

RESULTADOS CLÍNICOS DE LA RESECCIÓN DE BASES ASOCIADA A LA CIRUGÍA DEL HALLUX VALGUS

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA J.A. CARA
CLÍNICA UNIVERSITARIA. FACULTAD DE MEDICINA D. SCHWEITZER
UNIVERSIDAD DE NAVARRA C. VILLAS

RESUMEN

Se presenta una valoración del resultado clínico de pacientes intervenidos simultáneamente de resección artroplástica de bases de metatarsianos centrales como tratamiento de metatarsalgias por hiperapoyo y corrección de hallux valgus con técnica de Keller-Brandes-Lelievre.

El objetivo de este estudio es determinar la indicación de asociar estas técnicas dado que hay controversia en cuanto a los resultados y hay autores que defienden que se deben hacer por separado.

Se han estudiado 35 pies (20 pacientes) intervenidos en nuestro centro mediante resección de bases y corrección del hallux valgus en el mismo tiempo quirúrgico. Todos eran del sexo femenino y la edad variaba entre 34 y 75 años (media de 52 años). El seguimiento medio ha sido de 31 meses. Se evaluó la existencia de dolor, de callosidades en el área de apoyo de los metatarsianos centrales y la sobrecarga de apoyo en el plantigramo, todo ello en el pre y

post-operatorio. También se evaluaron las complicaciones. Los resultados fueron buenos en el 80% de los casos respecto a la metatarsalgia, en el 83% respecto a la hipercallosidad y en el 86% respecto al plantigramo. Las principales complicaciones fueron: cicatriz dolorosa en el dorso del pie (4 casos) y sobrecarga de metatarsianos laterales asintomática (13 casos). Creemos que la intervención de corrección del hallux valgus asociada a la resección de bases, no influye en el resultado final.

INTRODUCCIÓN

La metatarsalgia, afección relativamente frecuente en las consultas de ortopedia^{6, 8, 13} se beneficia a menudo del tratamiento conservador; cuando éste no es suficiente, se recurre al tratamiento quirúrgico^{2, 7, 9, 11, 14}.

La resección cuneiforme de las bases de los metatarsianos como tratamiento de la metatarsalgia mecánica fue ideada buscando un procedimiento sencillo, poco traumatizante y en el que la corrección de la hiperpresión de las cabezas



Fig. 1: Radiografía AP de un pie afecto de sobrecarga de metatarsianos centrales asociado al hallux-valgus (A). Fue intervenida mediante resección artroplástica de bases de los metatarsianos centrales y corrección del Hallux según técnica de Keller-Brandes-Lelievre (B). A los 3 años de la intervención la paciente se encuentra asintomática (C).

de los metatarsianos viniese dada por el propio paciente bajo el estímulo del apoyo en el post-operatorio inmediato^{1,3,5}. Esta técnica fue publicada en España: por Palazzi y Madrigal¹⁰ aunque fue denominada operación de Rocher por estos mismos autores.

El hiperapoyo metatarsal suele ser debido, en gran número de casos, a una insuficiencia o brevedad del primer radio, a un pie plano anterior, o a anomalías de movilidad metatarsal. Pueden coexistir otras alteraciones coadyuvantes a la metatarsalgia^{6,13} como un hallux valgus, dedos en martillo o una retracción de la aponeurosis plantar.

Existe una controversia en cuanto a los resultados respecto a la cirugía asociada (cirugía del hallux valgus + resección cuneiforme de las bases de los metatarsianos) ya que hay autores que defienden que se debe hacer por separado.

El objetivo de este trabajo ha sido presentar una valoración del resultado clínico de pacientes intervenidos simultáneamente de resección artroplástica de bases de metatarsianos centrales como tratamiento de metatarsalgias por hiperapoyo' y corrección de hallux valgus con técnica de Keller-Brandes-Lelievre.

