

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HALLUX VALGUS POR AUTOARTROPLASTIA

HOSPITAL ANCHIETA
SAO PAULO (BRASIL)

MANLIO M.M. NAPOLI
MARCIO BENEVENTO
PAULO ROBERTO M.M. LANNA
WALTER W. HARRIS

RESUMEN

El cirujano ortopédico, al elegir el mejor tratamiento quirúrgico para el hallux valgus, debe de tener en cuenta la edad, el grado de deformidad, la rigidez de la metatarso-falángica del primer radio, y otras deformidades que pueden asociarse.

Los Autores presentan su experiencia con uno de los diversos métodos que existen para el tratamiento del hallux valgus. Este método es la autoartroplastia de la base de la falange proximal, junto con la artroplastia y capsulorrafia de la primera metatarso-falángica, como describen REGNAULD y VALENTI.

Se exponen las indicaciones específicas para este método. Se han estudiado 107 pacientes (98 mujeres y 9 hombres), con un total de 190 pies.

Los Autores piensan que la autoartroplastia es eficaz porque mantiene la movilidad de la primera articulación metatarso-falángica, permite la deambulación precoz del paciente, no precisa yeso, y es posible corregir otras deformidades asociadas.

Los buenos resultados obtenidos han estimulado a los Autores a continuar usando este método y a recomendarlo a otros.

INTRODUCCIÓN

Se han descrito y propuesto diversos métodos para el tratamiento quirúrgico del hallux valgus.

Solamente puede obtenerse un buen resultado cuando se considera la etiopatogénesis de la deformidad en su conjunto, se valora la función global del antepie y se dominan varias técnicas quirúrgicas.

Cualquiera que sea el método usado, el cirujano ortopédico debe tener fundamentalmente en cuenta la presencia o no de dolor, junto con otros factores como la edad, grado de deformidad, rigidez de la metatarso-falángica del primer radio, y otras posibles deformidades.

Presentamos nuestra experiencia con un método descrito por primera vez en nuestro país por VALENTI⁴ basándose

en los trabajos de REGNAULD¹. La operación es conocida como autoartroplastia metatarso-falángica del hallux.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ciento noventa autoartroplastias se han llevado a cabo, desde 1980 a 1991, en 107 pacientes (98 mujeres y 9 hombres). La edad media de los pacientes era de 54,8 años (oscilando entre 15-79). La operación se realizó bilateralmente en 83 pacientes y unilateralmente en 24 (12 en cada lado).

La edad se distribuía de la siguiente forma:

- Menos de 40 años 10 pacientes
- De 41 a 50 años 15 pacientes
- De 51 a 60 años 38 pacientes
- De 61 a 70 años 35 pacientes
- Más de 70 9 pacientes

Asociadas al hallux valgus se presentaron las siguientes deformidades:

- Sobrecarga de las cabezas de otros metatarsianos, principalmente del segundo.
- Luxación metatarso-falángica de otros dedos.
- Dedos en garra.
- Dedos en martillo.
- Valgus de la quinta metatarso-falángica.
- Quiste óseo del primer metatarsiano.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La operación fue realizada bajo anestesia raquídea en la mayoría de los casos. Las operaciones bilaterales se realizaron en el mismo día. Se usó isquemia con manguito neumático colocado en la raíz

del muslo. En los casos bilaterales se usó manguito neumático en el lado operado en primer lugar y un torniquete de Es-march en el tercio distal del otro miembro, que fue colocado justo antes de comenzar la operación en ese lado. Se práctica una incisión longitudinal interna de unos 7 cms. sobre la articulación metatarso-falángica del hallux, llegando hasta el hueso. Ligadura de los vasos, cuando es necesario. Se desinserta la cápsula y se hace una incisión circular perióstica de la falange proximal del hallux a 2,5 cm. del metatarsiano. Se luxa la articulación metatarso-falángica. Se secciona el tercio proximal de la falange proximal del hallux (Fig. 1) por medio de una sierra oscilante o manual. Curetaje de la parte distal de la falange (Fig. 2). Se extirpa la exóstosis y se prepara la cabeza metatarsiana. Se prepara la parte proximal reseca de la falange extirpando la cortical y manteniendo su base. La base de la falange debe ser liberada de cualquier inserción capsular o ligamentosa, así como de los posibles osteofitos. La parte distal de la base de la falange es entonces implantada en la parte distal de la falange (Fig. 3), ajustada e impactada con un mazo apropiado. Una vez realizada la reducción de la articulación

