

11245.
2 ej 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL D. D. F.
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL
HALLUX VALGUS SEGUN LA TECNICA
DEL DR. EARL Mc. BRIDE

TRABAJO DE INVESTIGACION
CLINICA

P R E S E N T A
DR. FRANCISCO ALCARAZ GOMEZ
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGIA
Y ORTOPEDIA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. IGNACIO PADILLA SANCHEZ

1985

TESIS CON
CALA DE ORDEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

1. Introducción.
2. Definición.
3. Repaso anatómico y fisiológico del pie.
4. Etiopatogenia del hallux valgus.
5. Factores coadyuvantes.
6. Material y método.
7. Procedimiento quirúrgico de Mc Bride.
8. Resultados.
9. Justipreciación.
10. Conclusión.
11. Referencias bibliográficas.

INTRODUCCION.

" Sede a dextris meis, donec ponam inimicos tuos scabellum pedum tuorum ". (Siéntate a mi derecha, en tanto pongo a tus enemigos por escaño de tus PIES). Salmo 110, v. 1.

El pasaje bíblico hace referencia al diálogo entre las deidades de Padre e Hijo. No existe lugar donde pudo haberse registrado. Y sin embargo pudo acontecer en cualquier punto cósmico, puesto que el don de la ubicuidad es inherente a las divinidades. Tampoco habrá de aceptarse la versión literal del texto. Ya que los pies, con todo y ser los protagonistas de la locomoción, significarían la imperfección en un Ser Etéreo.

La exégesis del texto alude a la prepotencia y al poder omnímodo divinos. Pero el salmista por excelencia, David, hubo de usar la metáfora (tener bajo el pie a alguien en señal de dominio) para que entendiéramos los mortales el mensaje.

Si se nos permite proseguir la alegoría, imaginemos unos - pies divinos: impolutos, de morfología griega, con un ángulo menor de 10 grados entre el primero y segundo metatarsianos, sin durezas plantares y el talón acorde con la línea media de la tibia.

Ahora bien el humano, se nos ha dicho, fue hecho a imagen y semejanza divinas. No idéntico, pues, sino parecido. Y entre estas pequeñas -o notables, a veces- imperfecciones se encuentran los pies. Esos instrumentos de traslación, que lo

mismo sirven para ir al trabajo que a la competencia olímpica. Esa marcha erguida sobre las extremidades inferiores que distingue al hombre de cualquiera otra especie. Máquinas aladas en el Hermes griego concebidas para dar celeridad al comercio y al mensaje entre los dioses. Esa porción anatómica que frecuentemente carece de mimos y cuidados, relegándola por el acicalamiento de las manos y olvidando el aforismo de que "pes, altera manus", el pie, la otra mano.

El pie nos mueve. Y sin embargo, por genética o descuido, no es perfecto. Y entre estas deficiencias encontramos el Hallux valgus, tema del presente trabajo.

DEFINICION .

Hallux Valgus (del griego 'hallumo': yo salto o brinco), es una serie de signos y síntomas caracterizado por la desviación en varo del primer metatarsiano y en valgo del primer dedo del pie.

El término fue introducido por primera vez por Carl Hueter para significar esta entidad patológica. Ello ocurrió en el año de 1781.

Los acontecimientos fisiopatológicos a que da lugar son los siguientes:

- a) El dedo gordo tiende a desviarse hacia afuera, superando una angulación de 16 grados con respecto al primer metatarsiano, con ángulo de vértice interno.
- b) Los sesamoideos propios de la articulación metatarsofalángica tienden a luxarse debido a la desviación en varo del primer metatarsiano.
- c) Alteraciones musculares. Se modifica el trayecto de los tendones y por consiguiente su función. El extensor propio del dedo gordo forma una cuerda de arco que incrementa la deformación.
- d) Al luxarse la articulación metatarsofalángica deja libre la porción interna de la cabeza del primer metatarsiano, con lo que la porción interna de esta articulación se hipertrofia, generando la exostosis.

e) Existe una deficiencia de la articulación entre la primera cuña y el primer metatarsiano, lo que origina insuficiencia del primer radio; se caracteriza por aplastamiento del borde interno de la cuña, lo que provoca la desviación en varo del primer metatarsiano.

Esta patología es frecuente en el ámbito del médico ortopedista. Y lo difícil no es el diagnóstico, pues el paciente ya llega con el mismo quejándose de que padece de "juanetes", sino el tratamiento que se le debe de brindar.

Sabido es que existen más de 100 técnicas constituidas. Y el problema es sobre cómo resolver la situación satisfactoriamente y con cuál de las técnicas quirúrgicas establecidas.

Y a propósito del término, hemos de aclarar que "juanete" deriva de "Juan, el tendero" quien, abnegado tras el mostrador de ultramarinos, permanecía de pie la mayor parte del tiempo, obteniendo, además de las discretas ganancias, la deformidad propia del dedo gordo que nos ocupa.

En la presente obra hemos resuelto la patología con el método quirúrgico del Dr. Earl Mc Bride.

¿Hipotesis?

REPASO ANATOMICO Y FISIOLOGICO DEL PIE.

ANATOMIA.