MATERIAL Y METODOS

Desde 1968 hasta nuestros días han sido intervenidos más de 300 pacientes mediante resección artroplástica de bases y/o corrección quirúrgica del hallux valgus. En el presente trabajo hemos estudiado únicamente 35 pies (20 pacientes) intervenidos en nuestro centro mediante resección artroplástica de bases y corrección del hallux valgus en el mismo tiempo quirúrgico (Figura 1). Todos eran del sexo femenino y la edad variaba entre 34 y 75 años (media de 52 años). El seguimiento medio ha sido de 31 meses.

Se evaluó la existencia de dolor, callosidad en el área de apoyo de los metatarsianos centrales y la sobrecarga de apoyo en el plantigrama, todo ello en el pre y post-operatorio. También se evaluaron las complicaciones.

Respecto a la callosidad, ésta se evaluó a partir de los 6 meses de la intervención con objeto de que diera tiempo a que desapareciera una vez corregido el hiperapoyo de la zona.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos los hemos valorado según el número de pies y no por pacientes, por lo que el número total es de 35 y los podemos resumir en:

Metatarsalgia: Todos los pacientes tenían dolor antes de la intervención de los que 28 mejoraron y 7 continuaron con dolor. Hay que resaltar que de los pacientes que continuaron con dolor, todos, excepto uno, habían sido intervenidos bilateralmente refiriendo que de un pie estaba muy bien y el otro tenía molestias.

El dolor que presentaban los pacientes después de la intervención no tenía una localización fija; destacaban aquellos que referían dolor en el dorso del pie (5 casos). El motivo del mismo no sabríamos explicarlo.

Callosidad: Todos los pacientes tenían una hipercallosidad plantar bajo la cabeza de los metatarsianos centrales; tras la cirugía sólo 6 pies continuaban con callosidad a los 6 meses de la intervención siendo dolorosa en 2 de ellos.

Sobrecarga en Plantigrama : Todos los pacientes presentaban un plantigrama con sobrecarga a nivel de las cabezas de los metatarsianos centrales que tras la intervención mejoraron en 30 pies (Figura 2); los otros 5 continuaban con un

