

TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS JUVENIL. MODIFICACIÓN AL CERCLAJE FIBROSO DE LELIEVRE

SERVICIO TRAUMATOLOGÍA Y
CIRUGÍA ORTOPÉDICA
CLÍNICA TRES TORRES (BARCELONA)

Dr. C. ABELLÁN MIRALLES
Dr. A. DALMAU COLL
Dr. A. VILADOT VOEGELI
Prof. A. VILADOT PERICÉ

RESUMEN

Se presentan los resultados obtenidos, sobre cincuenta tratamientos quirúrgicos realizados en pacientes con hallux valgus juvenil, utilizando una modificación al cerclaje fibroso de Lelievre.

Junto al cerclaje fibroso, realizamos una remodelación de la base de la falange, actuando sobre la corona osteofítica que en ella se forma, respetando el cartílago central articular. Con esto se facilita la corrección del hallux valgus, que muchas veces se encuentra dificultada porque la cabeza del metatarsiano no forma una esfera geométrica, y al encajar perfectamente en la base de la falange y ser rodeada por la corona osteofítica, no es posible la corrección.

Al mismo tiempo, realizamos la desinserción del fascículo transversal del abductor, que es otro de los factores que dificultan la reducción.

En los casos en que el dedo es demasiado largo, fórmula egipcia, la inter-

vención se complementa con una resección oblicua de la porción distal de la primera falange.

INTRODUCCIÓN

Para el tratamiento del Hallux Valgus Juvenil, se ha realizado en nuestro Servicio, como técnica quirúrgica, el cerclaje fibroso de Lelievre, obteniéndose hasta la fecha buenos resultados funcionales. Como ya es conocido, al realizar la artrotomía de la articulación metatarso falángica, puede observarse en la mayoría de los pacientes con hallux valgus juvenil, la existencia de un cartílago articular en la base de la primera falange con unas características macroscópicas conservadas, con escasos signos degenerativos. Así pues hasta ahora, se ha realizado la resección de la «exóstosis» de la cabeza del metatarsiano y el recentraje de los sesamoideos mediante el cerclaje fibroso de Lelievre.

Al realizar la artrotomía metatarso fa-

lángica, hemos apreciado, en la base de la primera falange, la existencia de unas alteraciones degenerativas alrededor de la misma, que provocan que esta base de la falange adopte una forma de corona, a la cual denominamos **CORONA OSTEOFÍTICA PERIARTICULAR**. Esta corona, cuando es exuberante actúa como si de un «Casquete» se tratara rodeando e incluyendo en su interior a la cabeza del metatarsiano. Esta adaptación anatómica degenerativa crea una articulación de morfología cotiloidea en la cual la cabeza del metatarsiano encajará perfectamente en la base de la primera falange, con lo que se verá dificultada la reducción del hallux valgus al no facilitarse la adducción de la articulación.

Creemos pues, que la existencia de esta corona, crea problemas de reducción del hallux valgus, por ello una vez realizada la artrotomía y la luxación de la articulación metatarso falángica, procedemos a resecar con pinza gubia, el conjunto osteofítico creado, preservando la zona central articular con su cartílago. Una vez eliminado este tope óseo que supone la existencia de esta corona osteofítica, se verá facilitada la reducción del valgus.

Al mismo tiempo realizamos una desinserción del fascículo transverso del músculo abductor, que será otro elemento que dificultará la reducción, y el cerclaje fibroso de Lelievre que nos recenstrará a los sesamoideos y nos mantendrá la adducción del primer metatarsiano.

Como complemento a la técnica descrita, en los casos en que exista un dedo muy largo con problemas con el calzado favoreciendo la recidiva del hallux valgus, lo que realizamos es una osteotomía-resección de la cabeza de la primera falange, adoptando una dirección oblicua, consiguiendo así un acortamiento de la longitud del dedo y una abducción de la segunda falange que nos mejorará el aspecto estético del antepie.

MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado una revisión de 50 pies intervenidos durante los dos últimos años, 1991 y 1992, utilizando la técnica modificada del cerclaje fibroso de Lelievre para el hallux valgus juvenil.

De los 50 pies intervenidos, 46 correspondían a mujeres y 4 a hombres. La edad de estos pacientes ha oscilado entre los 27 y los 62 años.

En 21 casos se practicó sólo el cerclaje fibroso de Lelievre junto con la resección de la corona osteofítica de la base de la primera falange. En 13 ocasiones se añadió una tenotomía subcutánea de los tendones extensores; en 11 casos un alargamiento del tendón extensor del primer dedo, en 9 casos una abertura de la articulación cuneo-metatarsiana y también en 9 casos se añadió una artrodesis de la articulación interfalángica proximal en el resto de los dedos, por presentar dedos en garra, en número de 1 a 2 por pie; en 3 casos se adjuntó la resección de la cabeza de la primera falange, en 2 pies se practicó una alineación metatarsal. En el resto de los casos se añadió: una extirpación del neuroma de Morton, una resección de la cabeza del segundo metatarsiano, una reducción de luxación metatarso falángica del segundo dedo, una osteotomía del cuarto metatarsiano y un juanete de sastre. En dos casos, la intervención se acompañó, en el pie contralateral de una intervención de Brandes-Lelievre-Viladot. (Esquema 1).

Los parámetros de valoración que se han seleccionado son:

- Aspecto estético.
- Dolor.
- Movilidad.
- Marcha.
- Calzado.

