

11245

19  
29



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

CIUDAD DE MEXICO  
Servicios de Salud  
DDF



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN

**TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia**

1995  
SERVICIOS DE SALUD  
ESTADISTICA  
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO  
JULIO

**" TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS CON  
TECNICA DE SILVER "**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA**

**P R E S E N T A**

**DR. RAFAEL GASTELUM MURRIETA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE**

**ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. F. ENRIQUE VILLALOBOS GARDUÑO**

1995

**FALLA DE ORIGEN**



## **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.

Vo.Bo.

~~VILLALBA~~  
DR. FELIX ENRIQUE VILLALOBOS GARDUÑO

PROFESOR TITULAR

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

D.G.S.S.D.D.F.



DIREC. GRAL. SERV. DE SALUD  
DEL DEPARTAMENTO DEL D.F.  
DIRECCION DE ENSEÑANZA E  
INVESTIGACION

Vo.Bo.

*J. Villalpando Casas*  
DR. JOSE DE JESUS VILLALPANDO CASAS

DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

D.G.S.S.D.D.F.

ORTOPEDIA  
Y  
TRAUMATOLOGIA

GRACIAS :

PADRES, TIOS Y HERMANOS, POR SU AMOR

NACHO, POR TU AMISTAD

MAESTRO GARCIA LEON, POR TUS ENSEÑANZAS

YOLANDA, POR TU AMOR Y APOYO

**I N D I C E :**

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	3
HIPOTESIS.....	4
OBJETIVOS.....	5
MATERIAL Y METODOS.....	6
DESCRIPCION DE LA MANIOBRA.....	7
RIEGO QUIRURGICO.....	9
RESULTADOS.....	10
DISCUSION Y COMENTARIOS.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	16

## INTRODUCCION :

LA ARTICULACION METATARSOFALANGICA, ES LA MAS COMPLEJA DE LAS ARTICULACIONES DEL ANTEPIE DEBIDO AL MECANISMO DE LOS SESAMOIDEOS. COMO NINGUN MUSCULO SE INSERTA EN LA CABEZA DEL PRIMER METATARSIANO, ES VULNERABLE A FACTORES EXTERNOS (EXTRINSECOS). TAMBIEN INFLUYEN LA ACCION DE LOS MUSCULOS EXTRINSECOS, EXTENSOR Y FLEXOR LARGO DEL DEDO GORDO, TIBIAL ANTERIOR Y PERONEO LATERAL LARGO. POR OTRA PARTE LA ARTICULACION METATARSOFALANGICA, DESEMPEÑA UN PAPEL IMPORTANTE EN LA TRANSMISION DEL PESO CORPORAL DURANTE LA LOCOMOCION, DE TAL MANERA QUE SI ACTUAN SOBRE ELLA FUERZAS ANORMALES PUEDE RESULTAR DEFORMADA. ESTA ARTICULACION PRESENTA TENDENCIA A SER AFECTADA POR DEFORMIDADES ESTATICAS COMO HALLUX VALGUS, HALLUX RIGIDO Y ARTRITIS DEGENERATIVA; PATOLOGIAS QUE PUEDEN REQUERIR TRATAMIENTO QUIRURGICO.

LA OBSERVACION "TODO LO BUENO QUE HAGA PARA SUS PIES ELLOS SE LO DEVOLVERAN DOBLADO", ES MUY OPORTUNA Y ADECUADA. CON LOS ZAPATOS DE ESTILO MODERNO PARTICULARMENTE ENTRE LAS MUJERES Y NUESTROS METODOS ACTUALES DE VIDA, OCASIONAN QUE NUESTROS PIES ESTEN CALZADOS DE MANERA INADECUADA, AUNADO A QUE TAMPOCO LOS EJERCITAMOS COMO DEBERIA SER DANDO COMO RESULTADO UN AUMENTO EN LAS PATOLOGIAS DEL PIE. AFORTUNADAMENTE MUCHOS PROBLEMAS DEL PIE PUEDEN SER TRATADOS CON EXITO MEDIANTE TRATAMIENTO CONSERVADOR; SIN EMBARGO CON UN CONOCIMIENTO INADECUADO DEL DESARROLLO EMBRIOLOGIA, FISIOLOGIA, ANATOMIA Y EL CONCEPTO DE PIE BIEN DEFINIDO NO ES POSIBLE LA COMPRESION DE LAS PATOLOGIAS QUE A

EL PERTENECEN.

MUY A MENUDO EL PACIENTE DICE "DOCTOR, CUANDO LOS PIES ME --  
DUELEN ME DUELE TODO EL CUERPO", POR CONSIGUIENTE INCUMBE AL --  
CIRUJANO ORTOPEDISTA POSEER UN REPERTORIO AMPLIO Y EXCELENTE DE  
TRATAMIENTOS PARA LA CORRECCION DE PATOLOGIAS DEL PIE Y PROPOR-  
CIONAR COMODIDAD AL PACIENTE.

