

# NOTAS TÉCNICAS

## **TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS MEDIANTE PROCEDIMIENTO CORRECTOR DE PARTES BLANDAS Y OSTEOTOMÍA PROXIMAL TIPO MANN DEL METATARSIANO**

CLÍNICA VIRGEN DEL MAR. MADRID

M. NÚÑEZ-SAMPER  
M. N. KUBBA

### RESUMEN

Se presentan una serie de observaciones de tipo técnico en relación con la osteotomía de Mann para el tratamiento quirúrgico del Hallux Valgus. Estas observaciones se derivan de la experiencia de los autores al inicio de una serie, que será motivo de una publicación futura.

La intervención consiste en dos tiempos previos de partes blandas y un tiempo óseo corrector del primer metatarsiano varo.

Como condicionamientos previos, la congruencia articular, un ángulo A.I.M. menor de 20° a 25°, un ángulo A.H.V. máximo de 30° a 35°, buena calidad ósea, y la pronación del primer dedo, deben ser cuidadosamente valorados.

### PALABRAS CLAVE

Hallux Valgus. Osteotomía proximal arciforme. Osteotomía de Mann.

### SUMMARY

This work describes a sequence of technical observation in relation with Mann's osteotomy for surgical treatment of Hallux Valgus. Those observations are derived from the experience of authors at the beginning of a sequence, that it will be cause of future publication.

The operation consist of two previous times of soft tissues and one osseous time correcting the first metatarsovarus.

As previous request, the articular congruence, an A.I.M. angle of 20° to 25°, an A.H.V angle of 30° to 35°, a good osseous quality, and the pronation of the first toe, must be carefully valued.

### KEYWORDS

Hallux Valgus, Man's osteotomy, curved shaped proximal osteotomy.

La deformidad del hallux valgus está asociada a tres problemas básicos: la prominencia medial, la retracción de las partes blandas laterales de la articulación metatarso-falángica y el aumento de la divergencia del ángulo intermetatarsal. Estos pueden ser tratados quirúrgicamente, en algunos casos, realizando dos tiempos distales que actúan sobre partes blandas y un tiempo óseo proximal que corrige el varo del primer metatarsiano (2, 3).

En el primer tiempo se realiza una incisión de 2 centímetros en el primer espacio intermetatarsiano a la altura de la articulación metatarsofalángica y se secciona el fascículo transverso del aductor en las inserciones del sesamoideo externo y la base de la falange (Fig. 1), asimismo se secciona longitudinalmente la cápsula lateral y se libera ampliamente hasta permitir una varización del primer dedo de unos 25°. Posteriormente se sutura esta incisión sólo con puntos de piel.

Para el segundo tiempo (Fig. 2) y a través de un acceso medial de 3 centímetros, se realiza sobre la articulación metatarso-falángica una capsulotomía longitudinal para exponer la cabeza del metatarsia-

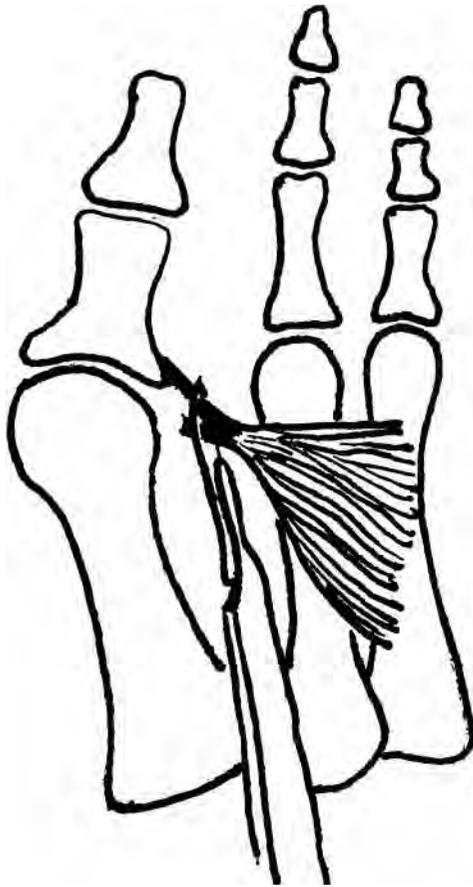


Fig. 1. *Primer tiempo de partes blandas. Esquema de la tenotomía de los fascículos del aductor transverso, que se completa con capsulotomía lateral y opcionalmente sección del ligamento intermetatarsiano.*

