meybi Linares Quesada - Cuba**

- 1- Abordaje fisioterapéutico en lesiones deportivas del M.I.



**Pdgo. Cristian E. Barroso - Argentina**

- 1- Lesiones frecuentes en el deporte, M.I.
- 2- Prevención en deportistas jóvenes y adolescentes. Diferentes disciplinas.



**Lic. y Pdgo. Carlos Daniel Melchor Morfín - México**

- 1- Baropodometría aplicada a Pac. Diabético.
- 2- Estudios Baropodométricos en Pac. adulto mayor.



Vista de La Costa Verde, Miraflores



**Cupo:  
25  
asistentes**

Todas las informaciones en el sitio:  
[www.revistapodologia.com/ateneoperu2018](http://www.revistapodologia.com/ateneoperu2018)  
Contactos: [ateneoperu2018@gmail.com](mailto:ateneoperu2018@gmail.com)

revista  
podologia  
.com



# ATENEO INTERNACIONAL DE BAROPODOMETRÍA



**23 y 24 de Junio del 2018 - Lima, Perú**

*"La temática general de este Ateneo es "La Baropodometría", la inclusión de la aparatología en el estudio Biomecánico como complemento del estudio clínico. Compartir y discutir casos para obtener el mejor rendimiento de la tecnología para beneficio de nuestros pacientes".*



**Hotel Four Points By Sheraton Miraflores [www.fourpointsmiraflores.com](http://www.fourpointsmiraflores.com)  
Para reservas de habitación con descuento por asistencia al evento,  
escribir a: [reservas1@fourpointsmiraflores.com](mailto:reservas1@fourpointsmiraflores.com)**



**La inscripción incluye:  
4 Coffe Breacks. 1 Cena Clausura, el dia 24, con Buffet Internacional.**

**INSCRIPCIÓN: \$ 350.- (dólares americanos)  
FORMA DE PAGO: enviar correo a: [ateneoperu2018@gmail.com](mailto:ateneoperu2018@gmail.com)  
y se le reenviará el voucher/orden de pago de PayPal,  
recibirá confirmación de la Organización vía e-mail.**



**Cupo:  
25  
asistentes**

**Todas las informaciones en el sitio:  
[www.revistapodologia.com/ateneoperu2018](http://www.revistapodologia.com/ateneoperu2018)  
contactos: [ateneoperu2018@gmail.com](mailto:ateneoperu2018@gmail.com)**

**revista  
podologia  
.com**

# Osteocondromas de la articulación tibioperonea distal. A propósito de dos casos clínicos solitarios en adultos.

A. Saldaña Díaz, J.L. Guevara Matamoros, S. Sánchez Herráez, L.r. Ramos Pascua. *España*. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Se presentan dos osteocondromas solitarios de la región tibio-peronea distal en dos pacientes adultos. Se recuerda la patología, su trascendencia en el desarrollo esquelético del tobillo y su tratamiento quirúrgico.

Se concluye que los infrecuentes osteocondromas solitarios en esa localización no parecen ser un factor de riesgo significativo para el desarrollo de una artrosis tibiotalar, si bien pueden causar dolor y motivar su resección en bloque, relativamente sencilla a través de un abordaje anterolateral.

**Palabras clave:** Osteocondroma. Tobillo. Sindesmosis. Resección en bloque.

## Introducción

Los osteocondromas son los tumores óseos benignos más frecuentes. En los extremos distales de la tibia y del peroné, sin ser excepcionales, no son tan habituales como en otros asientos, sobre todo en las formas solitarias(1-4). Las publicaciones relativas a su tratamiento quirúrgico en el adulto, con la articulación tibioperonea distal a menudo afectada, son poco frecuentes y en cierto modo controvertidas en relación con la indicación y vía de abordaje. El objetivo de este trabajo es repasar estos aspectos a partir de dos casos clínicos de nuestra experiencia con un tiempo de seguimiento posquirúrgico largo.

## Osteochondromas of the distal tibiofibular joint. A report of 2 solitary cases in adults.

Two solitary osteochondromas of the distal tibiofibular area in two adult patients are reported. It is reminded the pathology, its significance in the skeletal ankle development and its surgical treatment. In conclusion, unusual solitary osteochondromas at that location don't seem to be a significant risk factor for a further development of tibiotalar osteoarthritis. However they can cause pain and may require the in-bloc resection, a relatively simple procedure through an anterolateral approach.