## ANTECEDENTES :

EL TERMINO "BUNIO" (JUANETE) PROVIENE DEL LATIN; bunio, QUE --  
SIGNIFICA "NABO" LO CUAL HA CONDUCIDO A CIERTAS APLICACIONES --  
ERRONEAS Y CONFUSAS DE ESTE TERMINO EN RELACION A LOS TRANSTOR-  
NOS DE LA PRIMERA ARTICULACION METATARSOFALANGICA.

CARL HEUTER EN EL AÑO DE 1871, INTRODUCE EL TERMINO hallux --  
valgus DESCRIBIENDO UNA DEFORMIDAD COMO CONTRACTURA EN ABDUC --  
CION, EN LA CUAL TENEMOS UNA SUBLUXACION ESTATICA DE LA PRIMERA  
ARTICULACION METATARSOFALANGICA, CON DESVIACION LATERAL DEL DE-  
DO GORDO Y DESVIACION MEDIAL DEL PRIMER METATARSIANO. EN CASOS  
GRAVES SE ACOMPAÑA DE ROTACION O PRONACION DEL DEDO GORDO.

EN EL AÑO DE 1923, SILVER INTRODUCE SU TECNICA EN EL MANEJO -  
DE TEJIDOS BLANDOS COMO TRATAMIENTO PARA EL HALLUX VALGUS, ---  
SIENDO UNO DE LOS PIONEROS EN TRATAR ESTA PATOLOGIA. SI RESEÑA-  
RAMOS TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE HAN DESCRITO PARA LA CO--  
RRECCION DE ESTA DEFORMIDAD, NO SE CONTRIBUIRÍA EN GRAN MEDIDA  
AL TOTAL DE ESFUERZOS HUMANOS, SINO A SEMBRAR MAYOR AMBIGUEDAD.  
UNA REVISION BIBLIOGRAFICA REVELA QUE EN LA ACTUALIDAD EXISTEN  
MAS DE 80 PROCEDIMIENTOS DESCRITOS PARA LA CORRECCION DEL HA --  
LLUX VALGUS; DE LOS CUALES EL 75% DE LOS PROCEDIMIENTOS SON MO-  
DIFICACIONES DE LAS CIRUGIAS BASICAS. NO HAY DISCUSION EN EL --  
SENTIDO DE QUE UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DEL ANTEPIE ES  
EL "JUANETE".



**HIPOTESIS NULA :**

EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS CON TECNICA DE SILVER NO SE --  
ASOCIA AL BENEFICIO DE LOS PACIENTES Y A SU PRONTA REHABILITA--  
CION.

**HIPOTESIS ALTERNA :**

EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS CON TECNICA DE SILVER SE ASO--  
CIA AL BENEFICIO DE LOS PACIENTES Y A SU PRONTA REHABILITACION.

## OBJETIVOS .

### OBJETIVO GENERAL :

"EVALUAR LA EFICACIA DE LA TECNICA DE SILVER EN TRATAMIENTO - DEL HALLUX VALGUS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL HOSPITAL "DR. RUBEN LEÑERO" DE LA D.G.S.S.D.D.F., EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1° DE JUNIO DE 1994 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994"

### OBJETIVOS PARTICULARES :

1. DETERMINAR EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO EL TIEMPO EN EL -- CUAL INICIAN LA DEAMBULACION ASISTIDA LOS PACIENTES MANEJA-- DOS CON LA TECNICA DE SILVER.
2. EVALUAR EL TIEMPO EN EL CUALSE LLEVA A CABO EL APOYO TOTAL - EN LOS PACIENTE MANEJADOS CON LA TECNICA DE SILVER.
3. DETERMINAR EL GRADO DE CORRECCION DEL VALGO DE LA ARTICULA-- CION METATARSOFALANGICA DEL PRIMER DEDO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO Y AL MES DE APOYO.
4. DETERMINAR LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN LA TECNICA - DE SILVER.

