

MEMORIA DE LA ESTANCIA REALIZADA EN LA UNIDAD DEL PIE Y TOBILLO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA

Francisco García-Navas
Hospital General de Ciudad Real

Durante los meses de octubre y noviembre de 2008 he realizado una rotación en la Unidad del Pie y Tobillo del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Al frente de dicha unidad se encuentra el Profesor D. Andrés Carranza Bencano, Catedrático de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, ex presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía del Pie y Tobillo (SEMCPPT) y Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Completan la unidad los Dres. José Juan Fernández Torres y Gabriel del Castillo Blanco, junto a Andrés Alegrete Parra y José Reyes Fernández Velázquez, que desarrollan su actividad en el Hospital Duque del Infantado, también de Sevilla.

El objetivo de la rotación era ampliar los conocimientos en patología del pie y tobillo, consolidar los de las patologías más comunes y básicas de nuestra especialidad, y adquirir conocimientos del manejo tanto diagnóstico como terapéutico de patologías complejas e infrecuentes; en resumen, intentar adquirir los conocimientos suficientes para convertir nuestra humilde Unidad de Pie del Hospital General de Ciudad Real en un centro de referencia en patología compleja del pie y tobillo de nuestra región.

La Unidad de Pie y Tobillo del Hospital Universitario Virgen del Rocío dispone de 3 quirófanos semanales en el Hospital Virgen del Rocío y de 1 quirófano adicional semanal en el Hos-

pital Victoria Eugenia de la Cruz Roja. Los doctores Alegrete y Fernández Velázquez en la actualidad desarrollan su actividad en el Hospital Duques del Infantado –hospital adscrito al de Virgen del Rocío y monográfico en cirugía mayor ambulatoria–, donde disponen de quirófanos en jornada de mañana y tarde diarios. La actividad asistencial se completa con una consulta semanal en el Hospital Virgen del Rocío, donde se atiende principalmente a los pacientes intervenidos, a los pacientes remitidos por otros servicios o unidades de tra-

matología y a los derivados de otros hospitales tanto de Sevilla como de provincias vecinas, así como los casos más complejos que se remiten desde las consultas de traumatología de los ambulatorios adscritos. Se debe mencionar que la Unidad de Pie y Tobillo del Hospital Virgen del Rocío es centro de referencia en el tratamiento de la cirugía de la parálisis del miembro inferior y grandes deformidades, y que se encuentra pendiente de confirmar su papel como centro de referencia en tratamiento de



la artrosis de tobillo mediante artroplastia total del mismo. La oferta de consultas se completa con las Consultas de Alta Resolución en patología de pie y tobillo que tan eficazmente ha organizado el Dr. Fernández Torres en los Centros Periféricos de Especialidades de Marqués de Parada y Fleming. Estas Consultas de Alta Resolución permiten de una manera rápida establecer un diagnóstico y tratamiento de las patologías más comunes, al poder ver al paciente con las pruebas

complementarias ya realizadas según los protocolos que tiene establecidos con Atención Primaria, ofreciéndole una solución a su patología en una única visita.

En el quirófano del Hospital Virgen del Rocío se interviene principalmente cirugía compleja, cirugía que precise ingreso, o cirugía menor cuando las condiciones médicas del paciente impiden su realización en los otros centros. En el Hospital Duque del Infantado se opera cirugía mayor ambulatoria exclusivamente, y en el Hospital de la Cruz Roja, tanto cirugía mayor ambulatoria como otras patologías de complejidad media que necesitan como máximo 24 horas de ingreso. En estos dos centros se operan a la mayor parte de los pacientes con patología común en antepié y gran parte de la común de retropié, dejando los procesos más complejos y laboriosos para los quirófanos del Hospital Virgen del Rocío.

Durante la estancia en este centro he podido comprobar la gran variedad de patologías que pueden tratarse en una unidad de pie cuando se dispone de personal entregado a dicha patología, que se preocupa de adquirir conocimientos científico-técnicos que permitan ofrecer soluciones más eficaces a los problemas tan complejos a los que se enfrentan los especialistas de pie y tobillo.