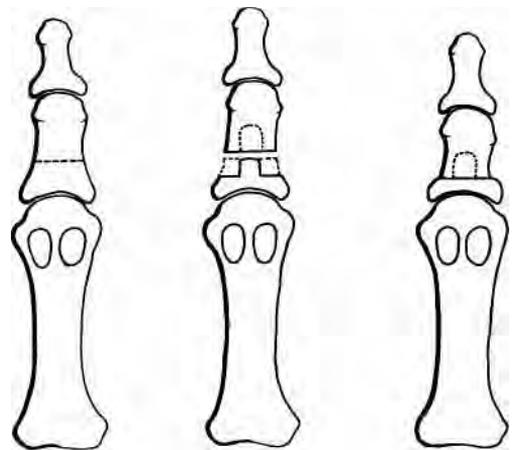


Fig. 1: Auto-artroplastia. izquierda: osteotomía de la falange; centro: preparación del injerto; derecha: injerto colocado.



Fig. 2: *Curetaje y preparación de la falange para adaptarse al injerto.*



Fig. 3: *Implantación del injerto.*



Fig. 4: *Injerto colocado.*

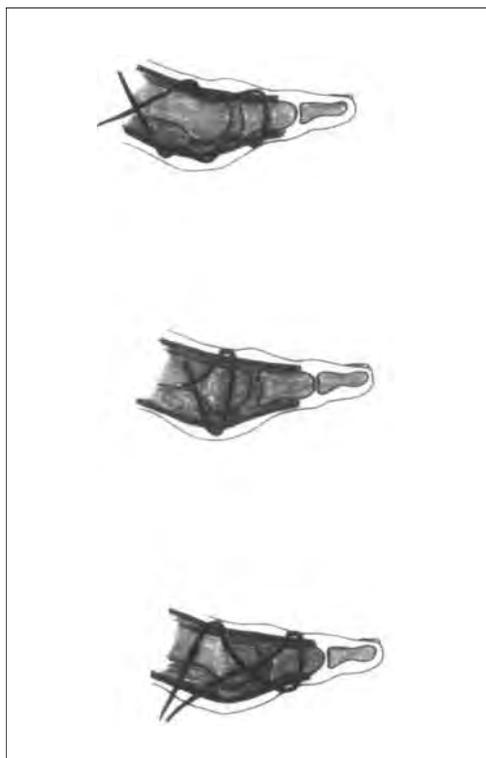


Fig. 5: *Cierre capsular y las tres suturas.*

metatarso-falángica (Fig. 4) se lleva a cabo la capsulorrafia (Fig. 5), usando tres suturas en un plano. La técnica de sutura es la siguiente: Se hace una sutura en forma de U, comenzando en el borde proximal inferior, pasando exactamente por la parte interna del sesamoideo interno y continuando hasta el borde inferior distal, llegando a la parte distal del borde anterior hasta su tercio proximal. Mientras el ayudante aplica una moderada tracción, flexiona plantarmente el hallux y corrige el varus metatarsiano, se anuda la sutura. La segunda sutura es un simple punto de refuerzo y pasa perpendicularmente a la incisión capsular, en el cuello del metatarsiano. En caso necesario, el exceso de los bordes puede ser resecaado. Finalmente se aplica una tercera sutura en forma de ocho. Comienza

en la parte proximal del borde plantar, pasa a la parte distal del borde dorsal, cruza a la parte distal del borde plantar y entonces sigue a la parte proximal del borde dorsal, para volver a la parte pro-

ximal del borde plantar, saliendo en la zona de comienzo de la sutura y completando la figura de ocho. Esta sutura corrige el valgus residual del hallux. También corrige de interno a externo la rotación axial, obtenida por la forma de la sutura si empieza más lejos en el borde inferior, en su tercio distal; al apretar la sutura en forma de ocho, se produce una rotación axial del hallux, como se deseaba. El material usado en el cierre capsular es catgut calibre 0 de reabsorción lenta; en el tejido subcutáneo, catgut simple calibre 000 y la incisión de piel se cierra con nylon calibre 00. Se aplica un apósito simple y un vendaje compresivo. Se hace una radiografía AP del antepie, que debe mostrar una perfecta reducción de la luxación preoperatoria de los sesamoideos que acompaña al síndrome del hallux valgus. Debe comprobarse también la corrección del metatarsus varus (Fig. 6). El pie es elevado y se



Fig. 6: Radiografía postoperatoria: obsérvese la reducción de la luxación de los sesamoideos y del metatarso varus.

manda al paciente que movilice sus dedos, incluyendo al hallux. Siete días más tarde se cambia el apósito y se autoriza al paciente a caminar, con carga total. Al cabo de 21 días se quitan los puntos de sutura. Clínicamente, la curación se basa en la reabsorción del edema, aunque deben mantenerse los cuidados hasta los seis meses de la operación, para evitar la recidiva del edema.

