

UNA EVOLUCIÓN DE LA OPERACIÓN DE BRANDES-LELIÈVRE

Dr. E. Torner Baduell
Ex Presidente del CIP

Veinte años de fidelidad a la operación de Brandes-Lelièvre nos han llevado a aceptar con toda firmeza sus principios y a realizarla poco menos que sistemáticamente para el tratamiento de Hallux Valgus, con rarísimas excepciones derivadas de los muy escasos casos de Hallux Valgus juvenil que puedan requerir tratamiento quirúrgico. Los principios básicos aludidos pueden resumirse en las siguientes líneas:

1. El fenómeno anatopatológico esencial en la génesis del Hallux Valgus es el varismo del primer metatarsiano, y la inclinación en valgo del primer dedo tiene carácter secundario.

2. Toda corrección quirúrgica de un Hallux Valgus debe concluir habiendo conseguido una fórmula metatarsal correcta y una fórmula digital de tipo griego.

En persecución de un logro óptimo de estos objetivos fundamentales del tratamiento quirúrgico del Hallux Valgus hemos introducido paulatinamente dos modificaciones a la técnica original, que no vamos a describir aquí en aras a la brevedad y por considerarla universalmente conocida. Estas modificaciones técnicas son:

1. Sutura sistemática del rodete gle-

noideo al tendón flexor largo del primer dedo, propuesta por A. Viladot, y que consideramos muy importante para lograr realmente una fórmula metatarsal correcta. El retraso del apoyo sesamoideo representa en realidad un deterioro innegable de la fórmula metatarsal - dado que crea una insuficiencia del primer radio.



Fig. 1

2. Realización de un cerclaje intermetatarsiano con hilo de lenta reabsorción.

que tiene por objetivo proteger las partes blandas con las que se confecciona el cerclaje fibroso de Lelievre hasta que se haya logrado su firme cicatrización.



Fig. 2



Fig. 3

La descripción de este simple detalle técnico que, más que modificar, complementa la operación de Brandes-Lelievre es el objetivo de esta breve nota. Realizamos este cerclaje cuando la operación está poco menos que concluida y sólo falta suturar el cerclaje fibroso, aplicar la sutura gleno-flexora de Viladot y cerrar la herida operatoria. Para ello, (fig. 1) introducimos una pinza de Bengolea a través de la herida operatoria, la hacemos pasar por debajo de los cuellos de todos los metatarsianos hasta alcanzar el borde externo del pie y hacer prominencia bajo la piel y la exteriorizamos a

través de una mínima incisión de 3 mm. Esta pinza captura el extremo de un hilo fuerte y de lenta reabsorción que se deja colocado al retroceder la pinza por debajo de todos los cuellos metatarsales. En una segunda introducción, pasamos la pinza por encima de los cuellos de los metatarsianos 1.^o y 5.^o y por debajo de los cuellos metatarsales 2.^o, 3.^o y 4.^o (figs. 2 y 3). Estas maniobras, que pueden parecer complejas a primera vista, son de realización fácil, inocua y rápida.



Fig. 4

Este es el momento propicio para realizar la sutura gleno-flexora de A. Viladot. A continuación reducimos el varo del primer metatarsiano, reducción que un ayudante mantendrá con un impactador mientras se anuda el cerclaje intermetatarsiano (fig. 4). En la figura 5 se muestra un esquema de un corte ideal, con el cerclaje anudado.

A toda maniobra quirúrgica complementaria y no esencial para la realización de una intervención cabe exigirle que sea inocua. Este principio se cumple con todo rigor en este caso: en nuestra experiencia personal, que ya ha alcanzado las 300 operaciones, no hemos asistido a

complicación alguna atribuible al cerclaje que hemos descrito. Las ventajas prácticas que creemos obtener de esta simple protección del cerclaje fibroso de Lelièvre son:

1. Práctica desaparición de los problemas de cicatrización.
2. Mayor calidad de reducción del varismo del primer metatarsiano.
3. Menor proporción de metatarsalgias post-operatorias persistentes.