**KEY WORDS:** Osteochondroma. Ankle. Syndesmosis. In-bloc resection.

## Caso clínico

### Caso No. 1

Mujer de 57 años de edad sin antecedentes patológicos de interés que refiere dolor y tumorción en el tobillo derecho desde hace años, sin antecedente traumático. El dolor era de ritmo mecánico, en relación con la actividad y el calzado, y no existía cojera ni limitación funcional. A la exploración física no se observaban anomalías a la inspección. Se objetivaron molestias o dolor a la palpación de la cara anterior de la sindesmosis y a la movilidad forzada del tobillo, que no estaba limitada. La exploración neurovascular distal fue normal.

Radiográficamente se observó una imagen excrescente en la articulación tibioperonea distal, con halo escleroso en la vertiente tibial, sin signos de agresividad radiológica (Figura 1a y b). No hubo tilt tibiotalar (angulación entre la superficie articular del tobillo y una línea perpendicular al eje longitudinal de la tibia) ni signos de artrosis; y la relación entre los maléolos fue clasificada como de tipo 3 de la clasificación de Noonan et al.(5), con el maléolo lateral distal al medial.



Figura 1. Caso 1. Radiografía anteroposterior (a) y lateral (b) del tobillo.

Figure 1. Case 1. Anteroposterior (a) and lateral (b) radiographs of the ankle.

En la tomografía axial computarizada (TAC) se demostró una formación de base sésil implantada en la cara articular peroneal de la articulación tibioperonea distal, con algún signo degenerativo intraarticular (Figura 2).

Con fecha 9-1-2007, a través de un abordaje longitudinal anteroexterno, se identificó y expuso la sindesmosis, que se desinsertó del reborde tibial. Separando la tibia y el peroné por medio de una palanca, se expuso la tumoración y se extirpó por su base de implantación empleando un escoplo curvo (Figuras 3 y 4).

Comprobada la estabilidad del peroné, la sindesmosis fue reinsertada mediante túneles transóseos a la tibia y se dio por concluido el procedimiento. El patólogo confirmó el diagnóstico de osteocondroma, confirmando la presencia de una cofia gruesa de cartílago hialino articulada con la superficie articular tibial de la articulación tibioperonea distal. El tobillo se mantuvo inmovilizado y en descarga durante un mes. Al cabo de este tiempo comenzó un periodo de rehabilitación que duró 2 meses.



Figura 2. Caso 1. Corte axial de tAc a nivel de la articulación tibioperonea distal. Se observa el osteocondroma y su implantación pediculada en la vertiente articular del peroné.

Figure 2. Case 1. Axial CT scan at the distal tibiofibular joint showing the osteochondroma and its pedunculated implantation in the fibular articular aspect.



Figura 3. Caso 1. Detalle de la intervención quirúrgica con exposición del osteocondroma y visualización de su cofia cartilaginosa al fondo.

Figure 3. Case 1. Detail of the surgical procedure with exposure of osteochondroma and view of its cartilaginous cap at the bottom.



Figura 4. Caso 1. Detalle del lecho quirúrgico después de la resección en bloque del osteocondroma.

Figure 4. Case 1. Detail of the surgical site after in bloc resection of the osteochondroma.

## Caso No. 2

Mujer de 73 años de edad, diabética e hipertensa, que refiere dolor mecánico y tumoración en la cara externa del tobillo izquierdo desde hace meses, sin antecedente traumático, con discreta cojera a la deambulación.

A la exploración física se objetivaba una tumoración dura en la cara lateral del tobillo, adherida a los planos profundos inmediatamente por encima de la sindesmosis, molesta a la palpación. La exploración neurovascular distal fue normal.

Radiográficamente se observó una lesión en la superficie de la tibia implantada en la cara exter-