He ampliado conocimientos en patología del antepié, tanto en lo que se refiere a cirugía abierta como percutánea. Me han mostrado las posibilidades de la cirugía percutánea, a qué pacientes se les puede ofrecer y a qué pacientes estaría contraindicada su realización. Un grupo de pacientes que se beneficiaría de la cirugía percutánea serían los pacientes mayores que presentan un *hallux valgus* severo, a los que una cirugía percutánea les evitaría un postoperatorio complejo y les permitiría una pronta recuperación. Respecto a la cirugía abierta, he apreciado las grandes posibilidades de la osteotomía oblicua distal del primer metatarsiano, una técnica que han desarrollado en la unidad y que está demostrando que ofrece unos resultados excelentes, que permiten una pronta recuperación del paciente y una gran corrección de las deformidades propias del *hallux valgus*, similares a la osteotomía de *scarf* pero con menor agresividad. Por otro lado, he de decir que durante estos meses he redescubierto la técnica de Keller-Brandes, la cual en principio creía en desuso pero que, como he podido comprobar, es una técnica que en casos seleccionados, fundamentalmente secuelas, puede evitar someter al paciente a técnicas más complejas y ahorrarle una morbilidad innecesaria.

Con respecto a la metatarsalgia, he conocido la técnica de triple Weil, que supone un avance en la técnica de Weil clásica y que nos permite disponer de una nueva alternativa terapéutica al tratamiento de nuestros pacientes. También he aprendido a realizar esta técnica por vía dorsal transversal en vez de varias longitudinales, vía de abordaje que causa temor hasta que no se conoce.

Antes de acabar con el antepié, cabe mencionar que he conocido las alternativas que se ofrecen a los pacientes que

sufren de *hallux rigidus*, y que abarcan desde el tratamiento conservador, plantillas y zapato adaptado, hasta el tratamiento quirúrgico. Y dentro de éste, el que respeta la articulación a costa de osteotomías en la falange y el metatarsiano, como el que sacrifica la articulación cuando ésta se encuentra gravemente afectada (la artroplastia de resección, la artrodesis y fundamentalmente la artroplastia). Ha sido gratificante descubrir esta última alternativa, que nos permite aliviar el dolor sin sacrificar la movilidad de la articulación. También he tenido la oportunidad de ver cómo se resuelven las complicaciones derivadas de la artroplastia, como las movilizaciones, rigideces e infecciones.

Con respecto a las técnicas artroscópicas, he conocido las posibilidades actuales de tratamiento de patología del tobillo, no sólo quirúrgicas, sino también –lo más importante– conocimientos de identificación de procesos que se beneficiarían de la artroscopia de tobillo, sobre todo en lo que se refiere al *impingement* o pellizcamiento articular. Como muy novedoso he visto cómo se puede tratar a los pacientes afectados de neuroma de Morton mediante descompresión del ligamento intermetatarsal vía endoscópica sin necesidad de reseca el nervio, como se venía realizando previamente, y dejando la neurectomía únicamente para los casos que recidivan.

Fruto de la colaboración y coordinados con otras especialidades (neurología, rehabilitación, reumatología) han conseguido ser centro de referencia en cirugía de la parálisis y de grandes deformidades del pie y del miembro inferior.

El conocimiento de nuevas técnicas que han adquirido los miembros de la Unidad en Patología del Pie y su conocimiento de las técnicas quirúrgicas clásicas les han permitido desarrollar e innovar técnicas que permitan obtener resultados similares a las clásicas pero que supongan una menor agresividad para los pacientes. De esta manera, han desarrollado la técnica de artrodesis por mínima incisión, la cual emplean para tratar artrosis y deformidades complejas del pie y tobillo empleando incisiones mínimas similares a la percutánea o artroscópica pero permitiendo usar el instrumental de la cirugía abierta como escoplos, fresas u osteosíntesis por miniabordajes, lo que permite un mayor cuidado de las partes blandas pero sin renunciar a los resultados clínicos esperables con la cirugía abierta. De esta manera, tratan pies y antepiés reumáticos, el pie neuropático con gran deformidad, incluido el pie diabético con neuroartropatía, la artrosis de tobillo y de retropié común o derivada de la disfunción del tibial posterior o las secuelas de cirugía previa. He podido comprobar cómo es posible realizar la artrodesis de tobillo asociada a corrección o no de grandes deformidades con clavo intramedular retrógrado usando estos miniabordajes.

