

Cirugía 5^o metatarsiano, técnica mínima invasión

Osteotomía simple del Juanete de Sastre sin fijación interna

José Aguilar Beltrán

Profesor de Cirugía de "The Academy of Ambulatory Foot and Ankle Surgery". Título Propio en Cirugía Podológica por la Universidad de Alcalá de Henares. Miembro del Colegio Oficial de Podólogos de la Comunidad Valenciana, de la Asociación Española de Cirugía Podológica y de la A.E.M.I.S.

Correspondencia:

José Aguilar Beltrán

Clínica Podológica

Ramón y Cajal, 3. 4^o, Izda. 12002 Castellón

Resumen

Una de las patologías que se presenta con bastante frecuencia en nuestras consultas es el Juanete de Sastre. Las causas son variables: atávicas, sobrecargas, transferencias, yatrogénicas o por traumatismos. Cuando se manifiesta, el dolor que produce se hace insoportable. Su tratamiento se realiza por medio de la cirugía mínima invasión sin fijación interna, consistente en la osteotomía de la cabeza del 5^o radio, con resultados francamente favorables. La incapacidad es escasamente perceptible y apenas es causa de trastornos laborales. En esta clase de cirugía es tan importante realizar bien la técnica como la aplicación de los vendajes.

Palabras clave: Juanete de Sastre. IPK recurrente e intratable. Osteotomía simple distal. Completa o en bisagra. Cirugía mínima invasión sin fijación interna. Fluoroscopia. Vendaje especializado.

Introducción

Una de las intervenciones que más preocupación me ha producido a lo largo de la práctica quirúrgica en mi carrera profesional ha sido, sin lugar a dudas, la realizada en el 5^o radio.

En principio empleé una técnica que dio malos resultados, consistente en la exostectomía lateral de la cabeza distal del 5^o radio. Empleaba la misma técnica que se utilizaba para realizar el Silver en la cabeza del 1^{er} radio, introduciendo la lima por una incisión ejecuta-

Summary

One of the most frequently pathology that we have in our office is Taylor's bunion. The causes are different: ataviatic, overload, transfer, yatrogeny, or traumatism. When becomes, the pain is unbearable. By Minimal Incision Surgery whit out internal fixation, consist of radius fifth head osteotomy, whit very good that class of surgery is or important to do well the technique than the bandaging application.

Key words: Taylor's bunion. IPK recurrent and untreatable. Simple distal osteotomy complete or hinge. Minimal Incision Surgery with out internal fixation. Fluoroscopy. Special bandage.

da en la parte lateral de la base de la 1^a falange del 5^o dedo. El resultado fue francamente desalentador y supuso la luxación del 5^o dedo hacia medial.

Dadas las dificultades encontradas al emplear esta técnica, dejé de practicarla. Pero el camino se alisó al localizar la técnica Isham, inmensamente favorable, rápida, fácil en ejecución y de unos resultados excelentes.

Dos son las técnicas que he empleado, la Osteotomía Simple y la Osteotomía Doble Isham. En este artículo desarrollaré la Osteotomía Simple.

Cuándo debe de aplicarse la osteotomía simple

Siempre que no haya desviación hacia lateral de la mitad distal de la diáfisis del 5º radio. Mi casuística me dice que he de emplearla siempre que el ángulo formado entre la mitad proximal y la mitad distal de la diáfisis no exceda de 5 o 6 grados.

Por otra parte aparece una exóstosis lateral formada en la cabeza, pudiendo ir acompañada de una incongruencia de la articulación metatarsfalángica, estando el 5º dedo en varo, lo que hace que empuje al 4º hacia medial. Puede presentarse también el 5º dedo supraaducto o infraaducto, en este último caso con menor frecuencia.

Causas

Principalmente las causas productoras de esta patología son: atávica, sobrecargas, transferencias, reumáticas, yatrogénicas o por traumatismos. Como consecuencia de estas patologías lo cierto es que se produce una plantiflexión de la cabeza del 5º radio, cuyos síntomas son variables, sobre todo en la zona de la cabeza, aunque pueden aparecer otros a distancia por autodefensa: dolor sin otra sintomatología; helomas en cara dorsal y lateral de la cabeza del metatarsiano con formación de bursitis inflamadas e infectadas; la aparición de un IPK recurrente intratable de difícil solución que no se puede resolver si no es con la cirugía. En ocasiones el 5º dedo, como antes ya he referido, está supraaducto o infraaducto, al estar la articulación metatarsfalángica más o menos incongruente.

Técnica

Puede o no ir acompañada de una exagerada exóstosis lateral en la cabeza del 5º radio, en tal caso debe de reseccionarse la exóstosis. Pero en la mayoría con sólo realizar la osteotomía, es más que suficiente.

Si existe una exóstosis lateral considerable, que produce molestias, primero se realiza la resección de la misma. Una vez hecha la incisión en la cara dorsal, ligeramente hacia lateral o medial, según sea el pie izquierdo o derecho, a nivel de la unión de la diáfisis del 5º radio con su cabeza, se introduce la Shannon Isham y se procede al fresado de la exóstosis. Se limpia con suero fisiológico al 9% el serrín óseo resultante y por la misma incisión de la piel se vuelve a introducir la Shannon Isham, co-

menzando a realizar el corte ligeramente oblicuo al eje del hueso, de distal a proximal efectuando con la fresa movimientos de vaivén, obteniendo así el corte completo de la cabeza. El corte puede hacerse también vertical al eje del hueso. Una vez finalizado se sutura la piel con un punto de seda.

En ocasiones es conveniente no ejecutar el corte completo, sino que se realiza en forma de cuña, con la bisagra plantar. De esa manera al unir las dos caras sube la cabeza del radio.

Hay que tener muy presente que, si al realizar estas osteotomías no se dispone de un control fluoroscópico en el quirófano, son muy difíciles de realizar con éxito. Si se dispone de Rx se puede realizar sin dificultad, pero se alarga considerablemente la intervención.

Vendaje

Puesto que no hay sujeción interna es de suma importancia la aplicación de un buen vendaje. Debe de realizarse de plantar a dorsal, procurando elevar la cabeza del 5º radio y al mismo tiempo llevarla hacia medial.

Casos clínicos

- 1º Caso: Varón de 33 años, al que se le diagnostica un IPK recurrente e intratable. Es importante una radiografía, colocando un testigo en el mismo lugar de la queratosis, de esta manera podremos comprobar si es o no coincidente con la cabeza del 5º radio (Figura 1). Control foto-



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.

gráfico antes de la intervención (Figura 2). Se practica la osteotomía de la cabeza, que puede ir o no acompañada de la exostectomía lateral

(Figura 3). El alta a los 45 días, acompañada de un nuevo control radiográfico, pudiendo evaluar la formación del callo óseo.

Se deben de realizar controles radiográficos en los que observaremos que la unión de la cabeza y la diáfisis se está osificando, puesto que en principio, al ser el callo cartilaginoso, no nos dará una imagen clara de la osificación (Figura 4). También es conveniente un control fotográfico, el cual nos dará fe de la desaparición de la callosidad (Figura 5). Antes era una persona asidua al podólogo mensualmente, ahora su problema está resuelto de una manera definitiva.

- 2º Caso: Varón de 62 años, funcionario. Se le diagnostica un IPK recurrente e intratable a nivel de la cabeza del 5º radio del pie derecho. Era asiduo mensual a la consulta, puesto que no podía soportar el dolor. Su deporte favorito era el golf, que practicaba semanalmente, pero era tanto el dolor que no le permitía caminar con la soltura que él deseaba. Tras practicarle radiografías y fotos, (Figura 6), se le realiza la osteotomía simple de la cabeza del 5º radio, dándole el alta a los 45 días. Luego de la intervención el dolor desapareció por completo, lo que le supuso reanudar su deporte favorito, que dejó de practicar durante poco tiempo, 2 o 3 semanas.

Se han de realizar controles radiográficos y fotográficos. Lo más importante es que las molestias desaparecen con prontitud por lo que puede realizar perfectamente sus actividades deportivas, puesto que las laborales no las dejó de practicar más que los dos primeros días después de la intervención.

Radiográficamente el callo óseo está consolidado, y en la última foto la queratosis desapareció por completo (Figura 7). Según manifestó, no tuvo ninguna clase de molestias, añadiendo que no se imaginaba el alcance tan favorable y rápido de esta clase de cirugía.

Conclusión

Por los resultados que he obtenido esta técnica de Osteotomía Simple del 5º radio, es de unos resultados francamente excelentes. Desde que la practico no me ha dado más que satisfacciones. Produce apenas malestar y su incorporación a la vida laboral es sólo de unos dos a tres días.

Discusión

Finalmente dos pequeñas reflexiones:

Para estas técnicas de cirugía mínima invasión, es importante disponer de Fluoroscopia en el

quirófano, como antes he señalado, para tener éxito completo en su realización, aunque se puede sustituir por radiografías seriadas. Tarea esta última, y lo sé por experiencia, que prolonga la intervención



Figura 6.



Figura 7.

considerablemente, estando siempre en la duda, propia, por si entre placa y placa no colocas bien el instrumental de corte, y del propio paciente, que observa con recelo la realización de tantas placas.

La segunda y la más importante, que no se puede sustituir, es disponer de una buena información, de una buena enseñanza y naturalmente de unas buenas manos.

Bibliografía recomendada

Perrone MA. *Cirugía Podiátrica del hueso, con motor rotatorio*. Weber Dental Manufacturing. CO. 1969.

Wood WA. Fijación versus no fijación de la osteotomía del pie. *JAPMA* 1986;76.

Isham SA. Apuntes del “Curso de Cirugía del Antepie”, celebrado por Valencia el 21 de Marzo de 1992 y apuntes del “Seminario de Cirugía Podiátrica”, celebrado en su clínica del Pie y Tobillo de Spokane. WA. USA. Mayo 1994.