

RESULTADOS INSATISFACTORIOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL «HALLUX VALGUS»

* Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital «Son Dureta»
Palma de Mallorca

** Jefe de Sección.

*** Adjunto.

E. JORDÁ*

E. ESPINAR**

J. A. BALLESTER***

A. SABATER****

Resumen

Se analizan aquellos que dependen de técnicas que han conservado la longitud del primer metatarsiano, agrupándolos en cuatro grandes grupos: resultados dolorosos, resultados invalidantes, resultados deformantes y secuelas por fallo en la cobertura de partes blandas e infección.

Se enumeran las posibles etiopatogenias en cada uno de estos grupos, y se describen las diversas técnicas de tratamiento.

Los resultados insatisfactorios del tratamiento quirúrgico pueden agruparse en 4 grandes capítulos. Grupo de resultados dolorosos, Grupo de Resultados invalidantes, Grupo de Resultados deformantes y finalmente el Grupo de secuelas por fallo en la cobertura de las partes blandas e infección. (Fig. 1) Claro está que ninguna de las intervenciones ha disminuido la longitud del primer metatarsiano.

Grupo de resultados dolorosos: Estos pueden localizarse a nivel de la primera

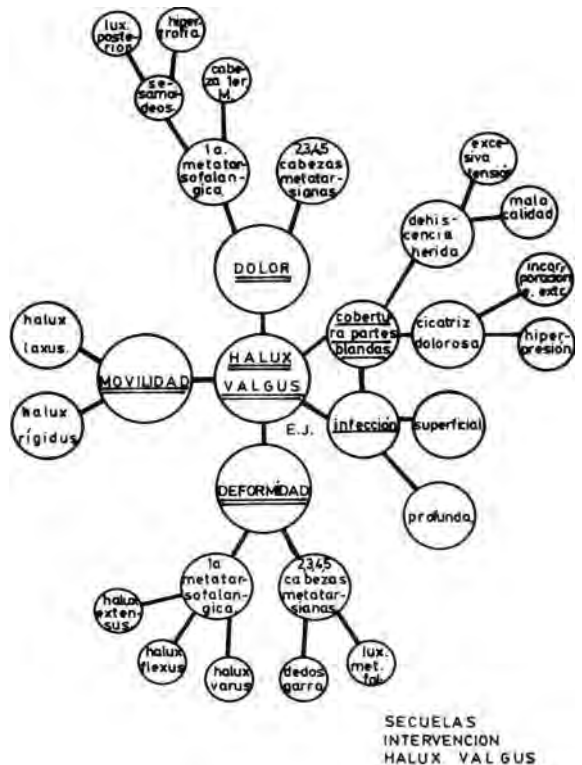


Fig. 1: Esquema de algunas de las secuelas, consecuencia de una intervención de «Hallux Valgus».

articulación metatarso-falángica o bien a nivel de las cuatro restantes.

La causa de las secuelas dolorosas a nivel de la 1.ª articulación metatarsofalángica, pueden ser debidas bien a los sesamoideos, bien a las alteraciones provocadas en la cabeza del primer metatarsiano.

A causa de los sesamoideos: Una de las más frecuentemente invocadas y que ha hecho describir su tratamiento profiláctico (Punto de A. Viladot) es la luxación posterior de los mismos, causada por aquellas técnicas que realizan la resección de la base de la primera falange, muy cierto es que hasta ahora no se ha conseguido, ni con el punto de Viladot, el detener su aparición. Tenemos noticia de que el Dr. Eloy Espinar está trabajando en una nueva técnica, pero no sabemos en que consiste realmente, hacemos votos para que consiga lo que tantos otros no han podido. También es cierto que existen muchísimos pies con los sesamoideos luxados proximalmente y que realmente no duelen. Por otro lado, junto con los *hallux valgus* suelen presentarse unos sesamoideos hipertrofiados y artrósicos, que ni la corrección del varo del primer meta y mucho menos su luxación proximal, lograrán colocarlos en una posición ideal de función. El tratamiento de esta secuela no es fácil, no pueden extirparse, ni en

