

# Tenosinovitis estenosante de los tendones peroneos. Reporte de dos casos

Dr. Juan Bernardo Gerstner Garcés\*

\* Profesor Auxiliar de Ortopedia y Traumatología, Universidad del Valle, Centro Médico Imbanaco de Cali.

Correspondencia:

Cra. 38 No. 5A-100 Cons. 233, Torre A, Centro Médico Imbanaco de Cali, Colombia.  
Tel. (572) 5574288, (572) 5584634  
Jbgerstner@imbanaco.com.co

Fecha de recepción: agosto 19 de 2008  
Fecha de aprobación: febrero 28 de 2009

## Resumen

La tenosinovitis estenosante de los peroneos que resulta de la hipertrofia del tubérculo peroneo ha sido bien descrita en la literatura, pero la descripción de casos en nuestro medio es escasa. El tratamiento quirúrgico adecuado trata el tubérculo peroneo hipertrofiado, la polea peronea y cualquier patología intrínseca del tendón. Se reportan dos casos de pacientes con dolor crónico y aparición de masa en la región inframaleolar externa de un tobillo, con poca respuesta al manejo conservador. Los pacientes fueron llevados a cirugía con resolución de sus síntomas. En el primer caso, se encontró una hipertrofia de la polea sin prominencia del tubérculo y, en el segundo caso, una hipertrofia del tubérculo con un quiste retinacular (ganglión) asociado.

**Palabras clave:** tenosinovitis, atrapamiento del tendón, hipertrofia, cirugía del calcáneo, quistes, pie.

## Abstract

Stenosing tenosynovitis of the peroneal tendons that results from hypertrophy of the peroneal tubercle, has been well described in the literature, but reports in our region are very rare. Surgical treatment is indicated to address the hypertrophy of the tubercle, the peroneal pulley and any intrinsic pathology of the tendon. Two cases of chronic lateral pain of the hindfoot and lateral inframalleolar prominence are reported, with poor response to conservative treatment. Both patients underwent a surgical procedure with relief of their symptoms. In the first case, we found a pulley hypertrophy without prominence of the tubercle, and in the second one, a hypertrophy of the tubercle and a retinacular ganglion cyst.

**Key words:** Tenosynovitis, tendon entrapment, hypertrophy, calcaneus surgery, cysts, foot.

## Introducción

La tenosinovitis estenosante de los tendones peroneos fue descrita inicialmente por Burman en 1953 (1, 2), como una entidad asociada a la hipertrofia del tubérculo de los peroneos en el calcáneo. Desde entonces, varios autores han descrito clasificaciones y casos aislados sin grandes series, por lo que se deduce su baja incidencia en la población general (3, 4). La mayoría de los autores reportan hipertrofia del tubérculo asociado con lesiones del tendón del peroneo largo y del breve (5, 6, 7, 8, 9, 10). El manejo consiste en la resección del tubérculo, el reparo tendinoso y la profilaxis contra la formación de nuevo hueso en el sitio de la resección para evitar la recidiva de la patología.

## Caso 1

Mujer de 64 años con historia de dolor en la región inframaleolar derecha y aparición de una masa dolorosa de crecimiento lento y progresivo, sin antecedente traumático de inversión del tobillo. Fue remitida para valoración por la masa tumoral.

Al examen físico se encontró una mujer en muy buenas condiciones generales, con dolor y limitación para la eversión activa del tobillo derecho y marcha álgida. En la región inframaleolar externa, se encontró una masa dolorosa de 2 centímetros de diámetro. La eversión contra resistencia y la plantiflexión del primer rayo despertaban el dolor.

Las radiografías descartaron la presencia de hipertrofia del tubérculo peroneo, pero la resonancia magnética nuclear documentó la tendinosis del peroneo breve, con gran edema peritendinoso (figura 1).

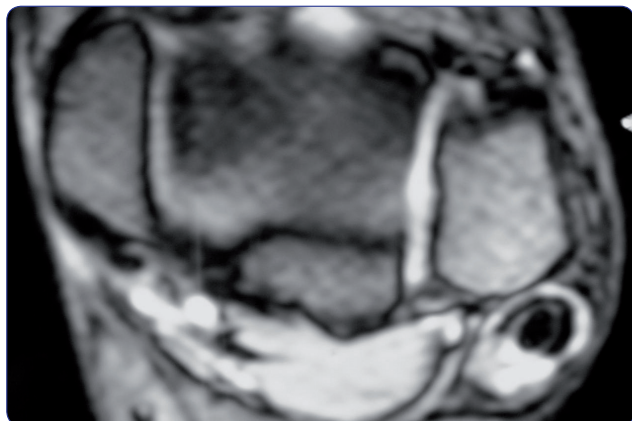


Figura 1. Edema peritendinoso del peroneo breve.

La paciente fue llevada a cirugía y, bajo anestesia conductiva, asepsia, antisepsia y torniquete por expresión, se realizó la exploración inframaleolar de los tendones peroneos encontrando una degeneración sacular del peroneo breve y una banda estenosante de la polea a nivel del tubérculo peroneo, que claramente delimitaba el área de la estenosis. Asimismo, se encontró una lesión degenerativa del peroneo breve (figura 2).

