

TRATAMIENTO DEL HALLUX FESSUS POR DOBLE COLGAJO CAPSULAR: TÉCNICA PERSONAL

ISTITUTO DI CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA
UNIVERSITA DI MODENA

F. BARCA

RESUMEN

Después de haber dado la definición personal del hallux fessus, el autor describe una técnica quirúrgica para el tratamiento del hallux rígido secundario al tratamiento quirúrgico del hallux valgus. Propone las premisas técnicas y refiere los resultados obtenidos en 15 casos tratados con esta técnica.

Junto al hallux rígido primario existe una patología secundaria a las operaciones sobre el hallux o sobre el antepié y denominada «Hallux rígido yatrógeno». Aunque si con tales términos se entiende un daño involuntario de origen médico, en los casos en que se pueda encontrar un error de indicación, un error de técnica, una constancia y una perseverancia a recaer en los mismos errores, bajo mi punto de vista es preciso hablar de «Hallux Fessus» (del latín: fessus, a, um). También en los casos en que hay una obstinación terapéutica excesiva debemos hablar de hallux fessus.

La metodología que se presenta en este trabajo nace del intento de limitar

los daños funcionales residuales del pie después de los fracasos operatorios. Para ello aprovecha la hiperplasia fibrosa capsular, cuando es imposible un tratamiento con prótesis a causa de una falange pequeña y ante la imposibilidad de efectuar una artrodesis.

TÉCNICA

Se efectúa una incisión curvilínea de concavidad superior en la cara interna entre la piel dorsal y plantar. En la cápsula se efectúa una incisión amplia en «U» de base distal (Fig. 1 A-A'), preparando un amplio colgajo y liberándolo de las adherencias de la falange y del metatarsiano. Después de la osteotomía de la base de la falange (si es necesario), se preparan en la misma con una broca del 3,5 cuatro agujeros en las horas 3, 6, 9 y 12 (Fig. B-C); después se duplica el colgajo capsular (Fig. B') utilizando la lámina interna para cubrir la base de la falange (Fig. C'), sin dejarla en tensión para permitir un buen desplazamiento hacia adelante, utilizando los cuatro agujeros ya preparados (Fig. C'', C'). Una aguja de Kirchner a través de la segunda

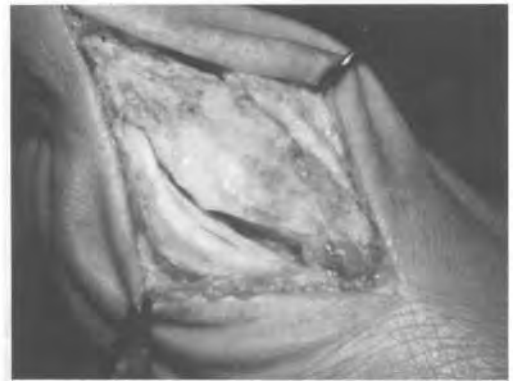
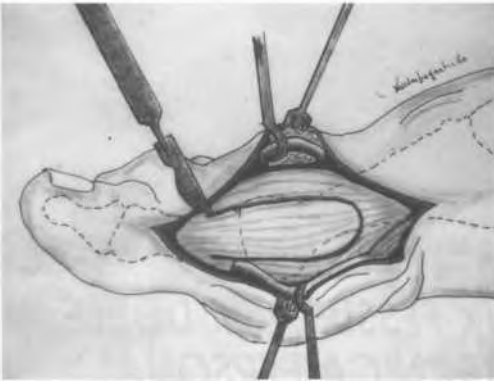


Fig. 1. A-A': Incisión en «U» de la cápsula con la base distal.

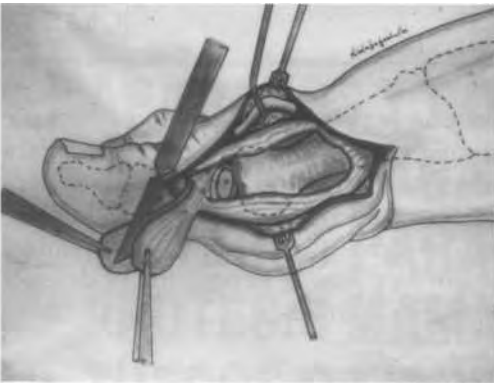


Fig. 2. B-B': Duplicación del colgajo capsular.

falange permitirá valorar la exacta tensión diastásante (Fig. D-D') y la necesidad o no de efectuar un alargamiento en Z del extensor largo, dejando proximalmente un «gap» capsular para evitar retracciones ulteriores. Durante 20 días se mantiene en tracción (Fig. E) efectuando al mismo tiempo una movilización pasiva en extensión. Luego se permitirá la carga sobre el antepié con ayuda de una plantilla.

CASUÍSTICA

Desde el año 1984 hasta 1991 han sido tratados con esta metódica 15 pacientes del sexo femenino que presentaban

un hallux fessus (todas las pacientes habían sido operadas por hallux valgus y/o alineamiento de las cabezas metatarsianas, con eventual osteotomía y síntesis de las bases metatarsianas en un segundo tiempo). Cada paciente había sido sometida, en promedio, a dos operaciones, y todas habían presentado, antes de la primera operación, patología dolorosa solamente del hallux y sin metatarsalgia, lo que se evidenciaba con la anamnesis y las radiografías previas a la operación; todas podían resolverse con las usuales técnicas operatorias. La marcha en supinación dolorosa estaba presente en todos los casos. Todas las pacientes se presentaban desconfiadas ante la propuesta de una nueva operación, rechazando la artrodesis de la metatarso-