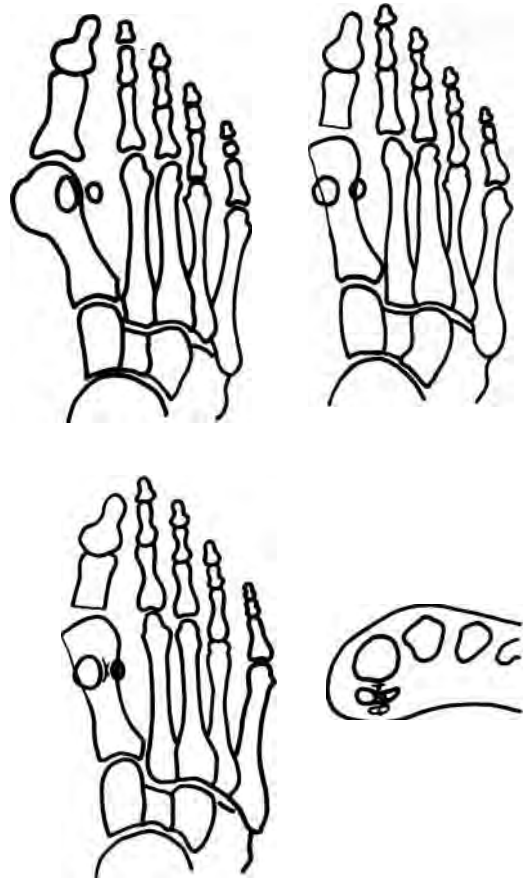


Fig. 2: *Retro posición de los sesamoideos. Punto de Viladot que intenta prevenirla.*



Fig. 3: *El borde inferior de la osteotomía «Choca» con el metatarsiano interno.*

conjunto, lo que daría lugar a una brevedad secundaria del 1er meta, ni por separado, lo que originaría un importante desequilibrio músculo-ligamentoso del primer radio. Lo más que se puede realizar es una regularización quirúrgica, tanto de sus deformidades como de su tamaño. (Fig. 2).

A causa de la cabeza del primer metatarsiano, generalmente debida a una irregular resección de la mal llamada exostosis interna y como consecuencia, el borde inferior de la línea de osteotomía choca con la cara articular del sesamoideo interno; su tratamiento es la regularización de esta cresta. (Fig. 3).

La causa de la metatarsalgia residual radica en la incorrecta alineación de las cabezas de los metatarsianos 2°, 3° y 4°. Generalmente se trata de una metatarsalgia persistente y que se creyó tratar indirectamente al corregir el *hallux valgus* coexistente. Su tratamiento quirúrgico será por medio de la realineación metatarsiana según la técnica de Lelievre (Figura 4). Otro tratamiento descrito es la condilectomía de la porción plantar de los mismos, y que a la vez que libera las formaciones plantares, no acorta los metatarsianos. Respecto a la realineación de Lelievre creemos que los malos resultados son producto de malas técnicas y que no debe realizarse aislada, sino asociada al cerclaje fibroso de la cabeza del primer metatarsiano. (Fig. 5).

Grupo de resultados invalidantes: se localizan a nivel del primer dedo y son alteraciones en exceso o en defecto de la movilidad del dedo gordo.

Alteraciones en exceso, «hallux laxus». Son consecuencia de una resección excesiva de la primera falange, tanto por una simple intervención de Brandes como la combinada de Brandes-Lelievre, es el llamado dedo de trapo y es muy incómodo para la deambulación. Su tratamiento es el devolverle una longitud suficiente para que el pie ancestral se convierta en griego, ello será posible bien por medios fisiológicos, hueso, o bien por medios sintéticos, Swanson. La sustitución protésica se

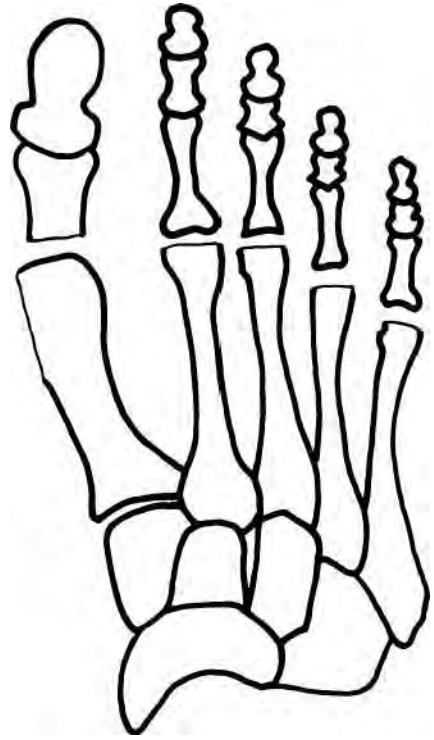


Fig. 4: Técnica de Lelievre. Realineación metatarsiana.