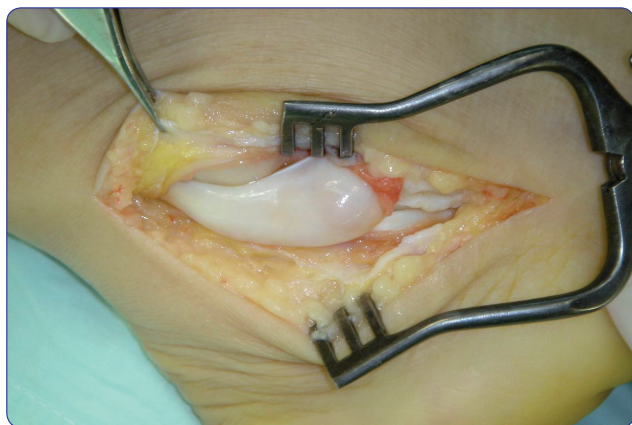


Figura 2. Banda estenosante distal.

Previo liberación de la banda de constricción, se procedió a desbridar la tendinosis del peroneo breve posterior y a reparar el tendón; debido a la importante pérdida de sustancia del mismo, se realizó tenodesis con el tendón del peroneo largo (figura 3).

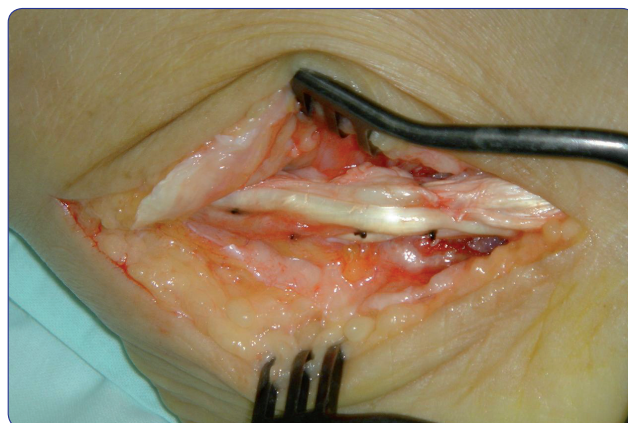


Figura 3. Tenodesis entre el peroneo breve y el largo.

Se indicó a la paciente la utilización de una férula sin apoyo por dos semanas, seguida del uso de ortesis tipo bota con apoyo por otras cuatro semanas, al mismo tiempo que se inició la terapia física para ganar fuerza, excusión del tendón y propiocepción.

Actualmente, la paciente lleva 3 años de seguimiento y su valoración funcional al examen físico muestra una deambulación adecuada y una realización de todas sus actividades de la vida diaria sin limitaciones.

## Caso 2

Mujer de 55 años, quien consulta por dolor y edema en la región inframaleolar del tobillo izquierdo de 14 meses de evolución. Fue manejada con terapia física e infiltración con esteroides sin mejoría. No refería antecedente de trauma previo.

Al examen físico, se encontró una paciente con limitación en la marcha por dolor, con gran edema en la región inframaleolar del tobillo, lo que dificulta la palpación. Se evidenció dolor en el trayecto de los tendones peroneos, que aumentaba con los ejercicios de eversión y plantiflexión del primer rayo contra resistencia.

Las radiografías axiales del calcáneo mostraron la hipertrofia del tubérculo peroneo, y la resonancia magnética nuclear evidenció edema peritendinoso y tendinosis asociada.

Bajo anestesia conductiva, se practicó asepsia y antisepsia del miembro inferior izquierdo y, con torniquete por expresión venosa, se realizó un abordaje inframaleolar encontrando tenosinovitis estenosante de los peroneos con hipertrofia del tubérculo, además de un quiste retinacular de 8 mm de diámetro, el cual se reseco y envió a patología (figura 4).

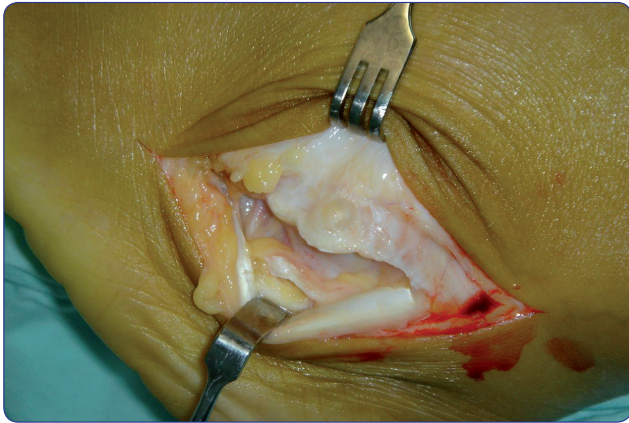


Figura 4. Quiste retinacular y su relación con la estenosis.

También se practicó escisión completa de la prominencia del tubérculo y se colocó cera de hueso para evitar recidivas.

La lesión del tendón peroneo breve se reparó una vez reseca la porción con tendinosis incompleta, que no era tan grande como para justificar una tenodesis (figura 5).



