

TRATAMIENTO DEL HALLUX RIGIDUS CON UN MINI-FIJADOR EXTERNO ARTICULADO

INSTITUTO DI CLINICA ORTOPEDICA. UNIVERSITA DI MODENA F. BARCA

RESUMEN

Entre las diferentes técnicas propuestas para la corrección del hallux rigidus, la técnica de artroplastia con distracción gradual mediante un mini-fijador externo articulado, ha sido utilizada desde 1989. Después de extirpar los osteofitos y liberar los sesamoideos se practica una osteotomía oblicua en la base de la falange proximal según técnica de Valenti. Se realiza la capsulorrafia y se colocan dos fichas en la falange proximal y otras dos en el metatarsiano, montando sobre ellas un dispositivo articulado de distracción (orthofix) que estabiliza la MTF en la posición deseada. Al 2.º día postoperatorio se inicia la distracción progresiva, a razón de medio milímetro diario, hasta alcanzar unos 8 mm., retirándose el fijador al cabo de un mes. Se continúa con tracción pasiva mediante ortesis de uso nocturno, complementada con cinesiterapia pasiva y activa, que comienza al 6.º día postoperatorio.

Los resultados muestran una desaparición del dolor y una mejoría de 20 grados de media en la flexión dorsal del hallux.

No se presentaron infecciones ni supuraciones, y únicamente hubo un caso de retardo de cicatrización de la herida.

El hallux rigidus como consecuencia de la artrosis metatarso-falángica del primer radio, fue descrito por primera vez en el año 1887 por Davies-Colley. La enfermedad, como se sabe, se caracteriza desde el punto de vista anatomopatológico por lesiones en la cabeza del 1.er metatarsiano y en la base de la falange, con afectación del periostio además de lesiones de la cápsula y de la membrana sinovial (Regnauld y Leroux 1965), de forma superponible como dice Chiapara, a la artrosis primaria de la articulación coxofemoral. En los últimos años han sido múltiples las técnicas propuestas para la corrección de esta patología, que se presenta a menudo de difícil solución en su tratamiento y con posibilidad de recidivar la rigidez. Las técnicas operatorias deben orientarse hacia la atraumaticidad quirúrgica y a la recuperación de la funcionalidad articular, tratando de lograr por lo menos la flexión dorsal.

Técnica

Desde 1989 realizamos una artroplastia seguida de una gradual tracción con

minifijador externo articulado. Después de practicar una incisión dorsal que se extiende desde la mitad de la falange hasta el cuello del 1.º metatarsiano, se efectúa la incisión de la cápsula, que se presenta la mayor parte de las veces, adelgazada y adherida a los osteofitos dorsales. Con cuidado se separa la cápsula de los osteofitos y se efectúa la limpieza de la cabeza metatarsiana, extirpando los osteofitos mediales, y la liberación de los sesamoideos. Se realiza una osteotomía oblicua con la técnica de Valenti en la base de la 1.ª falange, practicando la sutura capsular con el dedo en tracción; se insertan 2 agujas en la falange proximal y en el metatarsiano colocando finalmente un minifijador, que estabiliza la MTF en la posición deseada. Dos días después de la operación, se inicia una gradual distracción de medio milímetro al día, hasta alcanzar unos 8 mm. en un plazo de dos semanas (Figura 1). La movilización pasiva se inicia desde el 6.º día postoperatorio, y continúa hasta la retirada del minifijador, que se realiza aproximadamente el 30.º día (Figura 2). La carga se autoriza desde el segundo día postoperatorio con un calzado de marcha en talo.



Fig. 1. *Rx con minifijador externo articulado 10 días después de la operación.*



Fig. 2. *Movilización pasiva con minifijador externo articulado.*

Después de retirar el fijador, se mantiene una tracción pasiva del hallux mediante una férula durante 30 días más, doce horas diarias (aprovechando el descanso nocturno) (Figura 3). Durante el mismo período se asocia cinesiterapia inicialmente pasiva y luego activa.

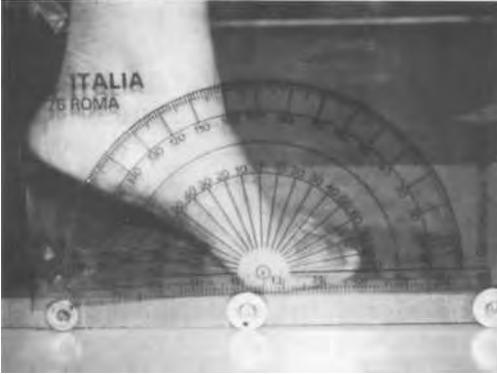


Fig. 3. *Tracción pasiva mediante férula splint después de la retirada del minifijador.*

Resultados

Han sido operados con dicha técnica 12 pacientes (11 mujeres y 1 hombre) que

presentaban hallux rigidos de segundo y tercer grado, de acuerdo con la clasificación de Regnauld. El dolor durante la marcha desapareció en todos los pacientes, con recuperación de la misma e incrementándose la flexión dorsal del hallux en una media de 20 grados (Figuras 4-5). No hubo ninguna infección o supuración de las agujas. Se logró una buena cicatrización cutánea, a excepción de un caso de retraso de la cicatrización (en el único hombre) en un paciente con un problema dismetabólico previo. En 5 pacientes se manifestaba dolor en el medio pie duran-



Figs. 4 y 5. *Control clínico y radiográfico 5 meses después de la operación.*

te la deambulación, causado por la modificación del paso y la artrosis existente; tal sintomatología desapareció después de un adecuado tratamiento de la marcha en un tiempo medio de 3 meses después de la operación. Todos los pacientes controlados se han declarado satisfechos del resultado de la operación (Figura 6).



Fig. 6. *Control radiográfico de otro caso, al cabo de 28 meses.*

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos con este método se pueden definir como satisfactorios, ya sea por lo que respecta a la flexión dorsal del hallux, como a la desaparición total del dolor durante la marcha. La utilización del minifijador con la tracción progresiva, pienso que favorece por un lado el alargamiento atraumático de las estructuras capsulares y tendinosas, evitando el colapso de la falange, y por otro favorece una buena cicatrización fibrosa de la falange osteomizada, lo que asociado a una movilización precoz, evita la formación de adhe-

rencias capsulares que son la mayor parte de las veces, las responsables de los fracasos en el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- CHIAPPARA, P.; PAGLIARA, L., Metatarsalgie. Aulo Gaggi Editore Bologna, 1991.
- DAVIES COLLEY, M., Metatarso
- Phalangeal Joint of the great toe. *Brit. Med J* 1: 728, 1887.
- REGNAULD, B., *Le Pied*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg-New York.
- REGNAULD, B.; LEROUX, M.J., L'hallux rigidus. *Ann Podol* 4: 45-60, 1965.
- VALENTI, V., L'alluce rigido. Da la patologia del primo raggio. 7 Riunione annuale di patologia del Piede Trieste, 27 ottobre, 1990.