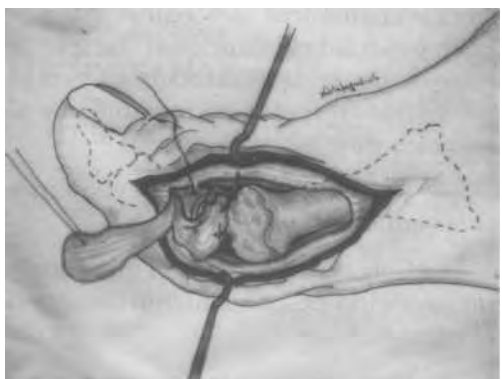
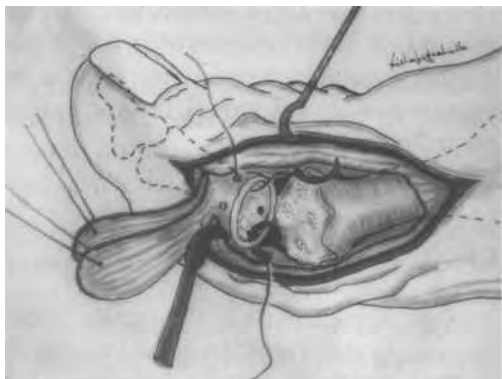


Fig. 3. *C: Preparación de cuatro agujeros; C'-C'': la base de la falange cubierta con la lámina interna del colgajo capsular.*

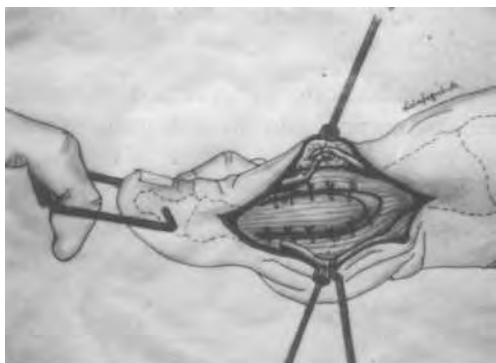


Fig. 4. *D-D': Sutura de la lámina capsular interna y alargamiento en Z del extensor largo.*

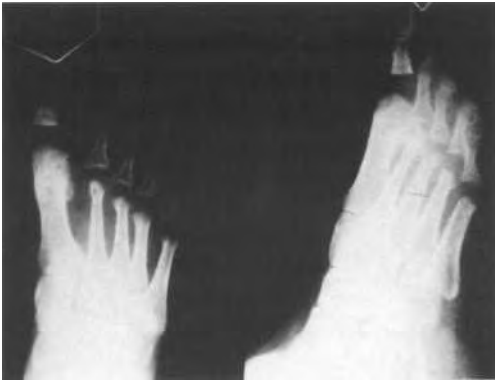


Fig. 5. E: Al cabo de 20 días, antes de retirar la tracción.

falángica. Las pacientes fueron controladas con un follow-up de 2 a 8 años, con un promedio de 5,2 años. En todas las pacientes se logró la desaparición del dolor con una normalización de la marcha. Presentaban un incremento de la dorsiflexión de 20 grados más o menos, a excepción de un caso en el cual se había efectuado una osteotomía de la base metatarsiana, recidivando la rigidez de la metatarso-falángica. En un caso, el primero realizado, fue necesario alargar posteriormente el extensor largo del hallux, después de 8 años, asociando la artrodesis de la IF y la capsulotomía dorsal de la MF. En otro caso se presentaba rigidez al cabo de 5 años debido a la interrupción forzada de la fisioterapia, sin presentar aún dolor durante la marcha.



Fig. 6. F: Antes de la operación y F' después.

14 declaraban estar satisfechas con los resultados de la operación y las 15 pacientes se manifestaron contrarias a las propuestas de operar el hallux valgus contralateral.

CONCLUSIÓN

Esta técnica tiene la ventaja de poder corregir la deformación en anquilosis de la articulación metatarso-falángica (Fig. F-F) aprovechando las mismas formaciones anatómicas del hallux para un buen reequilibrio funcional del pie. Es importante, en la realización de esta intervención respetar al máximo los siguientes puntos:

- Atraumaticidad para evitar sucesivas adherencias;
- Colgajo de base distal que permite un adecuado desplazamiento delante de la cápsula;
- Protección de la articulación con un colgajo capsular, evitando un contacto directo con la piel como en otras técnicas;
- Tracción continua durante 25 días;
- Alargamiento en Z del extensor largo;
- Adecuado programa de rehabilitación comenzado inmediatamente en



el post-operatorio y seguido no menos de 30 días después de retirar la tracción.

La técnica tiene el inconveniente de acortar ulteriormente el Hallux produciendo un plus del extensor y una eventual garra del dedo gordo.

Aunque los resultados puedan considerarse satisfactorios con el paso de los años, todavía hay que reservarla sólo para aquellos casos en los que es imposible practicar una artrodesis de la metatarsofalángica.

BIBLIOGRAFÍA

(1) BARCA, F.; MINGIONE, A.; PREI-

TANO, M.: Proposta di tecnica chirurgica per il trattamento dell'alluce rigido secondario ad intervento per alluce valgo. Atti XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Recerche in Chirurgia Catania Marzo 1989, Tomo 1, págs. 619-622.

(2) GERBERT, J.: Hallus Limitus/Rigidus. From Textbook of Bunion Surgery, 2.º Edition, Futura Publishing Inc., Mount Kisco, NY, 1991.

(3) Reconstructive Surgery of the Foot and Leg. Update 1992. Edited by the Podiatry Institute Georgia.

(4) REGNAULD, B.: Le Pied. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio.