

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ”
MORÓN

Deformidad podálica. Presentación de un caso.
Podalic deformity. A case report.

Jesús A. Alonso Morell (1), Hiralio Collazo Alvarez (2), Jesús A. Alonso O'Reilly (3), Tania O'Reilly Jiménez (4).

RESUMEN

Se presenta una paciente de 51 años de edad y blanca que fue operada de Hallux Valgus del pie izquierdo con la técnica de McBride modificada y que evolutivamente se le diagnosticó un Sudeck y presentó una severa deformidad en garras de los dedos que le dificultaba la marcha. El objetivo fue lograr un pie plantígrado con la técnica quirúrgica de plastias tendinosas de los extensores y flexores de los dedos del pie y las artrodesis metatarsofalángicas. A través de un abordaje dorsal del pie se pudo realizar las plastias tendinosas y las artrodesis de las cinco articulaciones metatarsofalángicas. Su evolución fue satisfactoria y a las 12 semanas ya la paciente podía caminar y calzar zapatos cómodos, a las 20 semanas se le dio el alta definitiva.

Palabras Clave: HALLUX VALGUS/cirugía, DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEJA

1. Especialista de Primer Grado en Ortopedia y Traumatología. Vice-Director Quirúrgico. Profesor Asistente.
2. Especialista de Segundo Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Auxiliar. Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología.
3. Alumno de Tercer Año de la Carrera de Medicina. Filial de Morón de la FCM de Ciego de Avila
4. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia.

INTRODUCCIÓN

El Hallux Valgus es una deformidad relativamente frecuente en nuestro medio que se caracteriza por que el grueso artejo del pie se desvía hacia el borde externo del pie (valgus y abducción) y el primer metatarsiano se coloca en varus (aducción), la cabeza de este se hace prominente en la cara interna del pie (bunión) y se cubre de una bolsa serosa irritable y dolorosa, a la desviación en varo del primer metatarsiano se asocian la rotación del grueso artejo sobre su eje y el desplazamiento de los sesamoideos plantares de la cabeza metatarsiana (1).

Por los dolores que provoca y por estética, fundamentalmente en las mujeres, el tratamiento quirúrgico es ampliamente practicado hoy en día (2), donde las técnicas operatorias diseñadas sobrepasan el centenar, tomando todas en consideración las estructuras anatómicas fundamentales del antepie, tanto las óseas como de las partes blandas circundantes y lógicamente todas están expuestas a complicaciones como el Sudeck; complicación que presentó el caso que hoy presentamos (3-5), que se caracteriza por ser la forma más grave de rigidez articular conocida, presentándose con más frecuencia en la manos que en los pies, producida por una lesión severa o insignificante, en sujetos con componentes psicossomáticos predisponentes, cuya etiopatogenia según Sudeck y Wolf el origen de esta complicación se atribuye a un reflejo simpático neurovascular con punto de partida en la región lesionada (6-7).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente ECP de 51 años de edad, sexo femenino y de raza blanca, con antecedentes de buena salud; que acudió a nuestro servicio un año y medio después de haber sido operada de hallux valgus del pie izquierdo en un centro hospitalario del país. En el resumen de historia clínica dice que le fue aplicada la técnica de McBride modificada y que en el postoperatorio mediato le fue diagnosticado como complicación una diastrofia simpático refleja o Enfermedad de Sudeck.

En el interrogatorio practicado a la paciente pudimos conocer que la misma abandonó el tratamiento indicado para esta complicación y aparece un año y medio después con una contractura en flexión de todos los dedos del pie que le impide caminar y usar zapatos.

En el examen físico encontramos (Ver Figura 1):

- ❖ Contractura en flexión de todos los dedos muy marcada.
- ❖ Anquilosadas la articulaciones metatarsofalángicas.
- ❖ Piel brillante y sensible.
- ❖ Callosidades plantares y uñas quebradizas.
- ❖ No toma neurológica ni vascular periférica.

Los análisis indispensables estuvieron dentro de los parámetros normales.

Se discutió el caso en colectivo y previo consentimiento informado se lleva la paciente al quirófano con la proposición de realizarle una plastia quirúrgica de los tendones extensores y flexores así como artrodesis de las articulaciones metatarsofalángicas.

Intervención Quirúrgica (Ver Figura 2):

Se realizaron tres abordajes básicos en el dorso del pie previa izquemia neumática:

- ❖ El primer acceso en el dorso del pie en el espacio intermetatarsiano primero y segundo con extensión distal adyacente a las articulaciones metatarsifalángica primera y segunda.
- ❖ Segundo acceso también en el dorso del pie, en la proyección del tercer y cuarto espacio intermetatarsiano con extensión distal adyacente a las articulaciones metatarsifalángica tercera y cuarta.
- ❖ Tercer acceso en el borde externo del quinto dedo, profundizando de manera roma.
- ❖ En cada acceso se llega al plano tendinoso flexor y extensor y se le realiza la zetaplastia.
- ❖ Se realizan las cinco artrodesis metatarso-falángicas con resección parcial de la cabeza de los metatarsianos y la porción proximal de las falanges que fijamos con cinco alambres de Kirschner finos.
- ❖ Se procede a la tenorrafia de los tendones.
- ❖ Dejamos drenajes, damos puntos de piel y se colca una férula enyesada posterior tipo bota.

Evolución postquirúrgica (Ver Figuras 3 y 4):

Su evolución postquirúrgica fue sin complicaciones locales. Se le dio el alta hospitalaria a los 7 días.

