

MIS CINCUENTA DÍAS EN LA UNIDAD DE PIE DEL HOSPITAL CLÍNICO DE MADRID

Miguel Alonso Galán

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

A pesar de que el tratamiento quirúrgico del pie y tobillo constituye una especialidad de la Traumatología no muy valorada por los profesionales de mi hospital (dada la dificultad de obtener buenos resultados), mi vocación y mis deseos de convertirme en traumatólogo surgieron durante mi época de estudiante de Medicina asistiendo a una operación de *hallux valgus*.

Me llamo Miguel Alonso Galán y soy residente de 4.º año en el Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina (o la ciudad de la cerámica, como popularmente se la conoce). A principios del año pasado planteé a mis tutores la posibilidad de hacer una rotación de pie para ampliar mis conocimientos en esta materia, que por cierto eran más bien escasos, puesto que en nuestro servicio no existe una unidad de este tipo.

Mi tutora, la Dra. Cabello, y uno de los adjuntos, el Dr. Vicario, me recomendaron que solicitara una estancia en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, en la Unidad de Pie, supervisada por el Dr. Galeote, del que guardaban gratos recuerdos, ya que habían sido residentes en ese centro hospitalario.

Con estas credenciales no me lo pensé dos veces y me puse de inmediato en contacto vía e-mail con el Dr. Galeote, quien amablemente se prestó a acogerme sin ningún problema. Una vez resuelta la cuestión burocrática, en octubre de 2013 comencé mi andadura como rotante externo en el Clínico San Carlos.

El primer día me citaron a las 8:15 a.m. en el aula de Traumatología que se encuentra en la planta 5.ª Sur. Cuando atravesé la puerta del hospital y subí en el ascensor que me llevaría a mi destino, me asaltaron algunas dudas porque desconocía el trato que iba a recibir y el ambiente de trabajo que iba a encontrar; pero desde el primer momento mis sensaciones fueron muy positivas, porque el jefe de la Unidad de Pie, el Dr. Enrique Galeote, me acogió con gran cordialidad y me presentó a su equipo, formado por la Dra. Elena Manri-

que (gran profesional y estupenda persona), la Dra. Zulema Cardoso y una residente, la Dra. Camilla Arvinus. Esa misma mañana, tras la sesión del servicio, en la que los residentes exponen los casos más significativos de la guardia del día anterior, conocí a varios reputados traumatólogos del hospital, entre ellos el jefe de servicio, el Dr. López-Durán Stern.

En lo que se refiere a mi día a día en la unidad, se estructuraba de la siguiente manera:

• **En cuanto a la jornada laboral:**

– Los lunes y viernes, actividad quirúrgica en el quirófano 5 de la planta 5.ª Sur; y los jueves, en los quirófanos de la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

– Los martes, día de consulta en el ambulatorio de la calle Modesto Lafuente, número 21.

– Los miércoles la unidad no funcionaba. Era el día que el Dr. Galeote dedicaba, con los neurólogos del hospital, a explorar, comentar y decidir el mejor tratamiento de sus pacientes neurológicos.

Antes de mi llegada, la unidad desarrollaba la mayor parte de su actividad, tanto quirúrgica como las consultas, en el Pabellón 8 de la UCM, un edificio adyacente al hospital que yo no llegué a conocer, ya que para entonces lo habían clausurado. El equipo destinado en este pabellón (enfermeras, auxiliares y celadores) era permanente y estaba habituado al método de trabajo de la unidad, lo que favorecía la agilización del mismo.

• **Por lo que respecta a la actividad quirúrgica y de consulta desarrollada, consistía:**

– En el quirófano de los lunes se solía operar retropiés y tobillos. Así pude ver osteotomías de calcáneo (técnicas de Evans y de Koutsogiannis) para el tratamiento del pie plano; artrodesis tibioastragalina con dos tornillos (por vía anterior en una ocasión y lateral las demás) y hasta una artroplastia. Esta última fue una de las razones por las que me propuse hacer mi rotación en este hospital, ya que me constaba que era uno de los más experimentados del país a la hora de

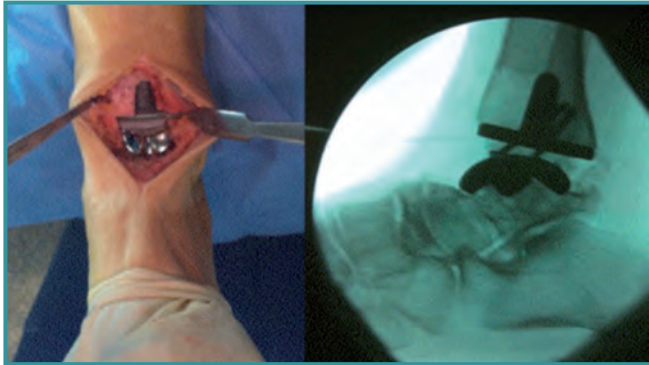


Figura 1. Prótesis total de tobillo Mobility™.