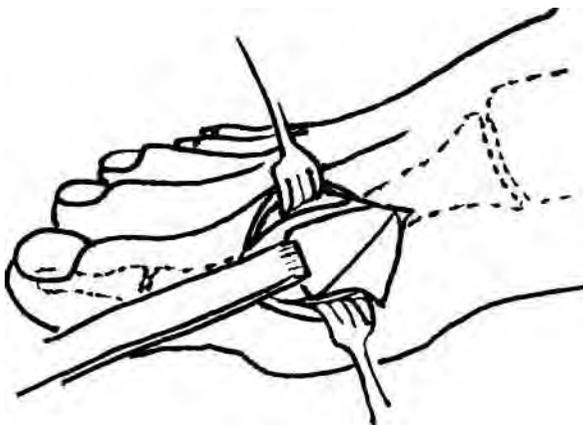


Fig. 2. *Segundo tiempo de partes blandas. Capsulotomía medial, liberación del rodete gleno-sesamoideo. En esquema la exostosectomía.*

no y la exóstosis. Después de liberar el rodete sesamoideo, como se hace habitualmente para el cerclaje fibroso, se procede a realizar la exostosectomía, con lo que se terminan los tiempos de partes blandas. No se sutura la herida quirúrgica.

El tercer tiempo o tiempo óseo comienza realizando una incisión longitudinal dorsal de 3 centí-

metros sobre la articulación cuneo-metatarsal, liberando y separando a medial o lateral el tendón extensor del primer dedo y el pedio para exponer a continuación toda la metáfisis proximal del metatarsiano y la articulación que nos servirá de referencia.

Aproximadamente a un centímetro de la misma, se realiza la osteotomía arciforme de concavidad proximal, y en sentido plantar, utilizando una (Fig. 3) sierra oscilante de hoja curva, hasta comprobar que puede desplazarse completamente el metatarsiano. A continuación se realiza la maniobra de valgización, presionando desde la cabeza del primer metatarsiano hacia el segundo. Una vez corregida la deformidad metatarso falángica se fija provisionalmente la osteotomía con una aguja de Kirschner de 1 ó 1,5 milímetros, debiendo comprobar en ese momento que no se ha modificado la inclinación del mismo.

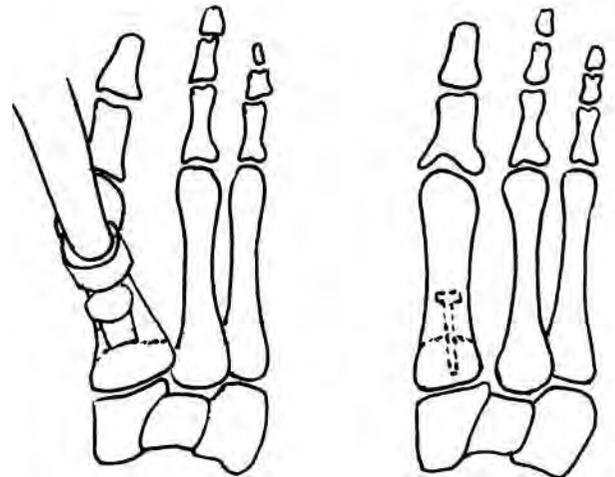


Fig. 3. *A la izquierda representación esquemática de la osteotomía arciforme de concavidad proximal. A la derecha fijación mediante osteosíntesis, una vez lograda la corrección de la deformidad. Tercer tiempo.*

Posteriormente se procede a realizar osteosíntesis (Fig. 3) con un tornillo de minifragmentos tipo A.O. en dirección oblicua plantar de 45° con la finalidad de estabilizar la osteotomía. A continuación se retira la aguja de Kirschner previamente introducida. El tornillo es recomendable que sea de 2 ó 2,7 milímetros y que realice un efecto de compresión interfragmentaria (Fig. 4), debiendo tener la precaución de que la cabeza del mismo no haga resalte debajo de la piel y que no lesione los tendones extensores en su deslizamiento. A continuación se centran los sesamoideos, se realiza el cerclaje fibroso tipo Lelièvre y se procede al cierre de las heridas quirúrgicas.