Los alambres Kirschner se le retiraron a las 6 semanas y el yeso a las 8 semanas.

La rehabilitación se inició a las 8 semanas y a las 12 semanas ya podía usar calzado normal y deambulaba sin dificultad.

A las 16 semanas se le dio el alta en consulta con solo un seguimiento de control una vez por año.

DISCUSIÓN

Muchas veces enfrentamos la operación de un Hallux Valgus de manera rutinaria, por tener la indicación precisa de ser operado (8-10), pero según los resultados obtenidos en este caso es necesario hacer una evaluación general de cada caso y hacer la selección del proceder quirúrgico más adecuado

según el tipo de paciente que se trate (2-6), realizar una técnica quirúrgica depurada y explicarle claramente al enfermo las posibles complicaciones que pueden aparecer (Consentimiento informado), ya que como podemos ver en este caso la complicación encontrada está poco descrita en la bibliografía revisada por los autores (9-11), así como un seguimiento estricto en el postoperatorio hasta el alta definitiva (12) y de esta manera poder diagnosticar y tratar adecuadamente las posibles complicaciones que aparezcan y siempre tener en cuenta la posible aparición de un Sudeck para desde el principio hacer profilaxis del mismo, y así evitar las complicaciones tan difíciles de tratar muchas de ellas (13-15).

ABSTRACT

It is presented a white female, 51-years-old patient that was operated on, by suffering from Hallux Valgus in the left foot, by means of McBride modified technique being later diagnosed a Sudeck and presented a severe deformity in claws of the fingers that complicated her to walk. The objective of this work was to achieve a plantigrade foot by putting into practice the tendinous plasties surgical technique of the extensors and flexores of the toes and the metatarsophalangeal arthrodesis. Through a dorsal approach of the foot could be carried out the tendinous plasties and the arthrodesis of the five metatarsophalangeal joints. Her evolution was satisfactory; 12 weeks later the patient could already walk and wear comfortable shoes and after 20 weeks she was finally discharged.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llanos Alcazar LF, Acebes Cachafeiro JC. Monografías médico-quirúrgicas del aparato locomotor: el pie. Madrid: Editorial Masson; 1997.
2. Gardner RC. Improving operative and post-operative course of McBride bunionectomy. Orthop Rev. April 2000; 2:35.
3. Hansen CE. Hallux Valgus treated by the McBride operation: a follow-up. Acta Orthop Scand. 2001; 45: 778.
4. Funk FJ, Wells RE. Bunionectomy with distal osteotomy. Clin Orthop. 2002; 85:71.
5. Davies-Colley N. Contraction of the metatarsophalangeal joint of the great toe. Br Med J. 2001; (1): 193-201.
6. Bingham R. The stone operation for Hallux Valgus. Clin Orthop. 2002; (2): 303-308.
7. Lelievre J. Patología del pie. Barcelona: Toray-Masson; 2005.
8. Giannestras NJ. Foot disorders. 2 ed. Filadelfia: Lea R Febiger; 2003.
9. Bonney G, Macnab I. Hallux valgus and Hallux rigidus: a critical survey of operative results. J Bone Joint Surg (Br). 2005; 34B:366-85.
10. Thomas FB. Keller's Arthroplasty modified: a technique to ensure post-operative distraction of the toe. J Bone Joint Surg (Br). 2006;44-B:356-365.
11. Viladot A. Anatomía y biomecánica. Diez lecciones sobre patología del pie. Barcelona: TorayMasson; 2004.
12. Fitzgerald. W. Hallux Valgus. J Bone Joint Surg (Br). 2003;32B:139.
13. Sherman KP. Keller's Arthroplasty: is distraction useful? J Bone Joint Surg (Br). 2004;66B:765-9.
14. Lange M. Afecciones del aparato locomotor. Barcelona: Djims; 1969.
15. Álvarez Cambras R. Tratamiento del hallux valgus con minifijadores externos RALCA 1-2. Rev Cubana Ortop Traumatol. 1993;7:7-12.

ANEXOS

Figura 1.



Figura 2.

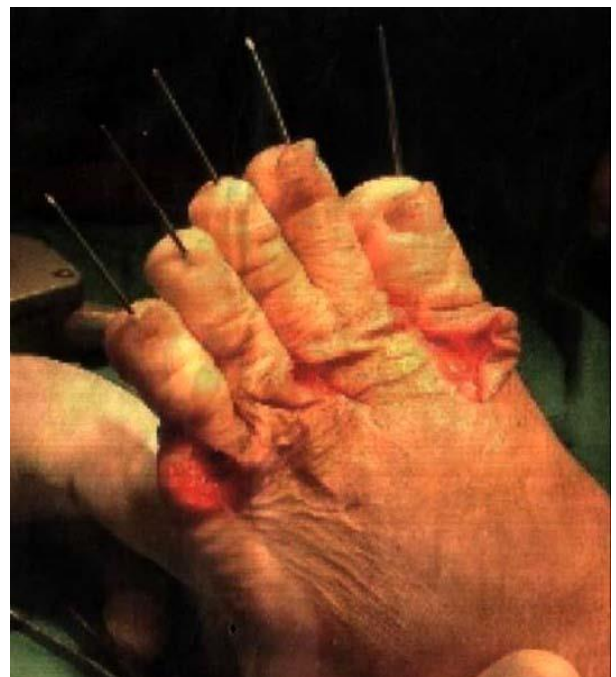


Figura 3.



Figura 4.

