

PRÓTESIS METATARSO-FALÁNGICA

A. Carranza Bencano¹, J.J. Fernández Torres², G. del Castillo Blanco², A. Alegrete Parra², J. Reyes Fernández Velázquez², R. García Renedo²

¹ Catedrático de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

² Facultativos de la Unidad Asistencial del Servicio de Traumatología.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

- Eliminar el dolor.
- Mejorar la dorsiflexión de la articulación metatarso-falángica (MTF).
- Normalizar la distribución de cargas.

INDICACIONES

- *Hallux rigidus* de grado III (artrosis metatarso-falángica sin alteración de ejes, paciente sin sobrecarga ponderal).
- Secuela de artroplastia de resección (Brandes) sin alteración de ejes y con longitud suficiente de la falange para poder insertar el componente distal).

CONTRAINDICACIONES

- Sobrecarga ponderal.
- *Hallux valgus* o *rigidus* sin parámetros predeterminados.
- Edad inferior a 50 años.
- Hueso osteoporótico.
- Gran prominencia osteofítica cuya extirpación suponga debilitación.
- Enfermedades musculares, neurológicas o vasculares graves.

MODELO PROTÉSICO

- Artroplastia total TOEFIT-PLUS®: cromocobalto-polietileno.
- Implante modular.
- Anclaje óseo no cementado.
- Rosca cónica autorroscante.
- Superficie osteofítica de titanio.

PROTOCOLO PREOPERATORIO

- Radiología posteroanterior y lateral de ambos pies en carga.
- Profilaxis antibiótica.
- Profilaxis antitrombótica.
- Tratamiento antiinflamatorio.

PROTOCOLO POSTOPERATORIO

- Régimen de hospitalización en cirugía mayor ambulatoria.
- Inmovilización en vendaje.
- Carga inmediata con calzado de suela rígida que impida la movilidad MTF.
- Retirada de sutura a las 2 semanas.
- Calzado flexible y movilización de MTF a las 2-3 semanas.



Correspondencia:

Dr. Andrés Carranza Bencano
Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla
Correo-e: acarranz@us.es <acarranz@us.es>

Fecha de recepción: 11/11/08

TÉCNICA DE PRÓTESIS METATARSO-FALÁNGICA



Figura 1. Incisión en cara interna, en límite entre piel dorsal y plantar, hasta plano óseo y liberación articular.

Figure 1. Incision in the internal aspect, at the border between the dorsal and plantar skin, reaching down to the osseous plane. Liberation of the joint.

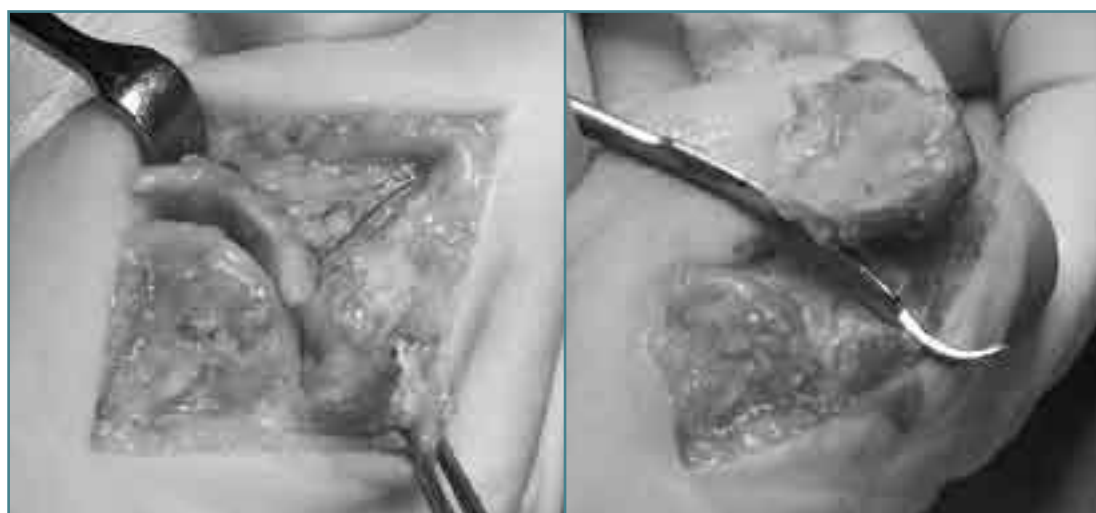


Figura 2. Liberación y luxación de falange.

Figure 2. Liberation and luxation of the phalanx.



