

José Enrique Galeote Rodríguez

Comité de Educación y Docencia de la SEMCPT

En esta nueva sección se realizará un análisis crítico de las nuevas técnicas y procedimientos quirúrgicos publicados en nuestra revista (siempre referido a la técnica expuesta y no al artículo en sí), a cargo de un grupo de expertos seleccionado en cada caso por el Comité de Educación y Docencia de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía de Pie y Tobillo (SEMCPT). La intención es promover el debate científico y la participación entre los lectores de la revista.

Los lectores podrán dirigir sus propios comentarios sobre la técnica expuesta o sobre las opiniones del comité de expertos consultados, para establecer un foro de opinión, a la siguiente dirección electrónica: egaleoter@gmail.com. Y dichos comentarios podrán ser publicados en el siguiente número de la revista.

**R. Busquets Net¹, E. Martínez Giménez², X. Gascó Adrien³, P. Rodríguez Maestu⁴,
E. López Gavito⁵, F. Álvarez Goenaga⁶, J.E. Galeote Rodríguez⁷**

¹ Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ² Hospital General de Alicante.

³ Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ⁴ Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). ⁵ Instituto Nacional de Rehabilitación. México D.F.

⁶ Hospital San Rafael. Barcelona. ⁷ Hospital Clínico San Carlos. Madrid

CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL HALLUX VALGUS CON PLACA INTRAMEDULAR BLOQUEADA V-TEK®

Los autores presentan en este interesante artículo un sistema original de fijación para el tratamiento de *hallux valgus* de grado moderado y severo, que aunaría en un dispositivo mixto, las ventajas de la placa y de la fijación endomedular, en cuanto a estabilidad primaria, incluso en pacientes con osteoporosis. El sistema podría ser utilizado tanto en osteotomías distales como en procedimientos proximales como el de Lapidus.

En el caso de la osteotomía, podría considerarse una variante o complemento de la técnica descrita por Kramer y Bosch. La mayor estabilidad conferida por la placa evitaría el desplazamiento plantar o dorsal de la cabeza metatarsiana y el acortamiento que con frecuencia se observa en este procedimiento. Evitaríamos, además, la utilización de la clásica aguja percutánea, que nos da una escasa estabilidad en el plano sagital, es mal tolerada por los pacientes y conlleva un mayor riesgo de infección al quedar material expuesto.

Desde el punto de vista mecánico, debido al ángulo que forma el eje del primer metatarsiano en carga con el plano del suelo, la fijación de una osteotomía de trazo vertical, especialmente con un solo tornillo, que no actuaría como síntesis a compresión sino como neutralización, podría no resultar estable y no resistir la carga precoz, por lo que la utilización de zapato postoperatorio de tacón invertido seguiría siendo aconsejable.

El sistema aporta una instrumentación precisa y una técnica aparentemente reproducible. Exige una mayor incisión que otros métodos, aunque el tamaño de ésta podría reducirse con la experiencia en su aplicación. Su extracción en caso de complicación se antoja eventualmente dificultosa y correría el riesgo de fractura del metatarsiano.

El relativamente alto coste del dispositivo sería uno de los puntos débiles de esta técnica, sobre todo si lo comparamos con el de otras técnicas como *chevron* o *scarf*, que utilizan tornillos, y que han probado con largueza su estabilidad y seguridad en manos de muchos cirujanos, que se sienten satisfechos y reacios a cambiar algo que les funciona.

La principal indicación de esta técnica, y donde podría estar justificado plenamente su sobrecoste, podría estar en recidivas de *hallux valgus*, cirugías de revisión y rescate, pues sus anclajes se sitúan en zonas habitualmente no utilizadas. También, y muy especialmente, en casos de inestabilidad proximal a nivel de la articulación cuneometatarsiana.

Como en cualquier técnica novedosa, es necesario realizar un minucioso seguimiento clínico y radiológico que permita alcanzar una amplia experiencia y extraer conclusiones a medio y largo plazo.