

TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS JUVENIL

INSTITUT DE CIENCES MEDIQUES I DE L'ESPORT
BARCELONA

Dr. M. FERNÁNDEZ FAIREN

La ablación de la base de la primera falange, en el tratamiento del Hallux Valgus, es un gesto que nos parece debe ser evitado, siempre que sea posible, cuando dicha deformidad asienta en el pie de un joven. En efecto, la base de la falange es el punto de inserción del abductor del primer dedo, su eliminación disminuye en un 60% la fuerza de apoyo desarrollada por ese dedo en preoperatorio, y es absurdo alterar una articulación que, aunque en valgo, es normal, sin cambios degenerativos, e indolora.

El que esto sea así generalmente valorado, ha conducido a que se hayan descrito múltiples intervenciones para tratar el Hallux Valgus del adolescente o adulto joven. Creemos que las intervenciones sobre partes blandas son difíciles de regular en su tensión justa, siendo frecuente no llegar o pasarse de la necesaria y suficiente. Las osteotomías del primer metatarsiano deben quedar para los casos en que el varismo y/o la disarmonía en su longitud estén en la base de la deformidad. Y, por último, pensamos con Hella que es totalmente aplicable el dicho «cuanto más completo el procedimiento, peor el resultado».

Es por lo que, en 1982, iniciamos una serie de Hallux Valgus juveniles tratados mediante una osteotomía oblicua de pri-

mera falange, modificación de la descrita por Akin en 1925 y recogida por Brahms en 1981 en *Clinical Orthopedics*.

La indicación ideal es el Hallux Valgus, en jóvenes, sin alteraciones de la metatarso falángica, y un primer metatarsiano minus, no varo, y una primera falange plus. En la mayor parte de los casos, la deformidad es bilateral. (fig. 1).



Fig. 1

La intervención se practica bajo isquemia, por un abordaje lineal longitudinal medial clásico. Tras practicar la exostectomía también de forma clásica, se tenotomiza el abductor del Hallux y la cápsula lateral de la metatarsofalángica, a través de la interlinea articular y con un tenotomo fino. La visión y el campo que se obtienen por ese in-

tersticio son suficientes para poder hacerlo sin dificultad y sin riesgo.

La osteotomía de la falange se realiza con sierra mecánica, partiendo distalmente a unos 10 mm de la articulación para no lesionarla, en oblicuo de 45.º respecto al eje de la falange, hacia lateral y distal. Ese ángulo de osteotomía permite el acortamiento necesario de la falange y la corrección del valgo de la misma, deslizando medial y proximalmente el fragmento distal sobre el proximal. Con un ángulo menor sólo puede conseguirse eso a base de una excesiva translación interna. Si el acortamiento de la falange lo exige, se completa extrayendo una cuña de base medial.

Obtenida la corrección, se fija la osteotomía cruzando un tornillo a compresión. Una línea menos oblicua de osteotomía hace imposible el atornillado, teniendo que recurrir a la fijación con Kirschner, mucho menos estable. (Figs. 2 y 3).

La marcha se inicia a las 24 horas, apoyando el talón y se tolera el apoyo total a las tres semanas, ya que la osteotomía consolida rápidamente por su amplia superficie y la fijación estable.

Hemos revisado, a 8 años de la intervención, 20 pies intervenidos en 1983-1984, y pertenecientes a pacientes entre 18 y 21 años. La fuerza de apoyo del

primer dedo se consideró como «buena» en 18 pies y en dos como «disminuida». El resultado estético era considerado satisfactorio en 14 pies y el valgo había recurrido, en mayor o menor grado, en los otros 6.



Fig. 2



Fig. 3

Esta experiencia exige una confirmación con más casos.