50. Cerclaje fibroso de Lelievre + resección corona osteofítica.
21. Resección corona osteofítica.
13. Tenotomía subcutánea tendones extensores.
11. Alargamiento tendón extensor primer dedo.
9. Abertura articulación cuneo-metatarsiana.
9. Artrodesis articulación interfalángica proximal resto dedos.
3. Resección cabeza primera falange.
2. Alineación metatarsal.
1. Neuroma de Morton.
1. Resección cabeza segundo metatarsiano.
1. Reducción luxación metatarso falángica segundo dedo.
1. Osteotomía cuarto metatarsiano.
1. Juanete de Sastre.
2. Brandes-Lelievre-Viladot pie contralateral.

Esquema 1: *Intervenciones realizadas.*

ASPECTO ESTÉTICO. Valorado de forma subjetiva por el propio paciente, en la mayoría de los casos, se cuantificó en: EXCELENTE en 12 casos, BUENO en 31 casos, REGULAR en 6 casos de los cuales uno presenta un Hallux Extensus y el resto por la existencia de engrosamiento articular. Aparece un caso de MAL aspecto estético subjetivo, por existir inflamación global del dedo.

DOLOR. Sólo en 6 casos se presenta dolor, motivado por: Dolor al iniciar la marcha en dos casos, en los que se había practicado una alineación metatarsal añadida. Tres casos de metatarsalgia, en intervenciones de Brandes-Lelievre-Viladot realizadas en el pie contralateral y en una enfermedad de Arnold-Chiari. Un caso en que se presentan parestesias en el primer dedo.

MOVILIDAD. La movilidad en 33 casos es completa en flexo-extensión; en 5 casos la limitación ha sido mayor del 50%, motivada por problemas cicatriciales en 2 casos, un Hallux Extensus y dos casos por problemas de engrosamiento articular. En 12 casos la limitación ha sido menor del 50%, en pacientes de evo-

lución postoperatoria de entre 3 y 6 meses. No se ha presentado ningún caso de rigidez articular.

MARCHA. Se han presentado 7 casos de dificultad para la marcha, en intervenciones a las cuales se ha añadido un Brandes-Lelievre-Viladot contralateral en 2 ocasiones, alineación metatarsal en 1 caso y en dos pacientes que presentaban una enfermedad de Arnold-Chiari y una enfermedad neurológica de base.

CALZADO. En 9 casos el modelo de calzado ha sido limitado por el uso de plantillas. La utilización de un tacón de 2 ó 3 centímetros se ha dado en todos los pacientes.

DISCUSIÓN

Tras la utilización de la Técnica Modificada del Cerclaje Fibroso de Lelievre, en 50 pies que presentaban un Hallux Valgus Juvenil, con un seguimiento de los mismos de dos años, hemos llegado a la conclusión de que es preciso realizar esta resección-remodelación de la corona osteofítica periarticular de la base de la

ASP. ESTÉTICO:	EXCELENTE	12			
	BUENO	31			
	REGULAR	6			
	MAL	1			
DOLOR:	NO	44			
	SI	6	2	Alineación Metatarsal	
			3	Metatarsalgia	
			1	Parestesias	
MOVILIDAD:	COMPLETA	33			
	LIMITADA	17	5	Mayor del 50%	2 Cicatriciales
					1 Hallux Extensus
				2 Engrosamiento Articular	
		12	Menor del 50%		
	RIGIDEZ	0			
MARCHA:	NORMAL	43			
	DIFICULTAD	7	2	Brandes-Lelievre-Viladot	
				1 Alineación Metatarsal	
				1 Arnold-Chiari	
1 Neurológica de Base					
CALZADO:	NORMAL	41			
	LIMITADO	9		Uso de Plantillas	

Esquema 2: *Resultados de la revisión, realizada sobre 50 pies intervenidos.*

primera falange, para facilitar la reducción de la articulación metatarso-falángica.

Las complicaciones presentadas en los pies intervenidos, no se relacionan directamente con la intervención practicada sobre el hallux valgus, sino que se han relacionado con las intervenciones realizadas sobre otras partes del pie o del pie contralateral o por enfermedades de base.

Los resultados funcionales obtenidos los consideramos como muy satisfactorios. Por tratarse de un seguimiento relativamente corto en relación a la evolución de estos pies intervenidos, no puede hablarse de complicaciones más impor-

tantes que las descritas, ni de recidivas de la patología del Hallux Valgus.

BIBLIOGRAFÍA

- ALMENAR, L.: Patomorfología y patocronia del hallux valgus. Rev.Cir. Osteo., V, 27, 1970.
- AUERBACH, A.: Review of distal metatarsal osteotomy for hallux valgus in the young. Clin.Orthop., 70, 148, 1970.
- CAÑADELL, J.: Tratamiento del hallux valgus. Rev.Ort.Traum., IV, 2, 234, 1960.
- CONFORTY, B.: Comunicación Me-

sa Redonda sobre hallux valgus. Congreso de la S.I.C.O.T. Tel-Avid, 1972.

- HAUGHTON, G.R.: Hallux valgus in the younger patient-The structural abnormality, J. Bone Joint Surgery, vol. 61-B, n.º 2, pág. 176, 1979.

- LELIEVRE, J.: Patología del Pie; Toray-Masson, Barcelona, 1982.

- PIGGOT, H.: The natural history of hallux valgus in adolescence and early

adult life. J. Bone Joint Surgery, 53 B, 5, 1971.

- SCHOLDER, P. et al.: Les traitements du hallux valgus. Chirurgia del Piede, vol. 2, n.º 3, pág. 95, 1978.

- VILADOT, A.: Patología del Antepie; Toray S.A., Barcelona, 1984.

- VILADOT, A. et al.: Quince lecciones sobre patología del pie; Toray S.A., Barcelona, 1989.