

5.7 Osteotomías metatarsianas distales

Andrés Carranza Bencano

Catedrático de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Facultad de Medicina. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Las osteotomías del primer radio están indicadas fundamentalmente en la corrección del *hallux valgus* por la presencia de dolor, no por motivos estéticos, al mismo tiempo que no está indicado realizar la reparación del *hallux valgus* para prevenir la progresión de la deformidad. Han sido descritas unas 130 técnicas quirúrgicas para el tratamiento del *hallux valgus*⁽¹⁾, que pueden ser divididas en procedimientos sobre tejidos blandos, osteotomías, artrodesis, artroplastias y procedimientos combinados.

En los procedimientos de rescate de la primera articulación metatarso-falángica (MTF) por fracasos de cirugías previas, la condición necesaria para poder realizar osteotomías de reconstrucción radica en la integridad articular con ausencia de fenómenos degenerativos. Por ello, de 271 pacientes intervenidos desde el año 2003 por fracaso de cirugía previa, sólo hemos realizado osteotomía en 78 casos (Tabla 1).

Como osteotomía distal, la osteotomía en cuña (*chevron*) fue realizada por primera vez por Austin en 1962. La primera descripción se debe a Austin y Leventer⁽²⁾ y fue desarrollada para sustituir a la osteotomía de Mitchell, descrita por Hawkins *et al.*⁽³⁾ como osteotomía distal de

la diáfisis metatarsal, la cual presenta una significativa incidencia de acortamiento y no unión y que requiere fijación.

La forma de la osteotomía en cuña proporciona una configuración estable⁽⁴⁾ y la localización de la misma en el tejido esponjoso de la cabeza metatarsal conduce invariablemente a una buena consolidación ósea con un alto nivel de satisfacción del paciente⁽⁵⁾.

La indicación es el *hallux valgus* doloroso con deformidad media o moderada, de tal manera que los mejores resultados se obtienen en pacientes de edad inferior a 65 años con un ángulo de *hallux valgus* entre 20 y 30°, sin alteraciones degenerativas de la articulación metatarso-falángica, aunque puede ser empleada en la corrección de *hallux valgus* de 40-45° con un ángulo intermetatarsiano de 15 a 22°, puesto que es capaz de corregir el ángulo de *hallux valgus* en un rango de 15 a 20° y el ángulo intermetatarsal en un rango entre 2 y 4°, pero no corrige la pronación del dedo gordo y sólo parcialmente la subluxación de los sesamoideos. A esta osteotomía se le puede añadir una cuña de extracción de base medial cuando el paciente presenta un incremento del DMAA (*distal metatarsal articular angle*).

Johnson *et al.*⁽⁵⁾ y otros autores han reportado excelentes resultados con este procedimiento, sin perder de vista que la complicación más seria de esta técnica es la osteonecrosis de la cabeza del metatarsiano⁽⁶⁾, por lo que es necesario evitar la liberación de las estructuras externas.

En nuestra serie (Hospital Universitario Virgen del Rocío, de Sevilla) de 89 pacientes, igualmente constatamos la bondad de esta técnica, con un 90% de buenos y excelentes resultados, pero permite una escasa corrección del DMAA, por lo que hemos diseñado una osteotomía oblicua distal de tipo Weill del primer metatarsiano (Figura 1), que permite, en primer lugar, des-

Tabla 1. Técnicas quirúrgicas realizadas en fracasos de cirugía del primer radio

Artroplastia de resección (Brandes)	125
Osteotomía distal metatarsiana	78
Artrodesis MTF	56
Prótesis MTF	9
Osteotomía basal metatarsiana	3
TOTAL	271





Figura 1. Trazado de osteotomía oblicua distal respetando la vascularización de la cabeza metatarsal.



Figura 3. Rotación de la cabeza metatarsal sobre el eje de la anterior aguja de fijación para corregir el DMAA y que queda fijado con una segunda aguja.

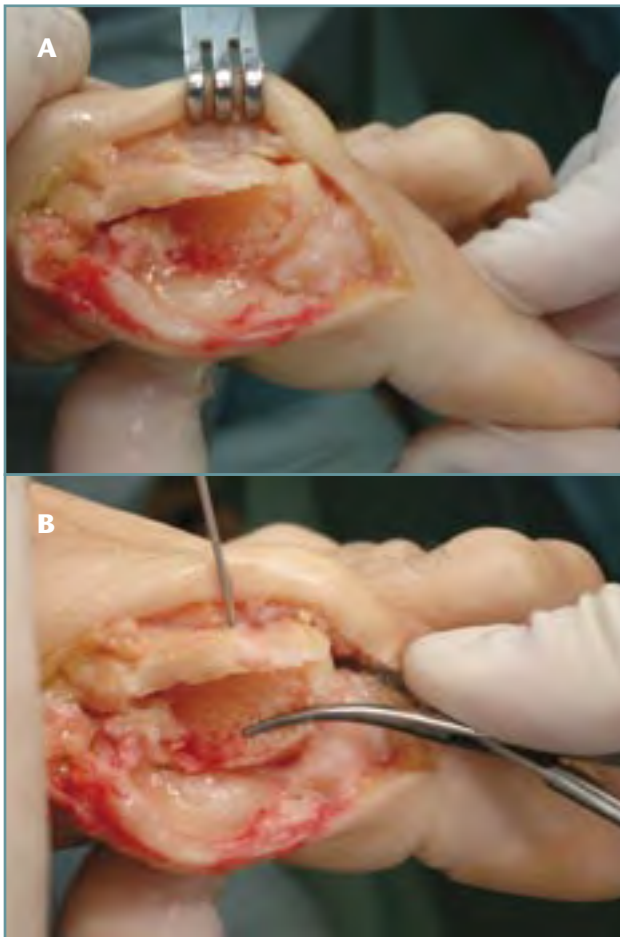


Figura 2. Desplazamiento lateral de la cabeza metatarsal para corregir el ángulo intermetatarsal (A) y fijación de dicho desplazamiento con una aguja (B).



Figura 4. Fracaso de corrección de *hallux valgus* mediante cirugía de mínima incisión. Osteotomía oblicua distal de desplazamiento y rotación del primer metatarsiano y osteotomía sin fijar de Akin de la falange proximal: aspecto radiográfico preoperatorio (A) y postoperatorio (B).

plazar lateralmente la cabeza metatarsal para corregir el ángulo intermetatarsiano (Figura 2) y, secundariamente, realizar rotación de dicha cabeza metatarsal para corregir el DMAA (Figura 3).

Hemos revisado 294 pacientes intervenidos entre los años 2002 y 2009 con una media de 7° de corrección del ángulo intermetatarsal, 28° del ángulo de *hallux valgus* y 15° del DMAA (Figura 4).



Bibliografía

1. Cotterill JM. Condition of still great toe in adolescents. *Edinburgh Med J* 1987; 33: 459-62.
2. Austin DW, Leventen EO. A new osteotomy for hallux valgus. *Clin Orthop Relat Res* 1981; 157: 25-8.
3. Hawkins FB, Mitchell CL, Hedrick DW. Correction of hallux valgus by metatarsal osteotomy. *J Bone Joint Surg* 1945; 27: 387-94.
4. Lian G. Distal chevron osteotomy for bunion correction. *Techniques in Orthopaedics* 1993; 8: 19-24.
5. Johnson KA, Cofield RH, Morrey BF. Chevron osteotomy for hallux valgus. *Clin Orthop Relat Res* 1979; 142: 44-7.
6. Mann RA. Complications associated with the chevron osteotomy. *Foot Ankle* 1982; 3: 125-9.