El antepié se encuentra constituido por: a) articulación de Lisfranc o tarsometatarsiana. b) Metatarsianos. c) Articulaciones metatarsofalángeas. d) Falanges. e) Músculos. f) Vascularización. g) Inervación.

a) Articulación de Lisfranc. Se encuentra formada por la unión de los cinco metatarsianos con las 3 cuñas y el cuboide y es considerada como una artrodia, o articulación de movimientos limitados. Consta de 3 partes: una articulación interna formada por la primera cuña con el primer metatarsiano (primer radio); una articulación media formada por la segunda y tercera cuñas con los metatarsianos centrales y una articulación externa formada por el cuboide con el cuarto y quinto metatarsianos. La articulación se encuentra unida por una serie de ligamentos: los interóseos, los dorsales y los plantares.

b) Metatarsianos. Son 5 huesos que parten de la segunda fila del tarso, se dirigen hacia delante para servir de base a los 5 dedos del pie y se denominan primero, segundo, tercero, cuarto y quinto, yendo de dentro hacia fuera. Están unidos y articulados entre sí en su extremidad posterior y separados en el resto de su extensión por un espacio conocido como interóseo. Tienen como características generales el pertenecer a huesos largos, presentando por consiguiente un cuerpo y dos extremidades o epifisis.

Vistos en su conjunto, el extremo posterior o tarsiano adopta la forma de una cuña con base integrada a la cara dorsal del pie y el vértice se dirige hacia la región plantar con 5 carillas de las cuales 3 son articulares y 2 no.

Las características diferenciales de los metatarsianos son múltiples, tanto en su volumen como en su longitud, resultando formas distintas en el aspecto externo del pie que van desde el tipo largo hasta el corto. Son precisamente estas variaciones las que ocasionan la tendencia constitucional en el ser humano para sufrir la patología del primer radio. La longitud del primer metatarsiano con relación a los restantes se clasifica como sigue:

- a) Index plus, en donde el primer metatarsiano es más largo que el segundo y los restantes decrecen sucesivamente.
- b) Index plus minus, en el que el primer metatarsiano es igual al segundo y existe una disminución progresiva de la longitud de los restantes.
- c) Index minus, cuando el primer metatarsiano es más corto que el segundo y hay disminución progresiva del tamaño de los restantes.

El ángulo que forman los ejes de los metatarsianos con el plano del suelo decrece del primero al último, siendo de 18 a 25 para el primer metatarsiano, de 15 para el segundo, 10 para el tercero, 8 para el cuarto ; 5 para el quinto.

Dada su importancia, describiremos al primer metatarsiano: tiene en su extremo posterior una carilla articular en forma de media luna que mira hacia afuera y se articula con la primera cuña; otra pequeña carilla colocada adelante - superior y externa - destinada al segundo metatarsiano, y por abajo y afuera, en el extremo tarsiano, se prolonga una apófisis - llamada apófisis del primer metatarsiano, en donde se inserta el músculo peroneo lateral largo.

El extremo anterior se distingue de su homólogo por la forma cuadrilátera y sus grandes dimensiones; presenta en la región plantar dos ranuras anteroposteriores de fondo liso y uniforme, separados por una cresta obtusa y que constituye el área donde se articulan los sesamoideos.

c) Articulaciones metatarsofalángicas. Pertenecen al género de las condíleas y son superficies articulares formadas por una cabeza transversalmente aplanada en donde se encuentra la carilla articular lisa y uniforme más extensa en su región plantar que en la dorsal. En cuanto a las falanges - existe una superficie glenoidea que se ensancha de abajo a atrás por un cartílago. La articulación metatarsofalángica del primer dedo presenta un fibrocartílago glenoideo de espesor grande y en su región plantar se acompaña de 2 huesecillos (uno interno y otro externo) que labran en el primer metatarsiano 2 surcos o canales de dirección anteroposterior; cada canal sirve como polea para el deslizamiento de los sesamoideos durante los movimientos de flexoextensión de este dedo.

Sesamoideos. Huesecillos que corresponden a la articulación metatarsofalángica del primer radio, se presentan en forma necesaria en todo sujeto normal y se encuentran debajo del rodete glenoideo; sirven de inserción a un grupo muscular. Son 2: interno y externo con 2 carillas articulares cada uno, superior e inferior respectivamente; la primera es articular y la segunda rugosa y sirve para inserción de los músculos de la eminencia tenar del pie

e) Músculos. En el antepié terminan los tendones de los flexores y extensores largos a nivel de las últimas falanges. Se encuentran los músculos cortos del pie: interóseos, lumbricales, flexor y extensor cortos, así como los músculos propios del dedo gordo (flexor y extensor comunes del dedo gordo).

f) Irrigación. Son dos arterias, la plantar interna y la externa, ramas de la tibial posterior; la plantar interna - irriga la parte distal de los metatarsianos y los dedos, - mientras que la externa a la región dorsal de los metatarsianos.

g) Inervación. En la región plantar del antepié la inervación procede de los nervios plantares externo e interno, ambos procedentes del tibial posterior

FISIOLOGIA.

Apoyo metatarsal. El consenso es unánime en cuanto a que el apoyo se efectúa entre el talón y los metatarsianos. La controversia existe en la forma de apoyo de los metatarsianos. Se dice que:

- a) El apoyo metatarsal está sobre el primero y quinto metatarsianos.
- b) Que ocurre sobre los metatarsianos centrales.
- c) Que descansa sobre todas las cabezas metatarsales, aún cuando sobre el primero se descansa el doble de peso que sobre los restantes.
- d) Que los metatarsianos centrales son los que tienen la mayor carga.