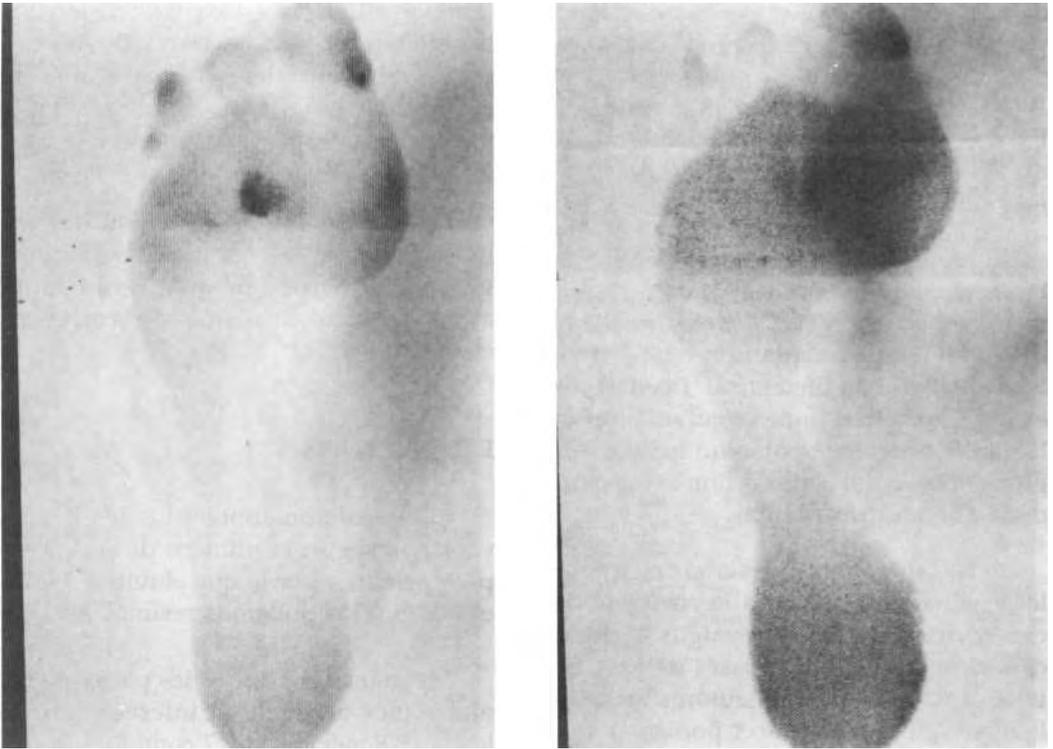


Fig. 2: *Plantigra de paciente afecta de hallux-valgus y sobrecarga metatarsal (A). Tras la intervención podemos observar una mejoría de la sobrecarga central (8 meses de evolución) (B).*

grado más o menos variable de sobrecarga. Cabe destacar que en 13 pies intervenidos se observó una sobrecarga del 1.º y 5.º metatarsiano que fueron asintomáticos (Figura 3).

Las principales complicaciones que hemos encontrado han sido: 4 cicatrices dolorosas en el dorso del pie y la sobrecarga de los metatarsianos 1.º y 5.º que comentamos anteriormente y que no tuvieron una repercusión clínica.

DISCUSIÓN

A la vista de los resultados vemos que la asociación de ambas técnicas quirúrgicas no empeora el resultado clínico final.

Hemos de tener en cuenta que debido a la propia técnica quirúrgica, la resec-

ción artroplástica de las bases de los metatarsianos centrales supone la necesidad por parte del paciente de caminar a las 24-48 horas de la intervención¹. Esto ha supuesto que el paciente haya tenido mayores molestias en el post-operatorio inmediato debido a que también molesta la cirugía del hallux valgus. Así mismo, existe la necesidad de realizar una buena fijación entre la falange proximal del hallux y el primer metatarsiano. Nosotros desde hace años hemos utilizado una aguja de Kirschner con unos buenos resultados evitando desviaciones del dedo así como la rigidez de la articulación metatarsofalángica.

Otro dato que hemos constatado ha sido que aquellos pacientes intervenidos a una edad joven (30-35 años) con el paso del tiempo se produce una recidiva de la sobrecarga de los metatarsianos cen-

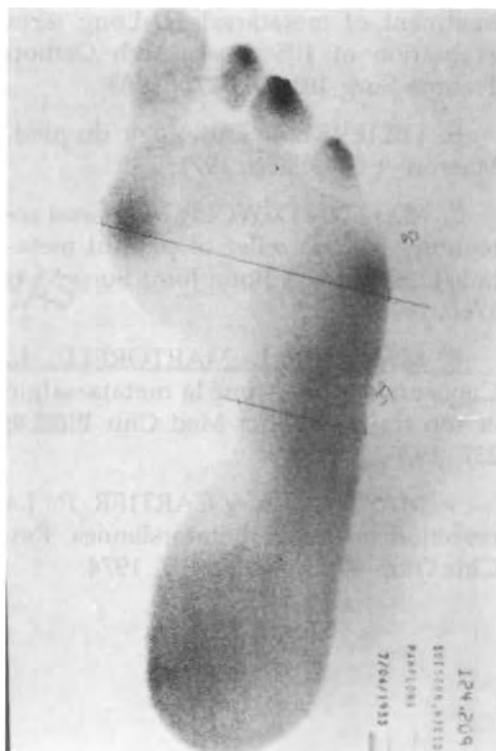
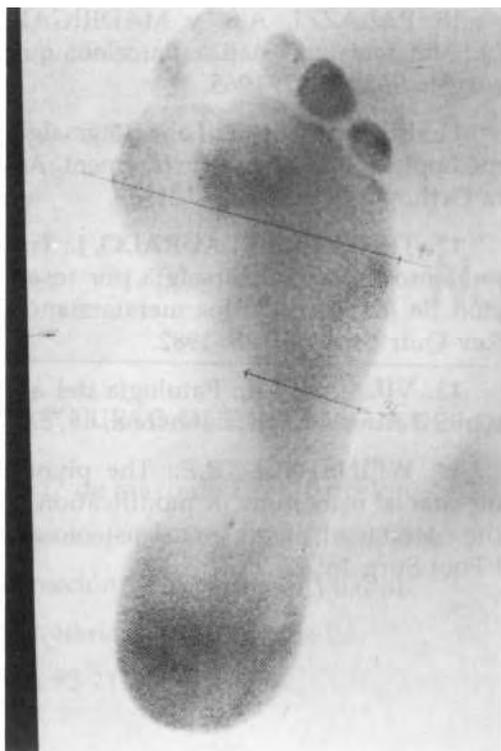