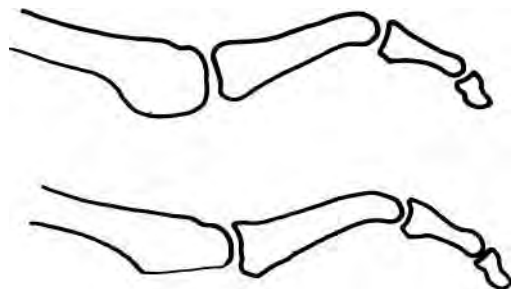
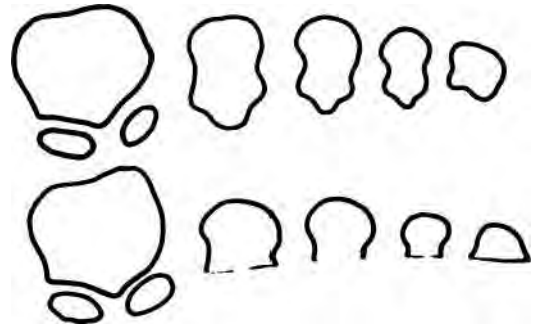


Fig. 5: Condilectomía. Resección de la porción plantar de las cabezas de los metatarsianos.

halla descrita y difundida, pero personalmente no somos partidarios de la misma, la mejor será la realizada por medios fisiológicos. Si el otro pie es egipcio, se podrá resecar la base de la primera falange del dedo gordo y transplantarla a la 1 del dedo gordo del pie laxo, sino puede hacerse con un taco de hueso iliaco que presente una cortical cóncava, pero tiene el inconveniente de no estar cubierta por cartilago (Fig. 6).

Alteraciones por defecto, «hallux rigidus». Generalmente es debido a una re-

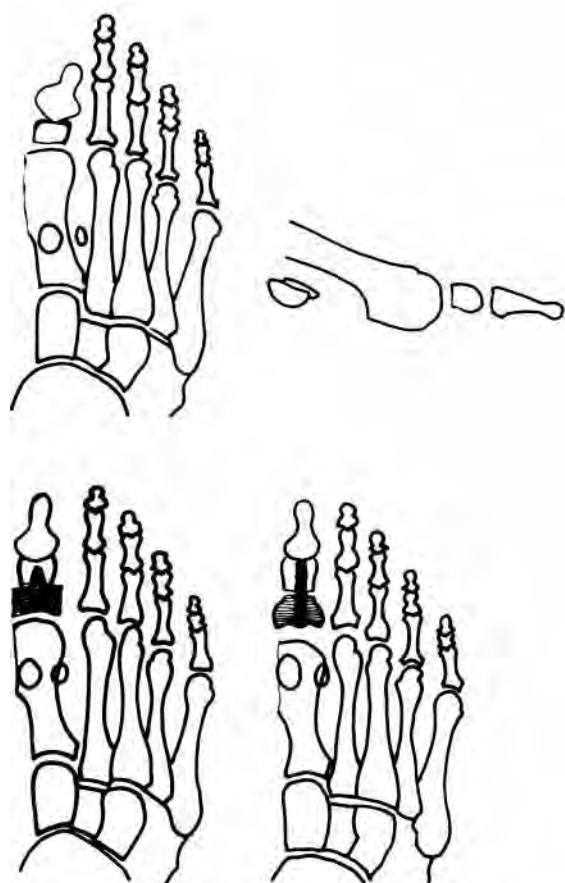


Fig. 6: Resección excesiva de la porción proximal de la primera falange del dedo gordo. Su alargamiento por prótesis o por injerto atornillado.

sección excesivamente económica de la base de la primera falange, a un dolor localizado a nivel de la primera metatarso-falángica y a una marcha con un valgo excesivo del talón. Su tratamiento es la resección un poco más ampliada de la base de la primera falange del dedo gordo, y si fuese necesario la remodelación de la cabeza del primer metatarsiano.

Grupo de resultados deformantes: también pueden asentar a nivel de la primera articulación metatarso-falángica o a nivel de las restantes.