Debido a que hay que tener en cuenta la función del pie en su totalidad, en este estudio, junto con la auto-artroplastia del hallux, se han llevado a cabo otras intervenciones:

- Plastia de la quinta metatarsofalángica.
- Técnica de Parrish.
- Técnica de Ruiz Mora.
- Resección de neuroma de Morton.
- Injerto óseo en el primer metatarsiano.

Se han presentado las siguientes complicaciones:

- Infección..... 7
- Luxación metatarso-falángica del segundo dedo..... 2
- Desplazamiento del injerto óseo... 1
- Osteocondritis de la cabeza metatarsiana..... 1

Todas las infecciones han sido superficiales, curando con tratamiento antibiótico específico.

RESULTADOS

Morfológica y funcionalmente, los resultados han sido uniformemente satisfactorios, excepto cuando han surgido complicaciones. Hay que subrayar el buen grado de flexión plantar y dorsiflexión de la articulación metatarsofalángica del hallux.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la edad, el grado de desviación y la patología del primer radio, el tratamiento quirúrgico puede ser dividido en los siguientes tipos de técnicas:

- Simple resección de la exóstosis.
- Operaciones sobre partes blandas.
- Osteotomía del primer metatarsiano.
- Artrodesis del dedo.

Diversas características deben tenerse en cuenta en el tratamiento del hallux valgus, pero el dolor es el aspecto primordial en la indicación del tratamiento quirúrgico. Por simples razones estéticas nunca debe operarse un hallux valgus.

Hay que saber reconocer posibles patologías del primer radio, como varus, acortamiento, o hiper movilidad del primer metatarsiano, y la presencia de cambios degenerativos en la cabeza del metatarsiano o en la base de la falange proximal del hallux, que posiblemente podrían hacer irrealizable la cirugía.

Debe evaluarse la situación vascular general y local, porque las arterias en el hallux son terminales y cualquier déficit puede agravarse con una cirugía inoportuna.

La edad del paciente contraindica ciertas técnicas, como las osteotomías y las artrodesis, debido a la prolongada inmovilización. La carga precoz debe permitirse cuando sea posible, para evitar complicaciones vasculares.

Junto con la infección pueden aparecer otras complicaciones como recidiva de la deformidad, hiper corrección con el hallux en posición de varus, y cambios degenerativos de la metatarso-falángica con rigidez articular. Recidiva e hiper corrección son dos complicaciones que desacreditan a la técnica y al cirujano.

No ha habido casos de recidiva ni de hiper corrección en la presente serie.

Deben hacerse algunas consideraciones en relación al injerto y a su supervivencia.

El seguimiento de los casos a partir de 1968 y las 8.000 operaciones realizadas por Regnaud² y otros autores confirman la estabilidad a largo plazo y la buena función del injerto. Valenti³, en 1976, estudia el injerto osteocartilaginoso radiológica e histológicamente en 102 operaciones realizadas en 1975. La reconstrucción es funcional y morfológicamente perfecta en 96% de los casos, y en 87% hubo completa recuperación de la movilidad articular. Desde entonces, Valenti ha llevado a cabo unas 2.000 operaciones con la misma calidad de resultados.

Regnaud¹ cree que los líquidos sinovial articular e intersticial son los responsables de la nutrición del injerto osteocartilaginoso, que se mantiene fijo por la compresión a través de la acción muscular, la tensión de la cápsula y la perfecta coaptación de la espiga dentro de la falange.

Las indicaciones de la auto-artroplastia van más allá del hallux valgus, incluyendo el hallux rigidus y pies previamente operados (excepto en casos en que se empleó la técnica de Keller), a cualquier edad, con una indicación primordial en pacientes con antepie de configuración Egipcia.

CONCLUSIONES

La autoartroplastia permite la carga precoz y la marcha sin ningún tipo de yeso, no es necesaria ninguna resección del primer metatarsiano (exceptuando la exóstosis), permite la corrección simultánea de otras deformidades y proporciona resultados satisfactorios tanto morfológica como funcionalmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. REGNAULD, B.: Technique personnelle de la cure chirurgicale de l'hallux valgus. Ann. Podol. 6: 395, 1968.
2. REGNAULD, B.: The foot. Berlin, Springer-Verlag, 1986, pp. 270-277.
3. VALENTI, V.: Evoluzione radiografica e clinica de trapianto osteo-cartilagineo secondo Regnault nell'intervento per alluce valgo. Minerva Ortop. 27: 334, 1976.
4. VALENTI, V.: Comunicación personal.