

# METATARSALGIAS POSTRAUMÁTICAS

## SEGUNDA MESA REDONDA: «METATARSALGIAS YATROGENICAS»

Dr. FERRAN OLIVE

---

### 1. LA CAUSA MAS FRECUENTE DE METATARSALGIAS YATROGENAS SON LAS FRACTURAS MAL REDUCIDAS DE LAS EPIFISIS DISTALES DE LOS METATARSIANOS.

¿CUAL ES LA CAUSA BIOMECANICA?

No son fracturas banales.

Es imprescindible la reducción de las desviaciones, pues si no tendremos metatarsalgias yatrógenas. El apoyo yatrogénico de una cabeza provoca una metatarsalgia, por hiperpresión y la insuficiencia yatrógena de un radio provoca la hiperpresión de los demás.

Así pues, las fracturas que provocan una desalineación frontal en carga son las que darán lugar a las metatarsalgias.

Los desplazamientos laterales son mejor tolerados.

Hay unos FACTORES A TENER EN CUENTA:

#### A) METATARSIANOS:

Hay que distinguir entre el 1.º, el 5.º y los centrales.

El primer metatarsiano tiene la inserción del m. aductor, del tibial anterior,

m. peroneo lateral largo y m. extensor propio.

El 5.º metatarsiano presenta la inserción del peroneo lateral corto y del aductor.

#### B) MOVILIDAD ARTICULAR:

La articulación de Lisfranc es una diartrosis.

Hay una mínima movilidad en la articulación central, del 2.º y 3.º.

La 1ª. tiene movilidad importante en abducción y aducción que permite su desviación en varo.

La 5ª. es la más móvil, movilidad oblicua por el cuboides.

#### C) ANGULO DE APOYO DE LOS METATARSIANOS:

Según Fick decrece de 25 a 18 grados en el 1º. hasta unos 5 grados en el 5.º.

Dependiendo de esta angulación habrá sobrecarga o no.

#### D) FORMAS ANATOMICAS METATARSOFALANGICAS:

Son condiloartrosis.

La fórmula metatarsal distingue tres tipos.

Index plus minus: el 1.º es igual que el 2.º.

Index minus: el 1.º > 2.º

Index plus: el 1.º < 2.º.

Las alteraciones en esta fórmula, producirán metatarsalgias.

El tratamiento debe pues pretender la reducción completa.

## **2. ¿QUE SISTEMA SE USA, COMO MAS CONVENIENTE, PARA LAS REDUCCIONES?**

¿KIRSCHNERS, PLACAS O CIRUGIA ABIERTA?

Pensamos que la reducción es importante.

Si la reducción ortopédica, es inestable, o no es posible, pensamos que se debe pasar al tratamiento quirúrgico.

Las placas son rígidas y obligan a un 2.º tiempo para extraerlas.

La reducción abierta sólo la recomendamos cuando no sea posible por sistemas ortopédicos.

Opinamos que la síntesis elástica, con agujas de Kirschner es la ideal, colocadas percutáneamente bajo TV.

En todos los casos es aconsejable, la colocación durante un tiempo de una plantilla de descarga.

## **3. ¿POR QUE PRESENTAN TANTAS ALGODISTROFIAS?**

SI PODEMOS EVITARLAS, SOMOS MENOS YATROGENICOS.

El tema ha sido ya comentado por el Prof. Palacios y el Dr. Miralles.

Hay una fase aguda, una fase distrófica y una fase atrófica.

Hemos de tratar el dolor, los trastornos vasomotores, y la rigidez.

Usamos con éxito los bloqueos con reserpina.

De todas formas quisiéramos remarcar dos aspectos:

a) La base psíquica de los enfermos que presentan este síndrome, por lo que se deberá también efectuar un tratamiento psiquiátrico.

b) Se debe pensar en cualquier sistema que permita el apoyo, pues sin apoyo no se solucionará ningún síndrome distrófico de Sudeck.

Así pues sacamos las siguientes: CONCLUSIONES:

1. Las fracturas diafisarias metatarsales no son banales.

2. Se precisa una buena exploración radiográfica.

- Perfil y dorso plantar en carga.

- Axial en carga de las cabezas metatarsales.

3. Síntesis elástica.

4. Movilización precoz para evitar Sudeck y rigideces.

5. Las fracturas de los metatarsianos mal tratadas, provocan metatarsalgias.

Se han de tratar:

- Ortopédicamente, yesos, plantillas, zapatos.

- Quirúrgicamente.

Las grandes desalineaciones sólo se pueden corregir con alineaciones metatarsales.

La hiperpresión de 1 ó 2 metatarsianos se arreglan con osteotomías en cúpula en la base de los mismos y apoyo precoz.