Fig. 3: *Plantigráfico de paciente afectada de hallux-valgus y sobrecarga de metatarsianos centrales (A). Se realizó la intervención correctora de forma simultánea. A los 14 meses presenta una sobrecarga de metatarsianos laterales asintomática (B).*

trales en el plantigráfico, aunque no tuvo repercusión clínica. También hemos encontrado que aquellos pacientes que durante el post-operatorio inmediato tenían algunas molestias, a la larga evolucionaban a un mal resultado o bueno, podemos decir que siguen la regla del todo o nada. No hemos encontrado resultados intermedios en los pacientes de gran seguimiento.

Creemos que se debe tratar de forma integral la patología del antepie, de este modo, si un paciente presenta varios procesos patológicos a la vez se deben tratar cada uno de éstos, no influyendo si se hace de forma simultánea o por partes.

BIBLIOGRAFÍA

1. CAÑADELL, J.; JIMENO E. y VI-

LLAS C.: Resección cuneiforme de las bases de los metatarsinos como tratamiento de la metatarsalgia mecánica. *Chir Píede* 3: 39-44, 1979.

2. HELAL, B.: Metatarsal osteotomy for metatarsalgia. *J Bone Joint Surg* 57B: 2, 1975.

3. JIMENO E.; VILLAS, C. y VALENTÍ, J.R.: Respuesta del ángulo de incidencia metatarsal a la resección de las bases en el tratamiento de la metatarsalgia mecánica. *Chir Píede* 4: 179-190, 1980.

4. JIMENO, E.; VILLAS C. y AYALA, H.: Influencia de la resección de bases sobre la fórmula metatarsal. *Rev Ortop Traum* 25: 2159-270, 1981.

5. JIMENO, E.; VILLAS, C.; BARREDO, R. y BEGUIRISTAIN, J.L.: Surgical

treatment of metatarsalgia. Long term evaluation of 105 cases. Arch Orthop Trauma Surg 101: 263-270, 1983.

6. LELIEVRE, J.: Pathologic du pied. Masson et Cie. Paris, 1971.

7. MALUYN D. WOLF: Metatarsal osteotomy for the relief of painful metatarsal callosities. J Bone Joint Surg 55A: 1760, 1973.

8. MARTORELL MARTORELL, J.: Concepts et études our la metatarsalgie et son traitement. Act Med Chir Pied 8: 237, 1973.

9. MASCHAS A. y CARTIER, P.: La resection des têtes metatarsiennes. Rev Chir Otop 60 (Supl 11): 187, 1974.

10. PALAZZI, A.S. y MADRIGAL, J.J.: Metatarsalgia estática. Barcelona quirúrgica 9: 285-287, 1965.

11. RENNOTTE, A.: La métatársalgia médioplantaire. Diagnostic traitement. Acta Orthop Bel 29: 840-847, 1963.

12. TRESSERRA LLAURADO, J.: Tratamiento de la metatarsalgia por resección de las bases de los metatarsianos. Rev Quir Esp 9: 21-25, 1982.

13. VILADOT, A.: Patología del antepie. Toray-Masson. Barcelona, 1975.

14. WEINSTOCK, R.E.: The pivotal metatarsal osteotomy or modification of the metatarsal metaphyseal osteotomy. J Foot Surg 16: 12, 1977.