Un aspecto de gran utilidad ha sido el manejo del paciente con pie cavo varo, tanto el idiopático como el secundario a patología neurológica. He aprendido a valorarlo en consultas de una manera más eficaz para poder ofrecer alternativas

terapéuticas tanto en lo referente a transferencias tendinosas como a las posibles osteotomías y artrodesis que se pueden realizar, y cuándo y cómo realizarlas. Muchas de estas técnicas, como he dicho, se realizan por vía de mínima incisión.

Con respecto al tratamiento del pie plano del adulto, ha sido interesante descubrir la técnica de corrección del mismo en estadio II mediante la realización de artrorisis con endoprótesis y retensado extraarticular del tibial posterior con el tibial anterior mediante una técnica modificada por los miembros del servicio y que evita la realización de incómodos túneles óseos y en estadio III mediante artrodesis por mínima incisión.

Por último, añadiré las innovaciones que he apreciado en el tratamiento de la artrosis de tobillo, tanto en lo que respecta a la viscosuplementación con ácido hialurónico como en el tratamiento mediante artroscopia, artrodesis por vía de mínima incisión con clavo retrógrado, como principalmente con el uso de prótesis de tobillo, técnica cada vez más solicitada por nuestros pacientes, y como he podido comprobar requiere de unidades adiestradas en la implantación de las mismas.

El gran volumen de patología degenerativa y el disponer de una unidad específica de traumatología en el Hospital Virgen del Rocío hacen que se trate muy poca patología urgente del miembro inferior, interviniendo principalmente los casos que se complican o presentan secuelas, tales como osteomielitis, pseudoartrosis, deformidades residuales, etc.

Éste es un pequeño resumen de todo lo aprendido en la Unidad del Pie del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, pues, aunque parezca breve una rotación de dos meses, la intensidad de trabajo permite sacar provecho de la estancia, sobre todo cuando ya dispones de algún conocimiento de

patología del pie y te interesa actualizar la información de que dispones.

Por todo esto quisiera dar las gracias al Prof. Carranza y a los miembros de su equipo, por permitirme realizar esta rotación en su unidad, por abrirme la puerta a técnicas novedosas que abordan de una manera más eficaz la patología de los pacientes que tratamos y sobre todo por mostrarme algo que sólo la experiencia, el trabajo bien hecho y la actualización constante permiten y que son, por un lado, saber cuándo hay que indicar una técnica, pues como bien señala el Prof. Carranza “una técnica bien hecha si no está indicada no resolverá el problema” y, por otro lado, el poder resolver los problemas cuando te aparecen en el quirófano, pues todos podemos estudiarnos una técnica en los libros o en una revista, pero el afrontarlos es algo que sólo la experiencia te lo permite y puedo confirmar que los miembros de esta unidad la presentan.

No quisiera olvidarme de agradecer la colaboración, amabilidad y el ser recibido con una sonrisa cada día por parte del personal de enfermería y celadores tanto del Hospital Virgen del Rocío como del Hospital de la Cruz Roja, que demuestran que el llevarse bien no va reñido con el gran rendimiento de un quirófano.

Por último, quisiera agradecer al Dr. Salido Valle el haberme permitido realizar esta rotación, apostando por la calidad en detrimento de la asistencia, que se vio reducida durante mi marcha, y a mis compañeros de la Unidad del Pie de Ciudad Real, el Dr. Mayo y el Dr. Domínguez, que resolvieron con brillantez los múltiples contratiempos encontrados en mi ausencia.

Muchas gracias a todos.