Deformaciones a nivel de la 1ª metatarso falángica, «Hallux varus». Se presenta como consecuencia de una hipercorrección, resección oblicua de la base de la primera falange, o de una cicatriz retráctil. Su tratamiento es el siguiente, si la hipercorrección es debida a una antigua sección oblicua de la base, bastará el remodelarla convenientemente, si es debido a una cicatriz retráctil, una plastia en «Z» devolverá el dedo a su posición normal.

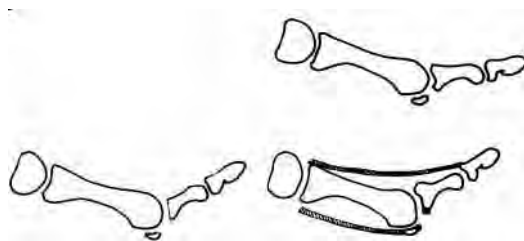


Fig. 7: Hallux Extensus.

Hallux extensus: Se produce por una retracción del tendón del extensor propio o por una incorrecta resección de la base de la primera falange, en el primer caso, elongación del tendón, en el 2º, remodelación de la base osteotomizada. (Fig. 7).

Hallux flexus: Es el estadio final de un hallux rigidus en el que persiste una mar-

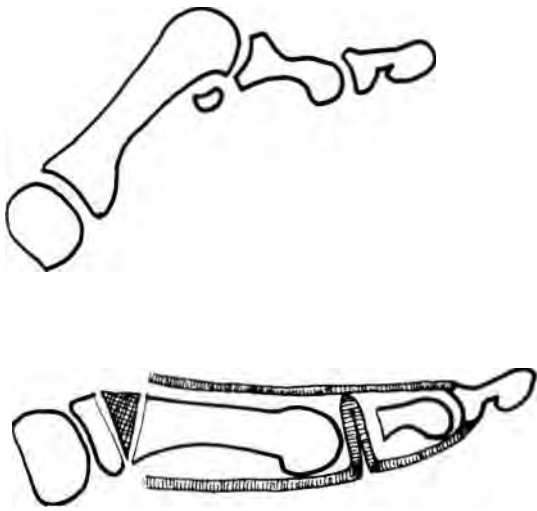


Fig. 8: *Hallux Flexus y su corrección quirúrgica.*

cha con el antepié en supinación. La deformidad consiste en una flexión plantar extrema de la primera falange con una hiperextensión de la segunda. Su tratamiento es exclusivamente quirúrgico y aquí también seguimos fieles a la técnica de Lelievre. a) Descenso de la cabeza del primer meta, osteotomía con cuña de abertura de base dorsal localizada a nivel de la base del primer metatarsiano. b) Alineación de la primera falange del dedo gordo por medio de la resección de su base. c) El tendón del flexor propio del dedo gordo se plica y se pasa a través de la primera articulación metatarso-falángica, ésta plica se sutura a la porción correspondiente del tendón del extensor propio del dedo gordo. (Fig. 8).

Deformaciones a nivel de las otras metatarsofalángicas, garra de los dedos. Se presenta como consecuencia de la falta de apoyo de la cabeza del primer metatarsiano. Es posible que se trate tanto de una lesión precedente, insuficientemente tratada, como de una secuela de intervenciones inoperantes a nivel de la cabeza del primer metatarsiano. Su tratamiento

es siempre quirúrgico, resección de la cabeza de la 2ª falange y sutura del tendón del flexor corto al tendón del extensor, ésta se realiza después de que el tendón flexor atraviese la 1.ª interfalángica largamente ampliada. (Fig. 9).

Luxaciones metatarsofalángicas: Como consecuencia de la deformidad anterior, de la cual se puede decir que es la culminación; tiene como causa la insuficiencia del primer radio. El que se luxa con más frecuencia es el segundo, con menor frecuencia, el tercero y cuarto, y muy raramente el quinto. Su tratamiento es la realineación metatarsiana según Lelievre que pretende obtener un pie de tipo griego.