Figura 5. Tendinosis longitudinal.

Se protegió por dos semanas con férula sin apoyo y, luego, apoyo progresivo con el uso de ortesis de tipo bota, iniciando el protocolo de rehabilitación descrito.

Tres meses después, la paciente deambula sin limitación y sin dolor, aunque refiere persistencia del edema, manejado con medias con gradiente de presión y terapia de drenaje linfático.

## Discusión

El papel de la hipertrofia del tubérculo de los peroneos en la presentación de la tenosinovitis estenosante ha sido

descrito en la literatura. Sin embargo, en estos dos casos se añaden nuevos elementos en la presentación de la patología. En el primer caso, una banda de constricción, que resulta de la polea hipertrofica, es la causante de la estenosis. En el segundo caso, aunque existe la hipertrofia del tubérculo, es la primera vez que se describe un quiste retinacular sobre la polea del mismo.

Algunos casos se han asociado a traumatismos previos como fracturas de calcáneo y traumas en inversión de tobillo, así como la presencia del os peroneum. También se discute el origen congénito de la hipertrofia del tubérculo, pero no existen reportes de esta patología en pacientes pediátricos.

Existe también el reporte de un caso de recidiva de la sintomatología después de la resección del tubérculo hipertrofico en una paciente de 16 años, posiblemente asociada con resección incompleta o neoformación ósea (11).

El tratamiento de elección incluye la exploración de los tendones, la resección de la constricción mecánica (ya sea por el tubérculo hipertrofico o la banda de la polea), la aplicación de cera de hueso sobre la superficie cruenta, el reparo de la lesión intratendinosa y la rehabilitación posquirúrgica del paciente.

Se discute también el uso de antiinflamatorios no esteroideos por periodos largos para evitar la recidiva, tal como se utiliza en la prevención de formación de hueso heterotópico en la cadera después de una artroplastia protésica. Estos medicamentos no fueron utilizados en estos pacientes (11, 12, 13, 14).

La tenosinovitis estenosante de los tendones peroneos es una patología de presentación inusual, pero que requiere de la sospecha clínica y de ayudas diagnósticas para su manejo agresivo a fin de prevenir lesiones degenerativas de los tendones así como la ruptura de los mismos.

## Referencias bibliográficas

1. Burman M. Stenosing tendovaginitis of the foot and ankle: studies with special reference to the stenosing tendovaginitis of the peroneal tendons of the peroneal tubercle. Arch Surg 1953; 67: 686-98.
2. Burman M. Subcutaneous tear of the tendon of the peroneus longus: its relation to the giant peroneal tubercle. Arch Surg 1956; 73: 216-9.
3. Hyer CF, Dawson JM, Philbin TM, Berlet GC, Lee TH. The peroneal tubercle: description, classification, and relevance to peroneus longus tendon pathology. Foot Ankle Int 2005; 26: 947-50.
4. Rosenberg ZS, Feldman F, Singson RD. Peroneal tendon injuries: CT analysis. Radiology 1986; 161: 743-8.
5. Trevino S, Gould N, Korson R. Surgical treatment of stenosing tenosynovitis at the ankle. Foot Ankle 1981; 2: 37-45.
6. Bruce WD, Christofersen MR, Phillips DL. Stenosing tenosynovitis and

- impingement of the peroneal tendons associated with hypertrophy of the peroneal tubercle. *Foot Ankle Int* 1999; 20: 464-7.
7. Pierson JL, Inglis AE. Stenosing tenosynovitis of the peroneus longus tendon associated with hypertrophy of the peroneal tubercle and an os peroneum. A case report. *J Bone Joint Surg Am* 1992; 74: 440-2.
  8. Chen YJ, Hsu RW, Huang TJ. Hypertrophic peroneal tubercle with stenosing tenosynovitis: the results of surgical treatment. *Changgeng Yi Xue Za Zhi* 1998; 21: 442-6.
  9. Berenter JS, Goldman FD. Surgical approach for enlarged peroneal tubercles. *J Am Podiatr Med Assoc* 1989; 79: 451-4.
  10. Bisceglis CF, Sirota AD, Dull DD. An unusual case of hypertrophied peroneal tubercles. *J Am Podiatr Med Assoc* 1983; 73: 481-2.
  11. Ochoa L, Banerjee R. Recurrent hypertrophic peroneal tubercle associated with peroneus brevis tendon tear. *J Foot Ankle Surg* 2007; 46(5): 403-8.
  12. Vielpeau C, Joubert JM, Hulet C. Naproxen in the prevention of heterotopic ossification after total hip replacement. *Clin Orthop Relat Res* 1999; 369: 279-88.
  13. D'Lima DD, Venn-Watson EJ, Tripuraneni P, Colwell CW. Indomethacin versus radiation therapy for heterotopic ossification after hip arthroplasty. *Orthopedics* 2001; 24: 1139-43.
  14. Solheim E, Pinholt EM, Bang G, Sudmann E. Effect of local hemostatics on bone induction in rats: a comparative study of bone wax, fibrin-collagen paste, and bioerodible polyorthoester with and without gentamicin. *J Biomed Mater Res* 1992; 26: 791-800.