Se ha aceptado actualmente, por medio de experimentos, que la teoría 'c' es la más verosímil, pues aplicando carga al antepié se presenta el siguiente ensanchamiento: 5 mm entre el primero y segundo, 2 mm entre el segundo y tercero, 4 entre el tercero y cuarto y 1.5 mm entre el cuarto y quinto. Esto demuestra que todos los metatarsianos realizan trabajo de apoyo, aunque el primero realiza el doble comparado con los restantes.

Se ha comprobado que el antepié es un amortiguador dinámico más que un órgano estático y que su misión consiste en suavizar, en lo posible, las cargas, lo que consigue por medio del paquete adiposo del pie, más acción de los ligamentos de pie y tobillo, asociados con músculos interóseos y lumbricales. El primer metatarsiano efectúa su apoyo a través de los sesamoideos.

Articulaciones Metatarsofalángicas.

La movilidad de las articulaciones metatarsofalángicas es aproximadamente de 50 a 60 grados para la extensión activa y 30 a 40 grados para la flexión activa. Este tipo de movilidad es más amplia en el dedo gordo que en el resto de los dedos del pie. La importancia de esta amplitud de movimientos consiste en que forma una unidad de apoyo importante en el antepié, en donde la esfera constituida por la cabeza del primer metatarsiano con la base de la primera falange, aprovecha el deslizamiento de los sesamoideos para evitar tanto las desviaciones laterales del dedo gordo como los repliegues capsulares que pudieran formarse durante la fase de apoyo.

Ellis distinguió la postura del dedo gordo del pie durante la acción de apresar el suelo con la del resto de los dedos: el dedo gordo permanece plano y derecho y ofrece un área de mayor contacto con el suelo; al mismo tiempo los demás dedos permanecen curvos permitiendo que sólo la falange terminal haga presa del suelo. Y por muy vigoroso que sea el peso el dedo gordo permanece derecho en toda su longitud.

Músculos.

El dedo gordo tiene 2 falanges y 2 músculos flexores, uno para cada falange. Los 2 músculos contribuyen para mantener el hallux derecho en toda su longitud. Lambrinudi consideró el pie como una palanca de segundo género con la cabeza de cada metatarsiano sirviendo como fulcro. Asignó 2 funciones a los dedos: prensión y ambulación. Estando derechos y firmes contra el suelo alargan el fulcro y liberan a las cabezas -

de una presión constante.

El antepié forma un arco anterior en virtud del cual las cabezas del primero y quinto metatarsianos se encuentran - aproximados hacia adentro y abajo; en el momento de contacto del pie con el suelo, desaparece la actividad del tibial anterior y se produce la contracción de los músculos intrínsecos del pie. Este a su vez forma un arco tendido entre el talón y el antepié; cuando la planta del pie se apoya sobreviene la contracción del tríceps sural, del flexor común de los dedos, del tibial posterior y de los peroneos que tienden a levantar el pie del suelo para llegar al despegue del mismo.

ETIOPATOGENIA DEL HALLUX VALGUS.

Son causa de insuficiencia del primer radio:

1. Debilidad de partes blandas. (Pie plano).
2. Inclinação lateral de la primera cuña.
3. Herencia.
4. Acortamiento del primer metatarsiano.
5. Desviación en varo del primer metatarsiano.
6. Yatrógenas.

1. Debilidad de partes blandas. Para que exista una armonía dinámica de las articulaciones del antepié, es necesario que los músculos, ligamentos y partes blandas funcionen en condiciones óptimas; si falla uno de estos componentes sobreviene el desequilibrio de las articulaciones - que carecen de potencia funcional para su apoyo, lo que se traduce radiológicamente por la separación entre la primera y segunda cuñas (insuficiencia del ligamento de Lisfranc), en el aplanamiento del arco longitudinal y en la flacidez músculo-ligamentosa que es inherente al pie plano flácido.

La patología se produce no tanto por el hundimiento de la bóveda plantar sino por la desviación en valgo del talón, que genera un movimiento en pronación del antepié y que tiende a compensarse con un movimiento de supinación, que a su vez eleva el primer metatarsiano que, en vez de

llegar oblicuamente al suelo, lo alcanza casi paralelamente, perdiendo así su capacidad de apoyo.

2. Inclínación lateral de la primera cuña. Esta inclinación -distal y posterior- de la superficie articular de la primera cuña es lo que acentúa la desviación en varo del primer metatarsiano.

Esta desviación tiene un ángulo normal de 18 grados, más allá de los cuales existe patología de inclinación de la primera cuña. (Ver figura No. 1.).

Figura No. 1: Angulaciones normales del primer radio.

- A. Angulación formada por el eje del dedo y el primer metatarsiano.

Normal: 16.7 grados.

- B. Angulo entre el primero y segundo metatarsianos.

Normal: 9.5 grados.

- C. Angulo entre el primer metatarsiano y la primera cuña.

Normal: 18 grados.