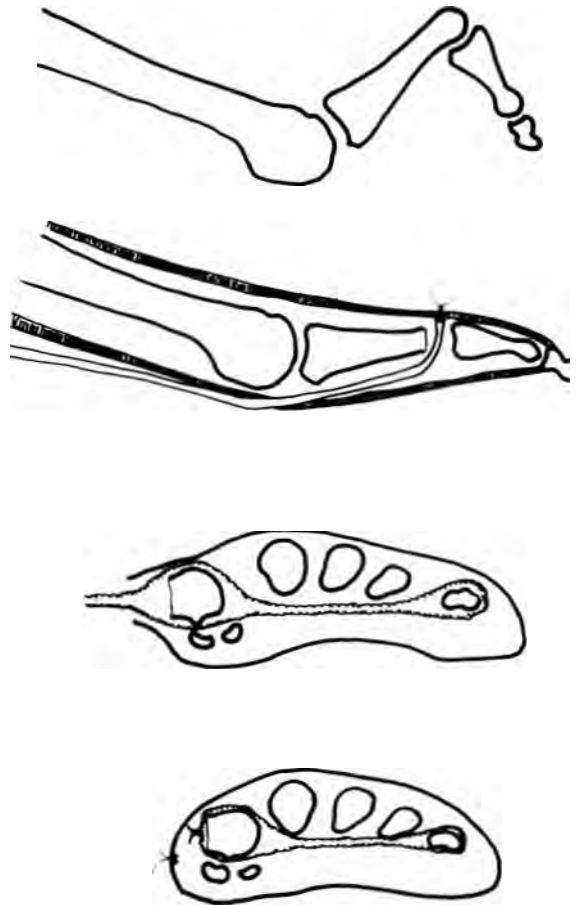


Fig. 9: *Tratamiento quirúrgico del dedo en garra. Contención quirúrgica del primero y quinto metatarsianos.*

Grupo de secuelas por fallo en la cobertura de las partes blandas e infecciones. Entre las secuelas por fallo de la cobertura de partes blandas podemos distinguir: Las dehiscencias de sutura y las cicatrices dolorosas.

Las dehiscencias de sutura, generalmente ocurren en pieles de buena calidad que se han resecado en exceso o en aquellas otras, de mala calidad, que no se han podido mantener, junto con las formaciones cápsulo ligamentosas, a la cabeza del primer metatarsiano en su posición de reducción. Como tratamiento quirúrgico se ha descrito la técnica de la abrazadera metatarsiana que, por medio de un tendón de canguro en forma de lazada, mantiene la cabeza del primer meta contra la del quinto, discurriendo por debajo de las cabezas de los metatarsianos 2º, 3º y 4º, así, a la vez que disminuye el volumen del antepié permitiendo la resutura sin tensión, evita la presión varizante de la cabeza del primer metatarsiano sobre unas formaciones que intentan mantenerle en posición, pero que son de mala calidad. (Fig. 9).

Cicatrices dolorosas. Generalmente por englobar estructuras ajenas, puntos no reabsorbibles, restos, etc., o por hiperpresiones tanto extrínsecas, como intrínsecas. Las extrínsecas porque asientan en zonas de apoyo de calzado, exactamente en la línea media del borde interno del primer radio. Las intrínsecas porque asientan sobre excrescencias óseas. El tratamiento de las extrínsecas es bastante difícil ya que hay que trasladar dorsalmente la cicatriz, zetaplastias, colgajos a distancia, etc., el de las intrínsecas es en principio relativamente más fácil, la simple resección de la excrescencia.

Infección. Es la gravísima secuela que ensombrece todos nuestros gestos quirúrgicos. Como tratamiento proponemos el de Papineau. Resección de todo tejido necrosado. Tapizado por tejido de granulación -relleno de injertos de esponjosa-epitelización o cobertura cutánea. El principio fundamental que debe regir el tratamiento de toda osteomielitis u osteitis crónica del pie, es la de conservar a toda costa la longitud de todos y cada uno de los metatarsianos.