Uruguay es >>>>



Montevideo



Gastronomia



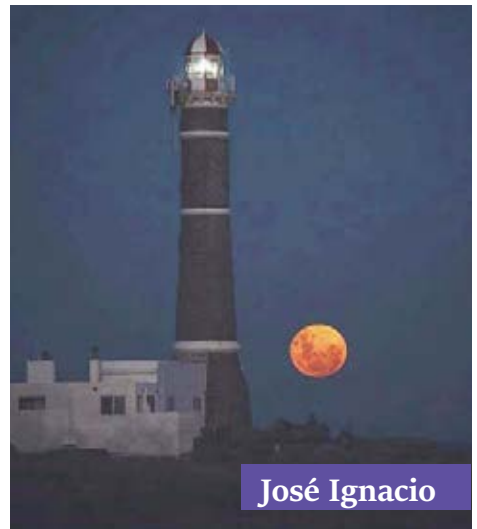
Fútbol



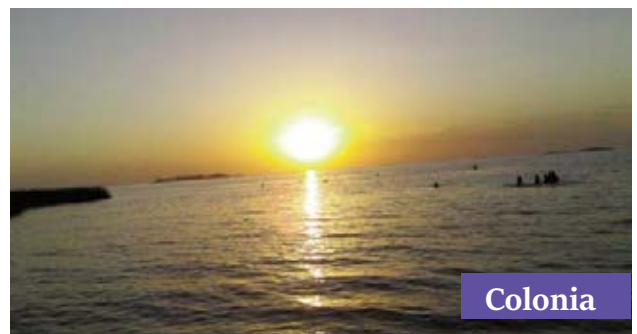
Tango



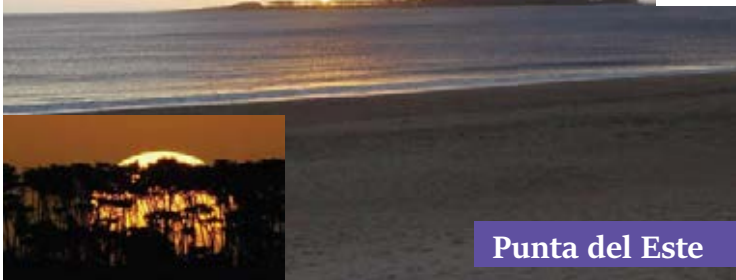
Rio de la Plata



José Ignacio



Colonia



Punta del Este

y también es: **PODOLOGIA** >>>>

14° PodoSur 2018  
20-22 Oct  
Uruguay

ATP.U  
Asociación de Técnicos en  
Podología del Uruguay

info@podologos.com.uy - www.podologos.com.uy

# 14° PodoSur 2018 20-22 Oct Uruguay



Asociación de Técnicos en Podología del Uruguay

## CONFERENCISTAS INTERNACIONALES

Daniel Barbeito - España



Gustavo Güerzoni - Argentina



Clara Izcurdia - Paraguay



Carlos Melchor - México



Miriam Mesa - Cuba



Sede del congreso: **PALLADIUM BUSINESS HOTEL**



A dos cuadras de la Rambla Armenia, en la Bahía del Buceo y a dos cuadras del Montevideo Shopping Center.

[www.palladiumhotel.com.uy](http://www.palladiumhotel.com.uy)

La inscripción al congreso incluye:  
**CERTIFICADO y CENA SHOW**  
el día Domingo 21  
en las **Bodegas Fallabrino**.



[www.bodegasfallabrino.com.uy](http://www.bodegasfallabrino.com.uy)

La **Cena Show** incluye: **visita** a la bodega, **degustación** de parrilla con variedad de carnes, acompañado con pancitos saborizados, **open bar** de refrescos y **Vinos Finos Fallabrino**, show de **tango** y **discoteca** con pantalla gigante.

## Empresas expositoras confirmadas



**El 31 de Marzo cierra la segunda promoción con precios especiales.**

Todas la informaciones en: [www.podologos.com.uy](http://www.podologos.com.uy)

na de su segmento metafisodiafisario distal que parecía abombar el peroné vecino, sin signos de agresividad radiológica (Figura 5a y b). No se observó tilt talar ni signos artrósicos en el tobillo, con una relación entre los maléolos de tipo 3 de Noonan et al.(5).

En la TAC se demostró la continuidad del tejido óseo cortical y esponjoso del osteocondroma con el de la tibia, con una base sésil en aquél, y adel-



Figura 5. Caso 2. Radiografía anteroposterior (a) y lateral (b) del tobillo.  
Figure 5. Case 2. Anteroposterior (a) and lateral (b) radiographs of the ankle.