3. Herencia. Durlacher (1845) ya había observado una predisposición hereditaria a adquirir tal deformidad. Se considera actualmente como herencia debida a un rasgo autosómico dominante con penetrancia incompleta.

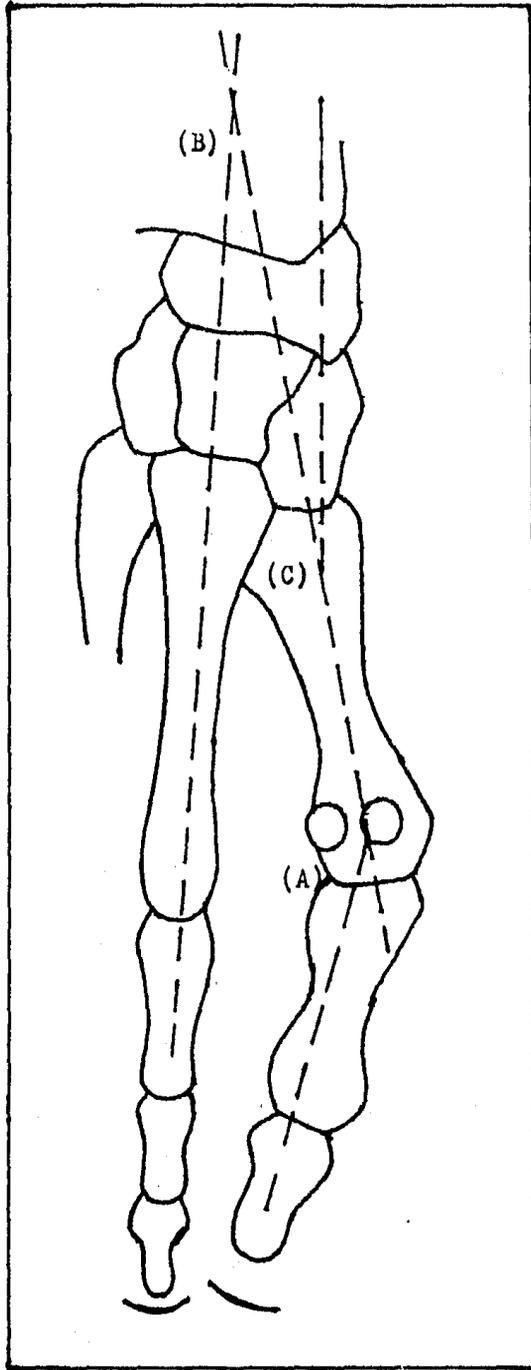


Figura No. 1.

4. Acortamiento del primer metatarsiano. Se considera acortamiento normal entre 1 y 5 mm en relación al segundo metatarsiano. Si es mayor, genera insuficiencia del primer radio.

5. Desviación en varo del primer metatarsiano. Normalmente existe una separación entre el primero y segundo metatarsianos menor de 10 grados. Además la línea que une al primer metatarsiano con el primer dedo tiene un ángulo de separación de 16.5 grados y más allá de esta inclinación se habla de patología en valgo del primer dedo, lo que acentúa el varo del primer metatarsiano.

Obsérvese la figura número 2, en donde se puede apreciar el grado de varus del primer metatarsiano.

- A. Normal.
- B. Moderado.
- C. Acentuado.

6. Yatrógenas. Debido a intervenciones quirúrgicas variadas en el pie, que pueden provocar el hallux valgus. Entre las más frecuentes encontramos: corrección del pie Bott y secuelas paralíticas.