Figura 3. Resección de la base de la falange en dirección perpendicular al eje de la misma.

Figure 3. Resection of the base of the phalanx perpendicular to its axis.

Figura 4. Resección de la cabeza metatarsal: perpendicular a la superficie de carga (no perpendicular al metatarsiano) en el plano lateral; perpendicular al eje metatarsiano en el plano dorsal.

Figure 4. Resection of the metatarsal head: perpendicular to the load-bearing surface (not to the metatarsal bone axis) in the lateral plane; perpendicular to the metatarsal bone axis in the dorsal plane.

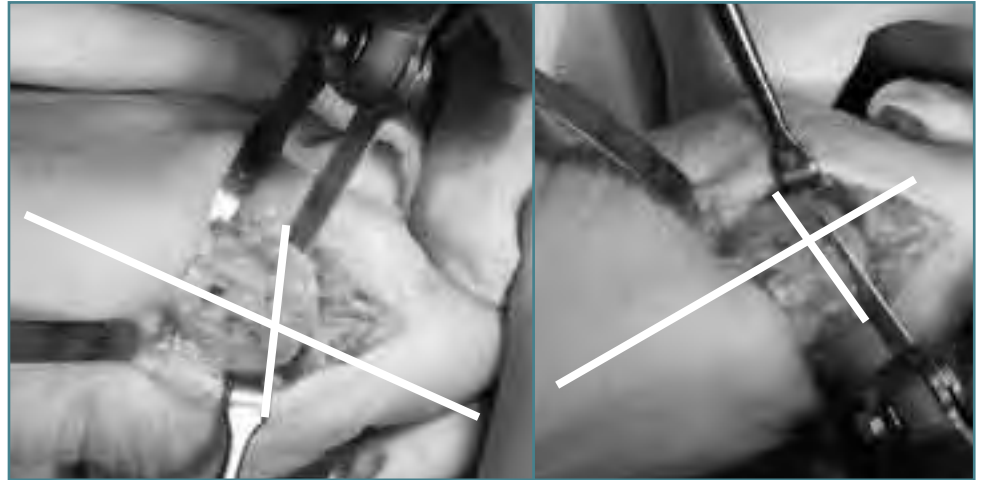


Figura 5. Terminada la resección de metatarsiano y falange, comprobación de un espacio entre 17 y 19 mm entre ambas superficies de corte.

Figure 5. After the phalangeal and metatarsal resection, assessment of the space (17 to 19 mm) between the resection surfaces.



Figura 6. Comprobación de que el contacto de ambas superficies de corte condiciona que el eje del dedo sea paralelo al plano de carga.

Figure 6. Checking that the contact between the two resection surfaces causes the axis of the toe to be parallel to the load-bearing plane.



*Figura 7. Perforación en el centro de la falange y siguiendo su eje.
Figure 7. Drilling through the center of the phalanx along its axis.*



*Figura 8. Fresado de la falange.
Figure 8. Milling of the phalanx.*



*Figura 9. Perforación en el centro de la superficie de sección del metatarsiano y perpendicular al plano de corte.
Figure 9. Drilling into the center of the resection surface of the metatarsal bone, perpendicular to the resection plane.*



Figura 10. Fresado del metatarsiano perpendicular a la superficie de corte.
Figure 10. Milling of the metatarsal bone perpendicular to the resection surface.



Figura 11. Bajo tracción axial la prótesis de prueba debe permitir un espacio de 5 mm.
Figure 11. Under axial traction, the test prosthesis must allow for a 5-mm space.



Figura 12. Inserción de prótesis metatarsiana.
Figure 12. Insertion of the metatarsal prosthesis.



Figura 13. Inserción de prótesis de falange.
Figure 13. Insertion of the phalangeal prosthesis.



Figura 14. Ambas prótesis insertadas.
Figure 14. Both prostheses have been inserted.



Figura 15. Eliminación de exostosis del metatarsiano y falange.
Figure 15. Elimination of exostoses from the metatarsal bone and the phalanx.



Figura 16. Impactación de la cabeza del metatarsiano y la base de la falange.

Figure 16. Impaction of the metatarsal head and of the base of the phalanx.



Figura 17. Reducción de ambos componentes protésicos.

Figure 17. Reduction of both elements of the prosthesis.



Figura 18. Cierre y comprobación de movilidad.

Figure 18. Closure and mobility checking.



Figura 19. Vendaje postoperatorio y bloqueo anestésico del nervio tibial posterior
Figure 19. Postoperative bandaging and anaesthetic blockage of the N. tibialis posterior.