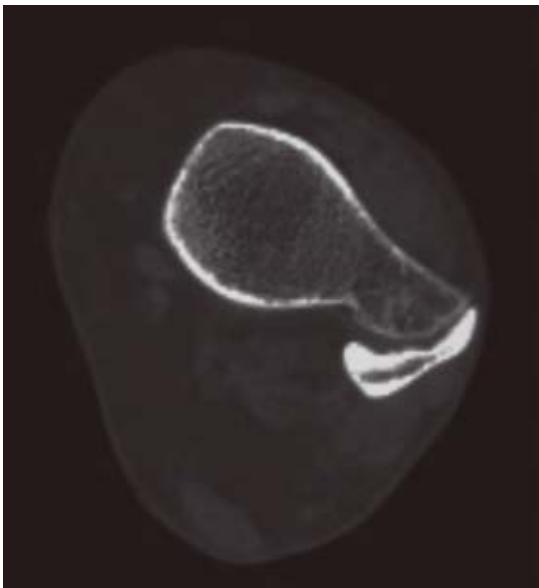


Figura 6. Caso 2. Corte axial de tAc a nivel de la articulación tibioperoneo distal. Se observa el osteocondroma y su implantación sésil inmediatamente proximal a la articulación tibioperonea distal en la tibia, adelgazando el peroné.  
Figure 6. Case 2. Axial CT scan at the distal tibioperoneal joint showing the osteochondroma and its sessile implantation proximally right away at the tibioperoneal joint distal in the tibia, thinning the fibula.

gazamiento severo del peroné, al que deformaba y aplanaba (Figura 6).

Con fecha 2-10-2008, con isquemia del miembro y a través de un abordaje longitudinal anteroexterno, se separó la musculatura del compartimento anteroexterno de la pierna en dirección lateral y se expuso la base de implantación del osteocondroma en la tibia, inmediatamente proximal a la sindesmosis tibioperoneal, reseccándose en bloque con un escoplo sin ningún otro gesto añadido (Figuras 7 y 8). S

e colocó un vendaje compresivo, permitiendo la movilidad inmediata del tobillo y la deambulación con ayuda de bastones. El patólogo confirmó el diagnóstico de osteocondroma.



Figura 7. Detalle de la intervención quirúrgica del caso 2. Se observa el momento de la resección del osteocondroma por su base de implantación con un escoplo.  
Figure 7. Intraoperative view of the case 2 showing the time of osteochondroma's resection through its implantation base with a chisel.



Figura 8. Caso 2. Control radiográfico postoperatorio: radiografías anteroposterior (a) y lateral (b).  
Figure 8. Case 2. Postoperative radiographs: anteroposterior (a) and lateral views (b).

## Resultados

Al cabo de un tiempo de seguimiento de poco más de 5 años y medio, las dos pacientes refirieron encontrarse bien, la primera con molestias ocasionales residuales, realizando una vida completamente normal; ambas muy satisfechas con el resultado del tratamiento (Figura 9). En ninguno de los casos hubo recidivas de la tumoración ni alteraciones radiográficas degenerativas en el tobillo (Figura 10a y b).

## Discusión

Los osteocondromas son los tumores óseos benignos más frecuentes, suponiendo el 35-45% de todos los benignos y el 7-12% de los primitivos del esqueleto. Suelen descubrirse en la segunda década de la vida, pocas veces más en varones que en mujeres, y habitualmente asientan en las metáfisis del entorno de la rodilla y en la proximal del húmero, donde el crecimiento es más activo.

Con una base de implantación pediculada o sésil en continuidad con el hueso del que se originan, con un aspecto radiográfico típico y habitualmente suficiente para el diagnóstico, crecen de forma predecible durante el crecimiento del paciente, pudiendo ser asintomáticos o no. En estos casos suelen cursar con dolor y/o deformidad, a veces con compresión de los nervios periféricos(6) y reducción de la movilidad articular(7). Menos del 1% de los casos se malignizan a partir de la cofia condral que los recubre, sospechándose la malignización cuando inesperadamente se hacen dolorosos, crecen o cambian en el aspecto que muestran en las imágenes.

Los osteocondromas del pie y tobillo suponen el 1-12% de todos los osteocondromas, lo que significa el 4-5% de los tumores óseos benignos de esa localización(4). En el tobillo, sobre todo en las osteocondromatosis múltiples hereditarias, donde la afectación articular ocurre en la mitad de los pacientes(5,8-10), los daños en el crecimiento fisario son habituales, con frecuentes acortamientos y deformidades angulares, sobre todo en la epífisis distal de la tibia, que lleva a la valguización del tobillo(5). El peroné, por su parte, puede acortarse, erosionarse, incurvarse y hasta romperse(2,11,12); y se han descrito sinostosis y diástasis sindesmales(5,10,13). Por todo ello, aunque la estabilidad de la mortaja tibioperoneas-tragalina no se viera comprometida(14), podrían producirse cambios degenerativos articulares a largo plazo(4,5,11).

