

«EL HALLUX VALGUS»

MESA REDONDA SOBRE «NUEVAS APORTACIONES EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HALLUX VALGUS» HOSPITAL DE SAN RAFAEL. BARCELONA

CENTRO DI CHIRURGIA DEL PIEDE
CASA DI CURA «FORNACA DI SESSANT» . TORINO

Prof. G. PISANI

El hallux valgus es un tema que siempre provoca discusión por los múltiples aspectos aún sujetos a controversia, ya sea en relación a sus mecanismos etiopatogénicos, ya sea en relación a su tratamiento. Personalmente en este punto quiero volver a la que yo llamo «cruzada» contra la op. de Keller, que tanto se ha practicado, en asociación también con otros tiempos quirúrgicos, sobre todo por los autores de lengua latina.

En la evolución de la operación original que contemplaba la resección aislada de la base de la falange del hallux (fig. 1), LELIEVRE propone el llamado cerclaje fibroso para estabilizar la corrección del varismo metatarsiano; después VILADOT, para evitar la insuficiencia del hallux por pérdida del flexor corto, añade el punto de anclaje del flexor largo a la glena sesamoidea; finalmente REGNAULD, para evitar el contacto entre una superficie ósea de resección esquelética y una superficie articular cartilaginosa, ideó el reimplante «en tapón» de la base reseçada de la falange.

Como decía, estas metódicas derivadas de la primitiva operación de Keller

han tenido amplia difusión en Europa sin tener siempre en cuenta el daño funcional que conlleva la resección de la base de la falange proximal del hallux; sobre ella, que he denominado «zona de riesgo» (danger zone — Fig. 2), se insertan todos los músculos intrínsecos del hallux valgus (flexor corto, extensor, corto, adductor, cabo falángico del abductor) y su insuficiencia residual es fácilmente valorable colocando una hoja de papel bajo el hallux operado e invitando al paciente a apretarlo contra el suelo. Difícilmente lo logrará el paciente, y el cirujano podrá fácilmente extraer el papel de debajo del hallux: obviamente todo se traduce en una insuficiencia del despegue del hallux en la fase final del paso.

Otra consideración en relación con esta metódica es que, en la mayor parte de los casos, nos encontramos con la resección de un extremo articular estructuralmente sano con buena conservación del cartilago articular: es este un acto quirúrgico que no tiene parangón, para una mentalidad ortopédica lógica, en ningún otro distrito articular teniendo siempre en cuenta la conservación y la reconstrucción de sus estructuras.

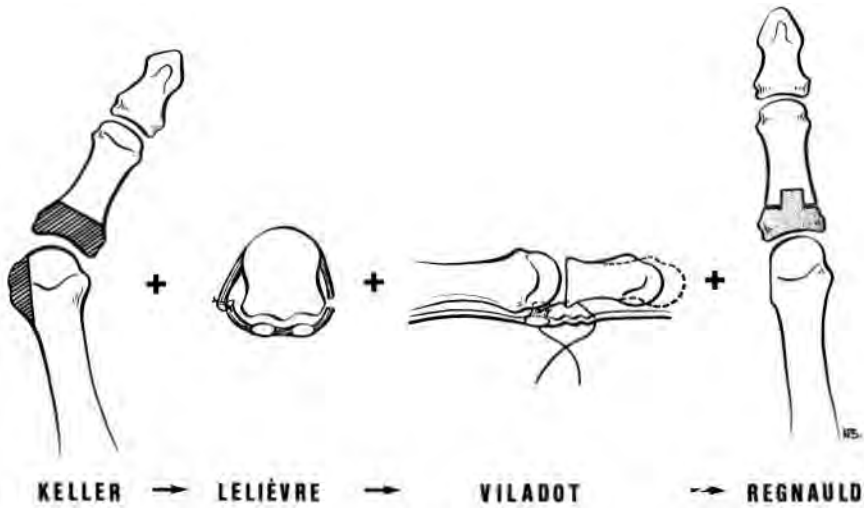


Fig. 1. Dr. Pisani

Lo expuesto precedentemente limita por tanto este tipo de cirugía, cuyas indicaciones podrán plantearse en presencia de lesiones degenerativo-estructurales de la articulación y en los pies que, por una disposición plana, mejor compensen la insuficiencia residual del hallux.

La corrección estética de la deformidad no debe ser prioritaria: por suerte el paciente no sabe, y por tanto no relaciona con la operación las metatarsalgias que frecuentemente aparecen con el tiempo tras la intervención.