La movilidad de la articulación puede autorizarse de inmediato, debiendo mantenerse una férula



Fig. 4. Caso clínico correspondiente a una paciente de 45 años. Osteotomía proximal tipo Mann. Observese la corrección de los ángulos A.I.M. y A.H.VY en el control post-operatorio.

la de escayola durante dos semanas. La carga se realiza a partir del decimoquinto día si la osteosíntesis es estable, siendo recomendable utilizar un zapato con tacón negativo y uno o dos bastones ingleses a partir de ese momento. La carga total puede autorizarse a partir de la 6.a semana.

La indicación operatoria debe ser seleccionada sólo en aquellos pacientes que tengan una articulación metatarsofalángica congruente, con un ángulo intermetatarsal (A.I.M.) menos de 20°, un ángulo metatarsofalángico (A.H.V.) máximo de 30-35° y la pronación del primer dedo no muy acusada. La ausencia de patología local, la no existencia de artrosis metatarsofalángica y la buena calidad ósea son condiciones que también deben ser valoradas, por lo que es una excelente indicación para el hallux valgus juvenil o del adulto joven.

## COMENTARIOS

La corrección obtenida con la osteotomía proximal valguizante del primer metatarsiano, asociada a los tiempos previos de partes blandas, modifica positivamente las condiciones biomecánicas alteradas en la deformidad del hallux valgus como hemos podido comprobar experimentalmente en

trabajos realizados con Llanos Alcázar y Angulo, publicados en esta revista (1, 4) en 1996 con diferentes tipos de osteotomías proximales.

Esta técnica aporta como importantes ventajas, que respeta la articulación metatarso-falángica y no disminuye la longitud del metatarsiano, por lo que su indicación es independiente del tipo de fórmula metatarsal, condicionamiento previo en otras osteotomías. Devuelve al primer radio la normalización del apoyo metatarsal manteniendo la longitud del primer dedo, factor determinante en el despegue y en la estática del antepié. Asimismo su realización en la base asegura la consolidación (4).

Los tiempos distales de partes blandas suponen la liberación de las estructuras cápsulo-tendinosas laterales retraídas, la extirpación de la exóstosis y el centrado del metatarsiano sobre el rodete glenos-esamoideo. La normalización del A.I.M. se logra corrigiendo el varo del primer metatarsiano, mediante la osteotomía, en los grados necesarios previamente establecidos. La forma de concavidad proximal, distinta a la osteotomía arciforme clásica de concavidad distal, facilita la corrección.

Es una técnica que a pesar de su aparente sencillez debe quedar limitada a cierto tipo de pacientes, por lo que la selección previa es fundamental si no se quiere fracasar en los resultados.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) LLANOS ALCÁZAR, L. F.; ANGULO CARRERE, M. T.; NÚÑEZ-SAMPER, M.: Osteotomía del primer metatarsiano. Modificaciones biomecánicas. Rev. Med. Cir. Pie. Tomo X, N° 2, 51-57. 1996.
- (2) MANN, R.; COUGLIN, M. J.: Adult hallux valgus in surgery of the Foot and Ankle, edit by. R. Mann and M. J. Couglin. 6th. edition Mosby Yearbook, St. Louis. 167-296. 1993.
- (3) MANN, R.; RUDIAL, S.; GRAVES, S.: Hallux valgus Repair Utilizing Distal Soft Tissue Procedure and Metatarsal Osteotomy: A Long Term Follow-up. J. Bone Joint Surg. 74 (A): 124-129.1992.
- (4) NÚÑEZ-SAMPER, M.; CAMACHO NÚÑEZ, M.; KUBBA, M. N.; LÓPEZ SÁNCHEZ, V ; FASHHO, S. N.; PALACIOS PÉREZ, L.: Indicaciones y técnicas de las osteotomías basales del primer metatarsiano. Rev. Med. Cir. Pie. Tomo X, N° 1. 5-12. 1996.