BIBLIOGRAFÍA

1. BEN CALLOF y col.: *Proximal Phalangeal osteotomy in «Hallux Valgus»*. Clinical Orthop. n° 54, 1957.
2. BURUTARÁN, J. M.: *Yatrogenia en el Tratamiento Quirúrgico del Hallux Valgus*. Anal. Soc. Esp. de Med. y Cir. del Pie, 1977, págs. 155/162.
3. BURUTARÁN, J. M.: *«Hallux Valgus», acortamiento de la 1ª falange*. Anal. Soc. Esp. de Med. y Cir. del Pié, págs. 107/114, año 1977.
4. BURUTARÁN, J. M.: *Metatarsalgia por retroposición de los sesamoideos*. Actual. de Med. et Chir. du Pied, fasc. II, tomo VIII, 199/208.
5. CROS, A. y col.: *Nuestra Experiencia en el tratamiento quirúrgico del «Hallux Valgus»*. Noticias Médicas, junio 1972, págs. 10/11.
6. CASTELLANA, A.: *Cura dell'Alluce Varo*. Actual. de Med. et Chir. du Pied, fasc. II, tomo VIII, 179/186.
7. GAUTHIER, Dr.: *Etude des protheses articulaire monoblos elastometre de silicone*. Rev. de Chir., Orthop. et Rep. de l'Ap. Loc. 67,2, pág. 45/47, 1981.

8. KINNARD, Gordon: *Comparación entre la osteotomía de Chevrón y la de Mitchel para la corrección del «Hallux Valgus»*. Foot and Ankle, vol. 4, mes 10, pág. 241-243/279, 1982.
9. MEARY, R.: *Tratamiento del «Hallux Valgus»*. Conferencias de la S.O.F.C.O.T. de 1970, páginas 227/272.
10. MARCO CLEMENTE, C.: *Hallux Valgus*. Actas de las reuniones científicas del Instituto Pliclínico, vol. 25, nº 1, págs. 1 y 2.
11. MITRE, J.: *Consideraciones quirúrgicas sobre el «Hallux Valgus»*. Lecciones Médicas, nº 90, pág. 32, 1969.
12. MARTÍNEZ VILLA y col.: *Tratamiento quirúrgico del «Hallux Valgus»*. Anal. de la Soc. Esp. de Podol., 1976, págs. 93/106.
13. MARTORELL, J.: *Modificaciones a la técnica de Regnauld para el tratamiento del «Hallux Valgus»*. Actual. de Med. et Chir. du Pied, tomo VIII, fasc. II, págs. 190/198.
14. MICHON y col.: *L'arthroplastie par implants de silastic dans la cure de l'Hallux Valgus et des arthrites aseptiques de l'articulation metatarso-phalangique*. Actual. de Med. et Chir. du Pied, tomo VIII, fasc. II, págs. 209/214.
15. NATIELLO y col.: *Nuestra Experiencia en el tratamiento quirúrgico del «Hallux Valgus» por el procedimiento de Lelievre*. Actual. de Med. et Chir. du Pied, tomo VIII, bis, págs. 167/178.
16. ORNILLA y col.: *Nuestra experiencia en el empleo de la prótesis de silicona en el tratamiento del «Hallux Valgus» y del «Hallux rigidus»*. Rev. de Ortop. y Traum., volumen 20, págs. 383/388, 1976.
17. PITTMAN, BURG.: *Modificación del procedimiento de Wilson para el tratamiento del «Hallux Valgus» con objeto de mejorar los resultados obtenidos*. The Journal of Foot Surgery, vol. 23, págs. 314/320, 1984.
18. PAULIN, TOMENO: *Tratamiento del «Hallux Valgus»*. Rev. de Chir. Orthop. et Rep. de l'Ap. Loc. tomo 62, XII, págs. 776/780.
19. SOLER y col.: *Asociación de la intervención de Rocher modificada con la de Brandes, Keller, Viladot, en el tratamiento del «Hallux Valgus» con metatarsalgia*. Anales de la Soc. Esp. de Med. y Cir. del Pie, 1977, págs. 95/106.
20. SCHNEPP y col.: *Tretaiment de «l'Hallux Valgus» avec metatarsus varus irreductible du 1^{er} metatarsien. L'ostethomie metatarsienne bipolaire*. Rev. de Chir. Orthop. et Rep. de l'Ap. Loc., tomo 69, sup. 2, págs. 113/115, 1983.
21. TOMENO, MEYER: *L'artroplastie par implant en silastic type Swanson pour les raiders doullou-reses du premier orteil*. Rev. de Chir. Orthop. et Rep. de l'Ap. Loc., tomo 62, sup. 2, págs. 84/88, 1976.
22. VILADOT, A.: *Patología del antepié*. Ed. Toray, Barcelona, 1981.
23. VILADOT, A.: *Diez Lecciones de Patología del Pie*. Ed. Toray, Barcelona, 1979.