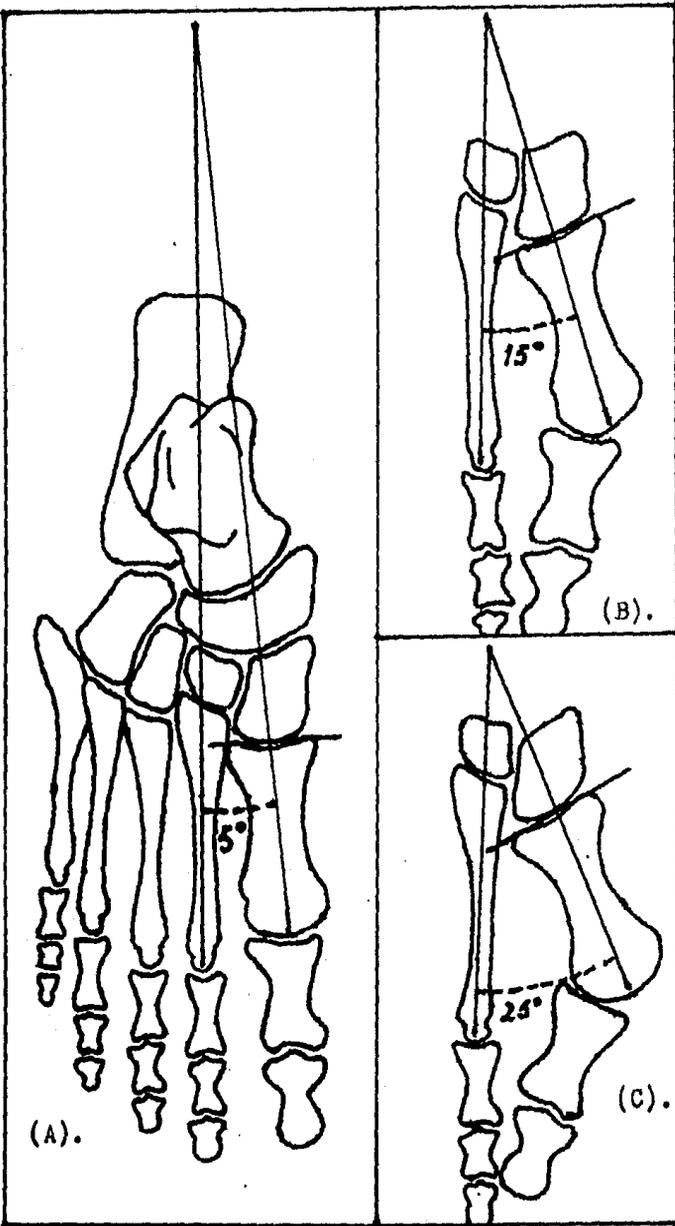


Figura No. 2.

FACTORES COADYUVANTES.

Sin estar relacionados directamente con la etiología, hemos de mencionar 2 factores asociados con el hallux valgus: el sexo y el calzado.

Sexo. A lo largo de la historia se ha visto la predominancia del sexo femenino en este tipo de patología. Payr (1894), sacó su relación de mujer-hombre en 3:2. Lake (1952), sin duda alguna con mejores observaciones, puso la relación de 50:1 con respecto a la mujer, enfatizando la conexión entre la patología y el uso de calzado puntiagudo, compresivo y de tacón alto. A este respecto Sir Robert Jones (1924) dijo: " Jamás he visto un pie normal en las mujeres que portan zapatos a la moda."

Calzado. Camper (1781) escribió: "... los zapatos, hasta el presente, no han servido sino para deformar los pies y - cubrirlos de callosidades... es evidente que en el mundo ya no hay seguidores de Sócrates, quien se conducía descalzo..." Durlacher (1845) decía: "Una de las causas más frecuentes de bursitis en el pie, es el calzado corto y con suela estrecha." Meyer (1858) protestaba contra " el arrogante absurdo del que la moda es culpable al forzar al pie dentro de unos zapatos que, en vez de protegerlo, lo deforma." El mismo emprendió una cruzada en contra del zapato, " al cual, gran parte de la humanidad, se está volviendo esclava".

Un poco exagerados, pero al fin y al cabo testimonios nacidos de la observación, son válidos aún en nuestra época.

MATERIAL Y METODO.

Diez pacientes aceptaron la intervención quirúrgica propuesta al acudir a consulta externa del Hospital de Urgencias de La Villa, dependiente de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. El lapso comprendido entre estas intervenciones fue de Marzo a Noviembre de 1984.

La totalidad de los mismos solicitaron el auxilio quirúrgico debido a las molestias ocasionadas por la bursitis (o bunio, según la terminología anglosajona), en el sitio de la primera articulación metatarsofalángica, así como en su cara medial. Alguno de ellos demandó, secundariamente, razones estéticas. Rechazaron, asimismo, el tratamiento conservador a base de calzado amplio.

Una vez que se hubo llegado al diagnóstico clínico, se procedió al estudio radiológico. Se les solicitaron radiografías dorsoplantares y sagitales. Las dorsoplantares para efectuar las medidas angulares de desviación y las sagitales para visualizar sesamoideos.

El rango de edades fue de 17 a 56 años, con un promedio de 36. La predominancia del sexo femenino se elevó en un 90%. El 80% padecían de pie plano valgo. 8 tenían pie egipcio (80%), - 1 pie griego (10%) y 1 pie cuadrado (10%).

Por lo que respecta al Index, el 90% lo tuvo plus minus y un 10% fue minus. Obsérvese cuadro No. 1

Cuadro No. 1 Grupo Tratado.

Paciente	Patología preoperatoria.	Index	Tipo de pie.	Otra patología.
1. (F).	Plano valgo.	Plus minus.	Egipcio.	---
2. (F).	Plano valgo.	Plus minus.	Egipcio.	---
3. (F).	Plano valgo.	Plus minus.	Egipcio.	---
4. (F).	Plano valgo.	Plus minus.	Egipcio.	---
5. (F).	Plano transverso.	Plus minus.	Egipcio.	---
6. (M).	Plano valgo.	Plus minus.	Cuadrado.	---
7. (F).	Plano valgo.	Plus minus.	Egipcio.	Artrosis.
8. (F).	Plano valgo.	Minus.	Griego.	---
9. (F).	Plano valgo.	Plus minus.	Egipcio.	Artrosis.
10. (F).	Plano valgo.	Plus minus.	Egipcio.	---

(F): femenino.

(M): masculino.

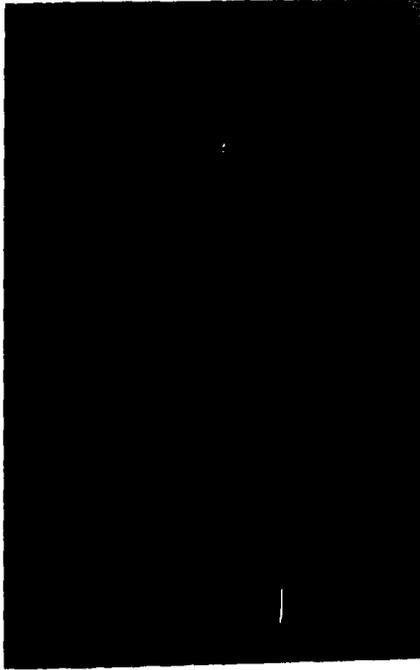
Cuadro No. 2

Comparación pre y postoperatoria de ángulos del primer radio.