En nuestras dos pacientes, ambas adultas y



Figura 9. Caso 1. Movilidad del tobillo a los 6 meses de la intervención: dorsiflexión (a) y flexión plantar (b).

Figure 9. Case 1. Ankle motion 6 months after surgery: dorsiflexion (a) and plantar flexion (b).



Figura 10. Caso 1. Control radiográfico postoperatorio 3 años después de la cirugía. Se observa la ausencia de recidiva y la buena relación de los extremos articulares del tobillo. radiografías anteroposterior (a) y lateral (b).

Figure 10. Case 1. Postoperative radiographs 3 years after surgery showing no recurrence and good alignment between the ankle articular surfaces. Anteroposterior (a) and lateral (b) radiographs.

con formas solitarias de la enfermedad, no hubo ningún signo artrósico ni más deformidad que la que el osteocondroma causaba por presión en el hueso vecino, lo que sugiere, como en otros casos(7), que en estas condiciones la facilitación de una artrosis de tobillo no sería de consideración. De cualquier forma, por uno u otro motivo, la sintomatología que pueden causar los osteocondromas incluye, además del defecto estético, rigidez y dolor por presión e irritación local, por alineamiento mecánico anómalo o por traumatismos de repetición(4).

El tratamiento quirúrgico de un osteocondroma de la región de la sindesmosis tibioperonea distal depende de que sea o no sintomático. Cuando lo

es, aunque habitualmente la sintomatología se tolera relativamente bien(5), y/o deforma la anatomía normal tibioperoneal, es recomendable la resección de forma precoz para evitar intervenciones posteriores más complejas(10,11,14). Obviamente el tratamiento también es obligado cuando se sospecha una malignización. Cuando el osteocondroma es asintomático, particularmente en adultos, la observación sería de elección(15).

El procedimiento quirúrgico básico en el tratamiento de un osteocondroma sintomático del tobillo es la resección marginal en bloque, que puede ser aislada o asociarse a un alargamiento del peroné(15), a una osteotomía varizante tibial o a una epifisiodesis parcial del lado medial de la fisis distal de la tibia(5,8,16). Otras opciones son la artrodesis tibioperonea(12) o una fibulectomía distal, que se seguiría de la reconstrucción del complejo ligamentario lateral, habitualmente con el tendón peroneo lateral corto según las técnicas de Evans, Watson-Jones o Chrisman Snook(17).

También sería posible la reconstrucción con autoinjerto de hueso y tendón patelar, o con homoinjerto. La elección de la técnica depende de la edad del paciente y del tipo de deformidad. En las formas múltiples hereditarias, aunque puedan dañarse las fisis y no esté claro que se modifique la historia natural de la función del tobillo, parece recomendable hacer cualquier intervención antes del cierre fisario, lo que facilitaría la remodelación de un peroné deformado y la continuación del crecimiento óseo normal(2,10,14). En las formas solitarias, sobre todo en ausencia de deformidades tibiotalares, como en nuestras dos pacientes, podría bastar una resección de la tumoración por su base de implantación.

En la resección de un osteocondroma del asiento que nos ocupa, teniendo en cuenta que la resección de la cofia cartilaginosa debe ser completa y en bloque, una planificación previa de la viabilidad de este gesto es básica y condiciona el abordaje a utilizar, que puede ser anterior, posterior, lateral con osteotomía del peroné o incluso doble(7,11). La TAC es esencial con ese fin.

Por cuanto a la vía de abordaje respecta, la posterior tiene la dificultad de la presencia del peroné, que se interpone en el acceso a la cara posterior de la tibia. El abordaje lateral transperoneal facilita la exposición de los osteocondromas localizados en la cara posterior de la tibia y puede aprovecharse para corregir una deformidad del peroné muy acusada(2), pero podría

comprometer la estabilidad postoperatoria del tobillo y obliga a la reparación de la osteotomía del peroné y a una inmovilización postoperatoria(5,18). También puede exponer a sinostosis tibioperoneas(18). Finalmente, el abordaje anterior o anterolateral se asocia con menos morbilidad postoperatoria por respetar la estabilidad del tobillo, aunque no permite un buen acceso a la base del osteocondroma, sobre todo cuando ésta es sésil y se extiende a la cara posterior, y pone en riesgo el paquete neurovascular anterolateral de la pierna.

En nuestra opinión, de acuerdo con otros autores(10,11,14), es el primero a considerar por ser técnicamente mucho más sencillo.