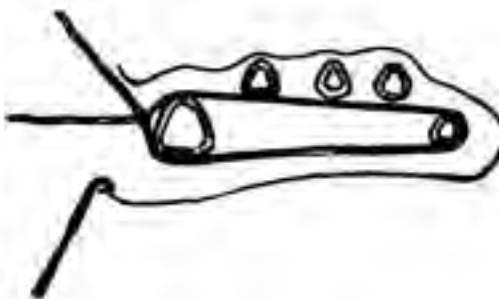


Fig. 5

COMENTARIO

Dr. Santiago Mas Moliné
Hospital de Sabadell, Barcelona

El cerclaje metatarsal descrito por Torner Baduell se realiza por primera vez en abril de 1975, para el tratamiento de la exposición de la cabeza del primer metatarsiano a través de la dehiscencia de la herida operatoria en un paciente operado mediante técnica de Brandes-Lelièvre (BL). Esta situación, de difícil manejo hoy día, hace treinta años podía evolucionar fácilmente a la pérdida de la cabeza del primer metatarsiano, con las graves alteraciones biomecánicas que esta situación comporta para la marcha y la bipedestación.

Ante este problema, se plantea la necesidad de corregir dos factores: por un lado, la exéresis de todos los tejidos necrosados de la cara medial de la articulación metatarsofalángica del primer radio para lograr una cobertura cutánea correcta y, por otro, la contención de la reducción del varo del primer metatarsiano, fundamental en la resolución de la anatomopatología del *hallux valgus*.

Para esta contención, se podía optar entre varias soluciones conocidas, tales como la estabilización temporal con una aguja de Kirschner, o bien una osteotomía valguizante en la base del primer metatarsiano o en la primera cuña, o bien una transferencia tendinosa tipo McBride. Torner Baduell

opta por una solución nueva mediante el cerclaje intermetatarsal.

El cerclaje intermetatarsal de primero a quinto metatarsianos descrito ofrece solución a ambos factores a corregir. Mantiene la cabeza del primer metatarsiano en su lugar y, por ello, al ganar espacio en la cara medial del antepié permite que, a pesar de la pérdida de sustancia consecuente a la resección de las partes blandas necrosadas, se pueda realizar un nuevo cerclaje fibroso de Lelièvre, que va a contener la reducción obtenida del varo del primer metatarsiano.

El único objetivo de dicho cerclaje es mantener la reducción del varo del primer metatarsiano, conseguida con los diferentes pasos quirúrgicos de la intervención de BL y así se mantiene la cabeza del primer metatarsiano en su lugar, suprimiendo la tensión en la zona capsular con la que se realiza el cerclaje fibroso de Lelièvre durante el tiempo necesario para la correcta cicatrización de éste.

Muchas veces se ha preguntado si la finalidad de dicho cerclaje era reconstruir el arco transversal anterior del pie, consecuencia anatómica aparente de dicho cerclaje, pero su única finalidad objetiva es la relajación del cerclaje fibroso descrito por Lelièvre.

La ruptura del cerclaje o la reabsorción del mismo al cabo de unas semanas de la intervención quirúrgica no suponen, pues, ningún problema, dado que su función ya se ha cumplido.

Posteriormente, y ante el buen resultado de este caso inicial, la indicación del cerclaje fue ampliada por Torner Baduell de manera sistemática como gesto quirúrgico adicional en todas las intervenciones mediante técnica de BL, indicación que actualmente sigue manteniendo.

Personalmente, he realizado de manera sistemática este cerclaje intermetatarsiano en centenares de pies operados con la técnica de BL desde 1977, con buenos resultados y sin complicaciones atribuibles al cerclaje. A partir de 1992, y con la idea de que este gesto quirúrgico no era imprescindible en todos los casos de *hallux valgus* tributarios de intervención quirúrgica mediante técnica de BL, la indicación no es para mí sistemática sino peroperatoria, reservada para aquellos casos en que, una vez reducido el varo del primer metatarsiano, se aprecia una clara tendencia a la recidiva del varismo previo y, en caso necesario, practicando además

una capsulotomía medial en la unión de la base del primer metatarsiano con la primera cuña.

En otras ocasiones, el cerclaje ha resultado útil en una situación inversa; es decir, para la contención quirúrgica de la reducción obtenida en intervenciones de osteotomía del quinto metatarsiano para el tratamiento de valguización del mismo.

Seguramente, transcurridos treinta años de la primera realización del cerclaje descrito por Torner Baduell, la indicación actual en un caso parecido de dehiscencia de herida operatoria sería la realización de un colgajo de rotación o de traslación; además, la realización del cerclaje intermetatarsal sería plenamente vigente, dado que una cobertura cutánea correcta aislada solamente nos va a solucionar el problema de cobertura, lo que no es poco, pero no va a tener ningún papel en la contención del varo del primer metatarsiano.

Se trata, pues, de un gesto quirúrgico complementario, de rápida y fácil realización y carente de complicaciones, destinado a proteger el cerclaje fibroso de Lelièvre, con una utilidad que hoy en día continúa siendo plenamente vigente.