Paciente.	Preoperatorio.		Postoperatorio.	
	Angulo entre el primer metatarsiano y primer dedo. Normal: 16 grados.		Angulo entre el primer metatarsiano y primer dedo.	
	D.	I.	D.	I.
1.	30	30	15	15
2.	40	41	17	18
3.	35	37	16	16
4.	17	25	7	9
5.	38	40	18	15
6.	30	32	18	18
7.	25	35	15	19
8.	36	38	16	15
9.	20	25	10	8
10.	42	44	20	18

(D). Pie derecho.

(I). Pie izquierdo.



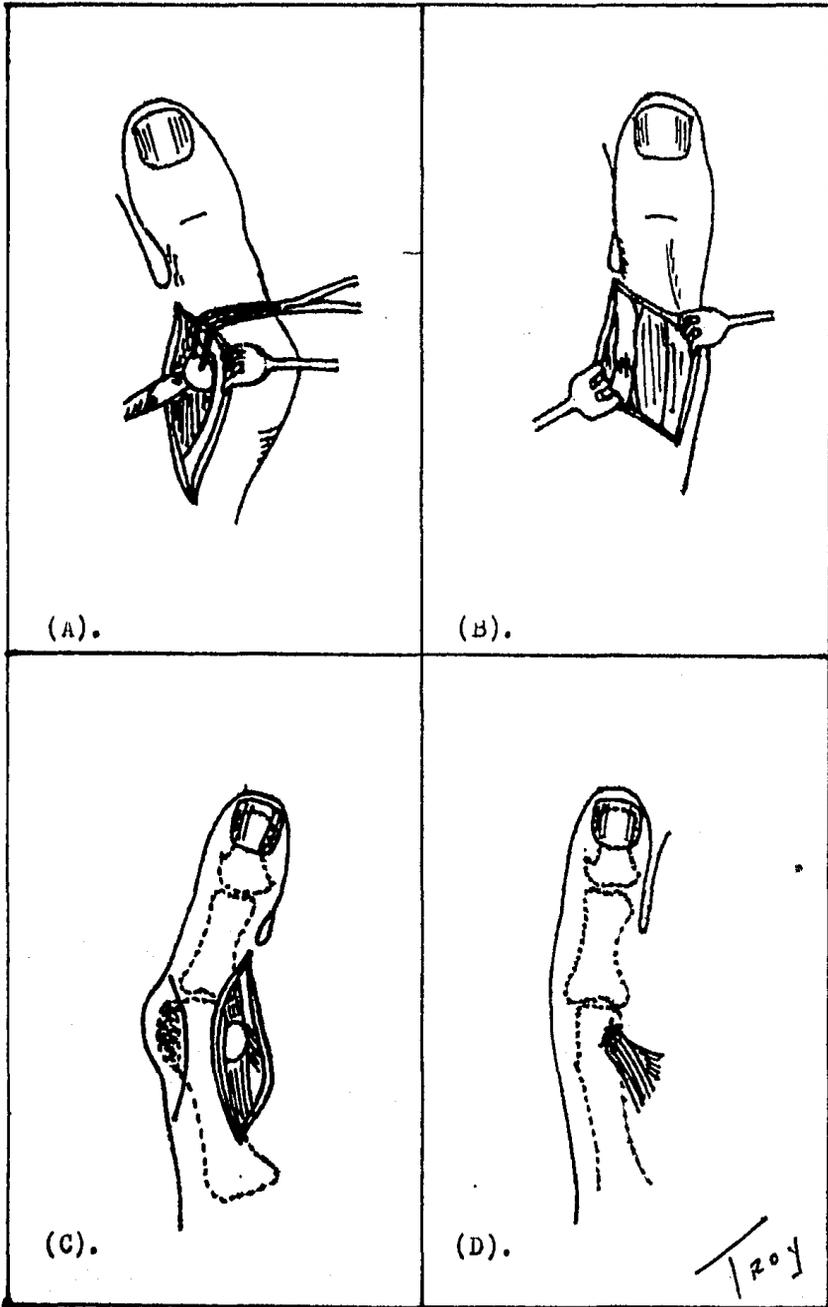
DR. EARL D. MC BRIDE.

(1891-1975).

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE MC BRIDE.

De una manera sucinta se exponen los tiempos quirúrgicos de la intervención:

- A. La incisión se inicia lateralmente al dedo gordo por encima del espacio interdigital, sobre el dorso del pie. Cuando la incisión se curva medialmente y hacia abajo, cuidar el tendón extensor largo del dedo gordo. Se extirpa el sesamoideo lateral.
- B. Una vez identificado el tendón aductor conjunto, se desinsera de la falange proximal y se fija al cuello del metatarsiano.
- C. Se realiza, en seguida, la segunda incisión en la cara medial lateral del pie, sobre la exostosis, exponiendo la articulación metatarsofalángica. Se incide la bursa y se procede a la exostectomía. Esta deberá hacerse en línea paralela con el cuerpo del hueso. Se imbrica la cápsula una vez hecha la hipercorrección del dedo con respecto al metatarsiano, procurando llegar a los 10 grados de alineamiento.
- D. Se efectúa el cierre por planos haciendo una meticulosa hemostasia. Se mantiene la hipercorrección con apósito y vendaje elástico durante las 2 primeras semanas del postoperatorio. (Véase el esquema correspondiente).