En conclusión, los infrecuentes osteocondromas solitarios en la región de la articulación tibioperonea distal no parecen ser un factor de riesgo significativo para el desarrollo de una artrosis tibiotalar, si bien pueden causar dolor y motivar su resección en bloque, relativamente fácil a través de un abordaje anterolateral. ■

Materia publicada na  
Revista del Pie y Tobillo  
Tomo XXVIII, N.º 1, junio 2014.

Correspondencia:  
Dr. Luis Rafael Ramos Pascua  
Servicio de Cirugía Ortopédica y  
Traumatología.  
Complejo Asistencial Universitario de León c/  
Altos de Nava s/n. 24071 León  
Correo electrónico:  
luisramospascua@gmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Erler K, Oguz E, Komurcu M, Atesalp S, Basbozkurt M. Ankle swelling in a 6-year-old boy with unusual presentation: report of a rare case. *J Foot Ankle Surg* 2003; 42: 235-9.
2. Ismail BE, Kissel CG, Husain ZS, Entwistle T. Osteochondroma of the distal tibia in an adolescent: a case report. *J Foot Ankle Surg* 2008; 47: 554-8.
3. Chou LB, Ho YY, Malawer MM. Tumors of the foot and ankle: experience with 153 cases. *Foot Ankle Int* 2009; 30: 836-41.
4. Chin KR, Kharrazi FD, Miller BS, Mankin HJ, Gebhardt MC. Osteochondromas of the distal aspect of the tibia or fibula. *J Bone Joint Surg* 2000; 82A: 1269-78.
5. Noonan KJ, Feinberg JR, Levenda A, Snead J, Wurtz LD. Natural history of multiple hereditary osteochondromatosis of the lower extremity and

ankle. J Pediatr Orthop 2002; 22: 120-4.

6. Matsumoto K, Sumi H, Shimizu K. Tibial osteochondroma causing foot pain mimicking tarsal tunnel syndrome: a case report. J Foot Ankle Surg 2005; 44: 159-62.

7. Galasso O, Mariconda M, Milano C. An enlarging distal tibia osteochondroma in the adult patient. J Am Podiatr Med Assoc 2009; 99: 157-61.

8. Shawen SB, McHale KA, Temple HT. Correction of ankle valgus deformity secondary to multiple hereditary osteochondral exostoses with Ilizarov. Foot & Ankle Int 2000; 21: 1019-22.

9. Glockenberg A, Sobel E, Levitz SJ. Multiple hereditary osteochondromatosis. Two cases with ankle and knee deformities. J Am Pod Med Assoc 1997; 87: 70-3.

10. Spatz DK, Guille JT, Kumar SJ. Distal tibiofibular diastasis secondary to osteochondroma in a child. Clin Orthop 1997; 345: 195-7.

11. Wani IH, Sharma S, Malik FH, Singh M, Shiekh I, Salari AQ. Distal tibial interosseous osteochondroma with impending fracture of fibula - a case report and review of literature. Cases J 2009; 2:115.

12. Ciampolini J, Gargan MF, Newman JH. Arthrodesis of the distal tibiofibular joint for a large osteochondroma in an adult. Foot & Ankle Int 1999; 20: 657-8.

13. Snearly WN, Peterson HA. Management of ankle deformities in multiple hereditary osteochondroma. J Pediatr Orthop 1989; 9: 427-32.

14. Danielsson LG, El-Haddad I, Quadros O. Distal tibial osteochondroma deforming the fibula. Acta Orthop Scand 1990; 61: 469-70.

15. Johnston AJ, Andrews CT. Fibular lengthening by Ilizarov method secondary to shortening by osteochondroma of distal tibia. Strategies Trauma Limb Reconstr 2008; 3: 45-8.

16. Takikawa K, Haga N, Tanaka H, Okada K. Characteristic factors of ankle valgus with multiple cartilaginous exostoses. J Pediatr Orthop 2008; 28: 761-5.

17. Su EP, Healey JH. Salvage reconstruction for lateral ankle instability using a tendon allograft. Clin Orthop Relat Res 2003; 415: 232-8.

18. Gupte CM, Dasgupta R, Beverly MC. The transfibular approach for distal tibial osteochondroma: an alternative technique for excision. J Foot Ankle Surg 2003; 42: 95-8.



[info@podologos.com.uy](mailto:info@podologos.com.uy) - [www.podologos.com.uy](http://www.podologos.com.uy)