

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HALLUX VALGUS JUVENIL

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA
HOSPITAL DE SABADEL

S. MAS MOLINÉ

Raramente encontramos indicación quirúrgica en pacientes jóvenes afectados de Hallux Valgus. Sin embargo, en algunas ocasiones, la presencia de dolor o de importantes deformidades del antepié, nos llevan a esta indicación. Cuando esto ocurre creemos que la resección de la base de la primera falange del primer dedo, es un gesto quirúrgico excesivo y que a largo plazo va a producir problemas originados en la importante disminución de la fuerza de propulsión del primer dedo en la fase de despegue.



Fig. 1. Rx dorsoplantar preoperatoria.

Por otra parte, el estudio anatómico-patológico de la carilla articular reseca en pacientes de mediana edad, nos ha mostrado en muchas ocasiones un cartí-

lago normal, sin lesiones degenerativas y ello nos ha llevado a alargar en el tiempo este concepto de «juvenil» y a definir el Hallux Valgus juvenil como aquel en el que no se aprecian lesiones degenerativas articulares de tipo artrósico, independientemente de la edad del paciente.

Por estas razones, hemos sistematizado la técnica quirúrgica en el Hallux Valgus juvenil, según los siguientes pasos quirúrgicos:

1. Abordaje interno en la unión de piel y plantar, centrado en la articulación metatarso-falángica del primer radio prolongado distalmente hasta la articulación interfalángica sin abertura de ésta.



Fig. 2. Control a los seis meses de la intervención.

2. Osteotomía longitudinal en «Z» de la falange proximal y acortamiento de la misma en cantidad suficiente para que el primer dedo quede ligeramente más corto que el segundo. La fijación de esta osteotomía se realiza mediante osteosíntesis con tornillo a comprensión, con agujas de Kirschner o combinando ambas técnicas.

3. Liberación de los sesamoideos y desinserción del tendón del abductor del sesamoideo externo.

4. Exostosectomía de la cabeza metatarsal, si procede.

5. Osteotomía basal interna, respetan-

do la cortical externa, del primer metatarsiano y apertura de la misma para reducir el varo del primer metatarsiano.

En la cuña de apertura formada, se coloca injerto óseo procedente de la resección en «Z» de la primera falange y de la exostosectomía.

6. Colocación de un cerclaje con material reabsorbible a la altura del cuello de los metatarsianos, por encima del primero y del quinto y por debajo de todos ellos.

7. Cierre en dos planos según la técnica de Lelièvre.

8. Deambulación a las 48 horas.