Esquema No. 1. Procedimiento quirúrgico de Mc Bride.

RESULTADOS.

De los diez pacientes que fueron intervenidos de ambos - pies, los resultados fueron satisfactorios en lo que respecta a los parámetros que fueron tomados como meta.

1. Alivio del dolor ocasionado por la bunionitis (bursitis).

Esto se vio reflejado por ausencia de roce doloroso de la primera articulación metatarsofalángica al iniciar el paciente su vida diaria. En un lapso de 1 mes se les pudo indicar el inicio mesurado de actividades por lo que respecta a la marcha sin restricción.

2. Estético. Aunque no fue de intención primaria, se pudo -

conseguir en 7 de los casos un mejoramiento aparente. - Esto fue manifestado por los propios sujetos en cuestión, sin haberlos forzado por medio de un interrogatorio manipulado. En 2 de los pacientes no fue ni siquiera efecto secundario, puesto que se realizó la intervención para - alivio de la bursitis con un mínimo de exostectomía, quedando el primer radio prácticamente igual que en el preoperatorio.

3. Uso del calzado. Puesto que el 90% de los casos estuvo -

constituido por pacientes del sexo femenino, se instó a que usaran zapatos amplios mejor que estrechos, dada la proximidad de éstos con la etiología en la producción de hallux valgus. Cuando menos durante los 3 primeros meses de observación, esta indicación fue cumplida redundando en

beneficio de las propias afectadas.

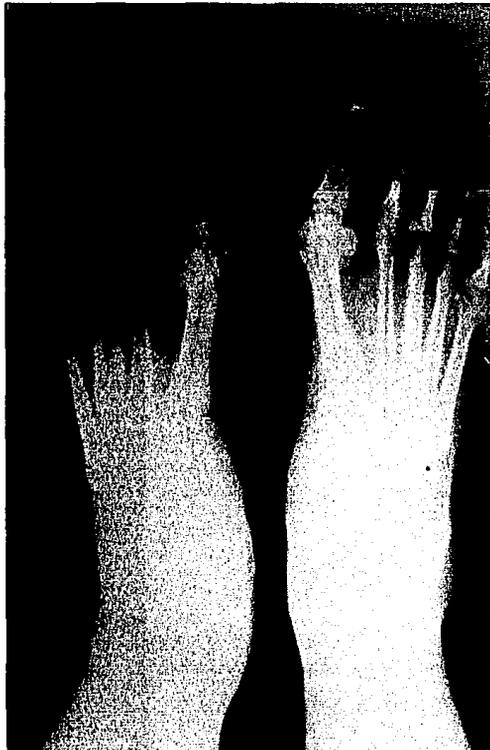
Uno de los pacientes presentó exudado purulento en la herida quirúrgica interna a los 9 días del postoperatorio inmediato debido, probablemente, a manipulación poco gentil del colgajo cutáneo. Se le estuvo tratando con curaciones y antibioterapia sistémica, remitiendo el cuadro en 1 semana.

Los pacientes, en general, tuvieron un seguimiento promedio de 6 meses, durante los cuales no se presentaron los síntomas que con antelación los habían infligido.

El pie egipcio, (90% de los casos), ya postoperado, no tuvo repercusión en halomegalia, siendo ésta una complicación temida en las plastias tendinosas que llevarían a molestias en el uso del calzado.

El tiempo promedio de incapacidad parcial fue de 15 días. Y el de reintegración a las actividades cotidianas de 4 a 6 semanas.

En las fotografías siguientes se presenta el caso No. 1 de los cuadros 1 y 2 precedentes: femenino de 56 años con un ángulo A preoperatorio de 30 y 30, foto 1. En el postoperatorio se redujo a 15 y 15 grados, foto 2.



Preoperatorio: 30
y 30 grados.



Foto 2. Angulo A.
Postoperatorio: 15 y 15 grados.

JUSTIPRECIACION.

El presente trabajo está realizado con una técnica establecida. Huelga reiterar que existen más de 100 técnicas - ideadas para la misma patología... y todas con sus respectivos apologistas. No intentamos siquiera una modificación de la misma, puesto que hubiéramos caído en esa espiral infinita de variaciones a una técnica que, ipso facto, cambia de nombre para aumentar el cúmulo de técnicas quirúrgicas para esta entidad nosológica, siendo esto el argumento más consistente de que ninguna de ellas es la indefectible y por lo tanto cada cual hará uso de la que tenga mayor experiencia y le haya dado resultados aceptables.

