

UNA EVOLUCIÓN DE LA OPERACIÓN DE BRANDES-LELIEVRE

BARCELONA

Dr. E. TORNER BADUELL

Veinte años de fidelidad a la operación de Brandes-Lelievre 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 anatomopatológico 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.

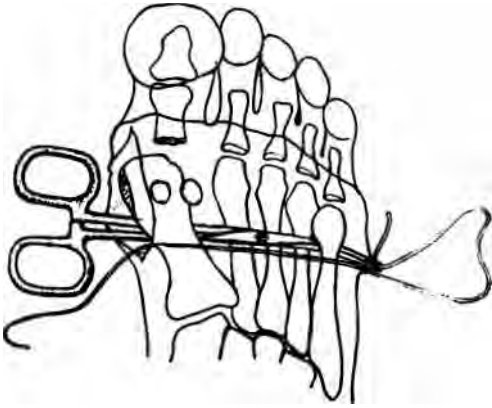


Fig. 2

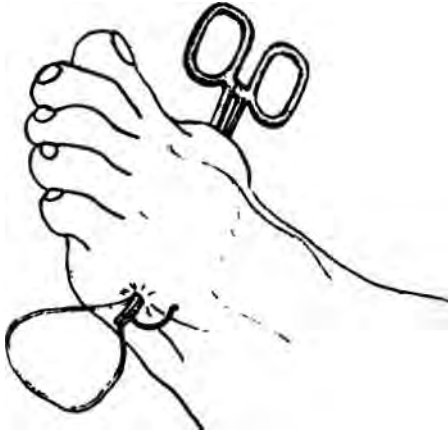


Fig. 3

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 externos del pie y hacer prominencia bajo la piel y la exteriorizamos a

través de una mínima incisión de 3 mms. 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 glenoflexora 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.

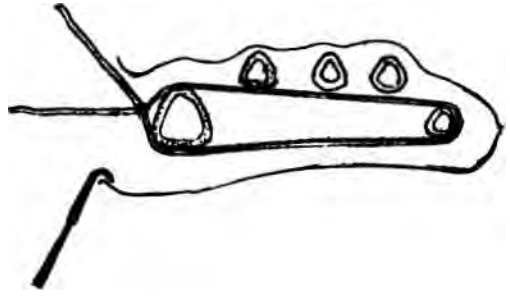


Fig. 5