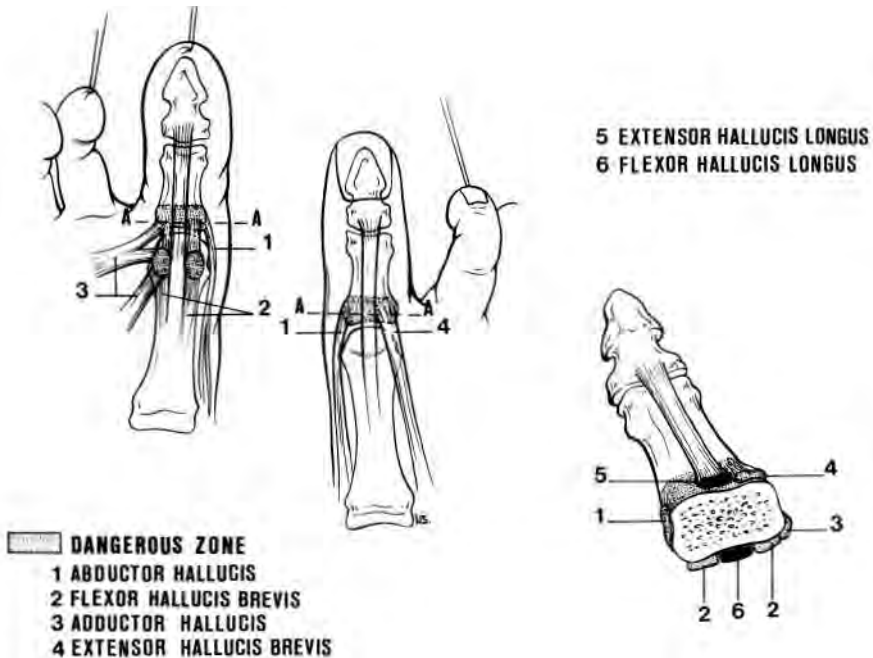


Fig. 2. Dr. Pisani

Por tanto debemos orientarnos preferentemente hacia una cirugía que además de corregir la deformidad busque la recuperación funcional de la 1.a metatarso-falángica teniendo en cuenta cuales son las alteraciones anatomopatológicas de la deformidad.

El tendón del adductor está luxado plantarmente, perdiéndose así el efecto del único músculo con función anti-valgo; las estructuras cápsulo-ligamentosas internas están distendidas y a menudo degeneradas; el extensor y el flexor largo están lateralizados agravando el valgo; las estructuras cápsulo-ligamentosas externas y del cabo falángico del abductor del hallux están retraídas; el metatarsiano está luxado internamente sobre los sesamoideos y la glena está adherida lateralmente, por retracción de las estructuras de conexión, al cuello del metatarsiano que pronando contribuye, junto con un mecanismo «ex vacuum», a la colocación del sesamoideo externo en el espacio intermetatarsiano.

El acto quirúrgico deberá por tanto tener en cuenta estas alteraciones buscando la recuperación morfológica-funcional actuando sobre dos verticales articulares interna y externa (fig. 3). Por esto es importante la amplia incisión en

«S» sobre la metatarso-falángica, partiendo lateralmente de la base del hallux y siguiendo proximalmente sobre el eje del primer metatarsiano, la amplia artrotomía dorso-medial y plantar hasta el límite glenoideo de la metatarso-falángica de forma que permita obtener la corrección del valgo por deslizamiento y no por compresión, la separación del sesamoideo externo del cuello metatarsiano, la medialización del tendón del adductor anclado, sin desinsertarlo, al colgajo cápsulo-perióstico previamente tallado en la base de la falange.

Estos son en síntesis, los tiempos quirúrgicos de la intervención propuesta por mí hace algunos años, y cuyas indicaciones, obviamente por lo anteriormente expuesto, se limitan a las deformidades no estructuradas en sujetos relativamente jóvenes y sin patología estructural asociada de los otros dedos. Intervención pues, selectiva en casos bien definidos de hallux valgus y no electiva en el tratamiento quirúrgico del hallux valgus como tampoco puede serlo, por momentos etiopatogénicos y por cuadros anatomopatológicos, ninguna otra intervención.

Pienso por ello que hoy día se debe tener en cuenta en términos más restrictivos para la op. de KELLER, la alternativa KELLER sí - KELLER no.

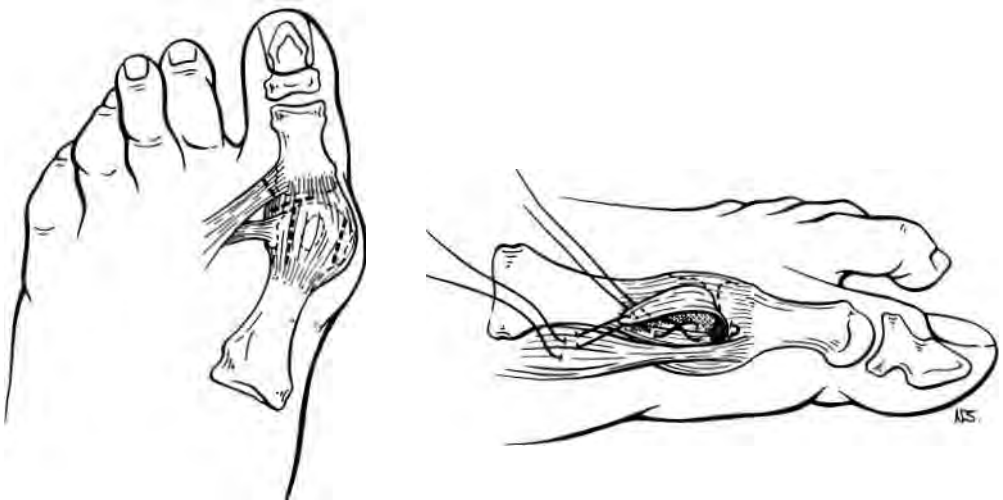


Fig. 3. Dr. Pisani