Sin que ello signifique un panegírico, hemos de mencionar las ventajas fuera de discusión que tiene la técnica del Dr. Mc Bride. Al actuar exclusivamente sobre partes blandas - (tendones) no realiza osteotomías en base de la primera falange, como Keller, lo que nos llevaría a un acortamiento del dedo, en detrimento de la estética; a una pérdida de la potencia del flexor del dedo gordo y a esa sensación de dedo inestable de la que algunos pacientes se quejan. El tiempo de incapacidad está reducido notablemente con respecto a - otros procedimientos, dado que el paciente se reintegra a sus actividades entre la 4a. y la 6a. semana. A cambio de lo cual, existe el peligro de la hipercorrección tendiente al varo y alargamiento del primer radio.

En la actualidad se está usando como técnica coadyuvante a otras que utilizan osteotomías (como la de Mitchell y Chevron), según consta en el Home Study Syllabus, de la Academia Americana de Cirujanos Ortopedistas. (1984)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSION.

El mejor método quirúrgico para la corrección del hallux valgus, será aquél con el que el cirujano ortopedista tenga la mayor experiencia y los mejores resultados.

No es conveniente asegurar que el que usamos es el mejor, como tampoco desconocer o descartar -a priori- los restantes. Todos son perfectibles; ninguno perfecto. Y el conocimiento profundo de alguno de ellos que haya dado beneficio a los pacientes, será el argumento fuerte de que con una técnica - manejada correctamente es suficiente.

La técnica de Mc Bride es buena. Nuestros resultados han sido publicables sin que se azare el rostro. Los pacientes se han sentido satisfechos.

Alguien, en otro lugar, pudo haber tenido resultados similares con la técnica, por ejemplo, de Lapidus. Lo que es indicativo de que también por otros caminos pueden lograrse resultados honrosos.

No se nos fuerce, por lo tanto, a opinar sobre la mejor de las técnicas. Pero si ello fuere inevitable, habremos contestar con Horacio: " Et adhuc lis sub iudice est " : La cuestión se encuentra aún bajo el veredicto del juez.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Allen R T. The assesment of adolescent hallux valgus before and after first metatarsal osteotomy. *Foot Ankle*, 1981 (5) 2-11.
2. Allum RL. Keller's operation with basal osteotomy of first metatarsal. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Feb. 1983. 76 (2). 116-120.
3. Bargman J. A review of surgical procedures for hallux valgus. *Foot ankle*, 1980. Jul. 1 (1), 39-43.
4. Brahms M. Hallux valgus- the Akin procedure. *Clinical - Orthopaedics and related research*. N.157, Jun. 1981. 47-49.
5. Breck LW. The classic conservative operation for bunions by E.McBride (1891-1975). *Clin. Orthop*. 1981. (157). 2-4.
6. Brindley MH. Mobilization and transfer of the intrinsics of the great toe for hallux valgus. *Clin. Orthop*. 1982. May. (165). 144-147.
7. Campbell WC. *Cirugía Ortopédica*. Tomo II. Págs. 2001-2019. 5a. Edición.
8. Cangiolioli CP. Treatment of forefoot valgus. A new surgical approach by split extensor hallucis longus tendon transfer. *J.Foot Surg*. 1981. Spring 20 (1). 21-24.
9. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. Hallux valgus. Etiology, anatomy, treatment and surgical considerations. Number 157. June 1981. 31-46.
10. Curda GA. et al. The Mc Bride bunionectomy with closing abductory wedge osteotomy. A postoperative review. *J.Am. Podiatry Assoc*. 1981. Jul. 71 (7). 349-355.

11. Donovan JC. Results of bunion correction using Mitchell - osteotomy. J. Foot Surg. 1982. 21 (3). 181-185.
12. Giannestras NJ. Hallux valgus y hallux rigidus. Capítulo 13, del Texto Trastornos del pie. Editorial Salvat. 1979. Págs. 345-381.
13. Heden RI et al. The Buckle point and the metatarsal protrusion relationship to hallux valgus. J. Am. Podiatry Assoc. 1981. 71 (4). 200-208.
14. Helal B. Surgery for adolescent hallux valgus. Clin. Orthopaedics. 1981. (157). 50-63.
15. Holstein A. Hallux valgus- an acquired deformity of the foot in cerebral palsy. Foot Ankle 1980. Jul. (1) 33-38.
16. Kelikian H. Hallux valgus, allied deformities of the fore-foot and metatarsalgia. W.B. Saunders, Philadelphie, 1965. 56-58. 115-118. 142-150.
17. Lelievre J. Patología del pie. Toray-Masson, SA. 1982. Deformidades adquiridas de los dedos. 462-490.
18. Michetti ML. March fracture following a Mc Bride bunioneectomy. A case report. J. Am. Podiatry Assoc. 60. 286-7. Jul. 1970.
19. Orthopaedic Knowledge Update-I. Home Study Syllabus. 1984. Ankle and foot reconstruction. 371-372.
20. Pelet D. Osteotomy and fixation for hallux valgus. Clin. Orthopaedic. 1981. (157) 42-46.
21. Reikeras O. Metatarsal osteotomy for relief of hallux valgus. Arch. Orthop. Trauma Surg. 1982. 99(3). 209-211.

22. Soren A. Surgical correction of hallux valgus. Arch. Orthop. Trauma Surg. 1980. Feb. 96 (1). 53-58.

23. Wilson DW. Treatment of hallux valgus and bunions. Br. J. Hosp. Med. 1980. Dec. 24 (6) 548-549.