Figure 1. Mobility™ total ankle prosthesis.

poner prótesis totales de tobillo. Antiguamente la prótesis que se utilizaba en la unidad era el modelo Ramses®. Actualmente se emplea la Mobility™ (Figura 1). La maestría del Dr. Galeote se hizo patente al colocar esta prótesis con gran habilidad, como si de una prótesis total de rodilla primaria se tratara. Se comenzó por el abordaje, por la vía anterior, con una disección cuidadosa de las partes blandas, hasta exponer la articulación del tobillo. A continuación se procede a la osteotomía tibial que, en palabras del cirujano, constituye la parte más complicada de la cirugía: conseguir una buena osteotomía del borde posterior de la tibia. Las plantillas utilizadas para el labrado del hueso me mostraron lo artesanal de esta cirugía, sobre todo a la hora de realizar los cortes y el fresado de la cúpula astragalina. Una vez tallado el hueso, el componente tibial y astragalino encajan a la perfección. Al colocar un tercer componente (polietileno) se comprueba la estabilidad y el balance articular de la prótesis.

– En la consulta de los martes pude ver gran variedad de patología del antepié, el retropié y el tobillo. Lo más habitual en el antepié eran los *hallux valgus*, los *hallux limitus*, las metatarsalgias, dedos en garra, en martillo, síndrome del segundo espacio, tanto en su fase prequirúrgica –donde aprendí cómo explorar de forma adecuada un pie e indicar los procedimientos quirúrgicos apropiados para cada patología– como en su evolución posquirúrgica –donde pude constatar que con una osteotomía bien indicada se obtienen grandes resultados–. Otra patología común del antepié era el neuroma de Morton que, aunque pueda parecer muy básico, aprendí a diferenciar, mediante una correcta exploración, de las metatarsalgias. Por lo que respecta al retropié, pude ver patología muy dispar, desde la enfermedad de Haglund hasta los pies planos y cavos estructurados, pasando por osteocondritis de astrágalo, artrosis de tobillo postraumática y artritis reumatoide, enfermedad de Müller-Weiss, etc. Otras patologías que llegué a ver en consulta, en mi opinión de enorme complejidad, fueron los pies diabéticos y neurológi-



Despedida a la asturiana. De izquierda a derecha: Dra. Elena Manrique, Dr. Enrique Galeote, Dra. Camilla Arvinus y yo.

Farewell to the Asturian way. From left to right: Dr. Elena Manrique, Dr. Enrique Galeote, and Dr. Camilla Arvinus.

cos: enfermedad de Charcot, mal plantar, secuelas de polio, etc. Asimismo, durante las consultas aprendí que no todo es cirugía en el pie y que a veces (o diría con frecuencia) un tratamiento conservador mediante plantillas conformadas u ortesis es la solución más idónea.

– Los jueves se operaba antepié en la UCM: osteotomías de *scarf*, Keller-Brandes, Akin y, en una ocasión, artrodesis de Lapidus, para el tratamiento del *hallux valgus*. En varias ocasiones asistí al tratamiento del *hallux limitus* mediante osteotomía de Weil. Para el tratamiento de las metatarsalgias y dedos en martillo lo más empleado eran las osteotomías de Weil, el alargamiento de los extensores, la tenotomía de los flexores y la artrodesis o artroplastia de la articulación interfalángica proximal.

– Los viernes casi siempre se operaba antepié, aunque tenían cabida otras cirugías. De hecho, fue en viernes mi primer y también mi último quirófano en la unidad. Siempre recordaré la primera cirugía a la que asistí durante mi rotación: fasciotomía plantar percutánea. Fue llevada a cabo por la Dra. Manrique, quien me describió cómo secciona los tres fascículos mediales de la fascia, preservando íntegro el lateral para no dañar el nervio de Baxter.

En varias ocasiones me permitieron, siempre bajo su supervisión, como es lógico, actuar como cirujano principal en la corrección de *hallux valgus*. Además, ya he podido comenzar a aplicar en mi hospital parte de los conocimientos adquiridos con el equipo del Dr. Galeote.

Asimismo, asistí a la reunión del Grupo de Pie y Tobillo de la Comunidad de Madrid, que se celebra cada dos meses en el propio Hospital Clínico, donde los mejores cirujanos en la

materia debaten los casos más complicados que se les han presentado, siempre en un ambiente distendido y amistoso.

En definitiva, lo que puedo decir de mi experiencia de estos dos meses y medio es que ha sido un aprendizaje breve pero fructífero, no sólo a nivel profesional sino también personal, porque el equipo encabezado por el Dr. Galeote está formado por grandes profesionales pero, sobre todo, por estupendas personas (lo que no siempre es fácil de encontrar en un

mundo tan competitivo como el de la profesión médica). Me voy con importantes conocimientos, aunque soy consciente de que me queda muchísimo por aprender, pero también con la sensación de que tengo en el Hospital Clínico unos amigos que me ayudarán a resolver las innumerables dudas que se me presenten en esta andadura que he comenzado y que para mí se ha convertido en una pasión y un objetivo: ser un buen cirujano de pie y tobillo.