**MATERIAL Y METODOS :**

TIPO DE DISEÑO : ENSAYO CLINICO

DIRECCIONALIDAD : NO DIRECCIONAL

TEMPORALIDAD : PROSPECTIVA

UNIDAD DE ANALISIS : INDIVIDUAL

TAMAÑO DE LA MUESTRA : POBLACION ABIERTA TEOREMA DE BAYES

TIPO DE MUESTREO : ALEATORIO SISTEMATICO

FUENTE DE DATOS : PRIMARIOS

UNIVERSO : HOSPITAL GENERAL "DR. RUBEN LEÑERO"

PERIODO DE ESTUDIO : 1° DE JUNIO DE 1994-31 DE DICIEMBRE DE 1994

DESCRIPCION DE LA MANIOBRA  
(TECNICA QUIRURGICA)

PREVIA ANESTESIA REGIONAL O GENERAL, SE COLOCA AL PACIENTE EN DECUBITO DORSAL, SE REALIZA ANTISEPSIA DESDE EL PIE HASTA TERCIO PROXIMAL DEL MUSLO; SE COLOCAN CAMPOS ESTERILES E ISQUEMIA COMPRESIVA CON VENDA DE ESMARCH HASTA TERCIO MEDIO CON DISTAL DEL MÚSLO DEL MIEMBRO PELVICO APECTADO; FINALIZANDO CON LA COLOCACION DEL CAMPO HENDIDO. LA INCISION CUTANEA INICIAL SE HACE SOBRE LA CARA DORSAL DEL PIE EN EL PRIMER ESPACIO INTERDIGITAL, CENTRADA ENTRE EL PRIMERO Y SEGUNDO DEDOS. LA DISECCION SE PROFUNDIZA DIRECTAMENTE EN LA LINEA MEDIA PARA PROTEGER LA PORCION SUPERFICIAL DEL NERVIJO PERONEO PROFUNDO QUE PASA A AMBOS LADOS DEL ESPACIO INTERDIGITAL. SE IDENTIFICA EL TENDON ADDUCTOR DEL DEDO GORDO Y SE LIBERA CON HOJA DE BISTURI AL IGUAL QUE LA CAPSULA EXTERNA. .

LA INCISION MEDIAL SE HACE EN LA LINEA MEDIA, EN FORMA RECTILINEA; COMIENZA DISTALMENTE EN LA PORCION MEDIA DE LA FALANGE PROXIMAL Y CONTINUA EN DIRECCION PROXIMAL HASTA UN PUNTO INMEDIATAMENTE MAS ALLA DE LA EMINENCIA PROXIMAL O JUANETE. LA INCISION SE PROFUNDIZA A TRAVES DEL TEJIDO SUBCUTANEO HASTA LA CAPSULA ARTICULAR Y LA DISECCION SE LLEVA A CABO A LO LARGO DEL PLANO CAPSULAR. DE ESTE MODO, LOS NERVIOS DORSAL Y PLANTAR MEDIALES QUEDAN REPLEGADOS DENTRO DE LOS COLGAJOS CUTANEOS. LUEGO SE ABORDA LA CAPSULA MEDIAL CON UNA INCISION EN FORMA DE "V" -- CON LOS BRAZOS DE ESTA, EMPEZANDO EN LA BASE DE LA FALANGE PRO-

XIMAL. ESTAS SE UNEN DOS CENTIMETROS MAS PROXIMALES EN LA CARA MEDIAL DEL CUELLO DEL PRIMER METATARSIANO. LA CAPSULA SE RE --- PLIEGA DISTALMENTE CON TODO CUIDADO PARA FORMAR UN COLGAJO DE TEJIDO. LA EXOSTOSIS SE SECCIONA CON UN OSTEOTOMO DE MEDIO CENTIMETRO PASANDO APROXIMADAMENTE A UN MILIMETRO POR DENTRO DEL SURCO SAGITAL, LOS BORDES AGUDOS DE LA OSTEOTOMIA SE ALIZAN. -- PARA LA PLICATURA DE LA CAPSULA SE USAN CUATRO O CINCO PUNTOS SEPARADOS DE MATERIAL CROMICO, EN SU DEFECTO ACIDO POLIGLICOLICO, DEJANDOSE AL DEDO GORDO EN POSICION VARA Y NEUTRO EN CUANTO A FLEJO-EXTENSION, AL TERMINAR LA REPARACION DEL LADO INTERNO, EL DEDO GORDO DEBE PERMANECER EN UNA ALINEACION SATISFACTORIA. SE COMPRIME EL ARCO METATARSIANO TRANSVERSAL Y SE ANUDAN LAS -- SUTURAS EN EL PRIMER ESPACIO INTERDIGITAL. LA PIEL SE CIERRA -- CON NYLON 4/0 CON PUNTOS SEPARADOS Y SE APLICA UN VENDAJE COM-- PRESIVO ESTERIL, EL CUAL SE RETIRA Y SE APLICA UNO NUEVO EN LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS.

RIESGO QUIRURGICO DE LA TECNICA DE ACUERDO AL CODIGO PENAL -  
VIGENTE EN MEXICO Y A LAS REGULACIONES DE LA SECRETARIA DE SA--  
LUD.

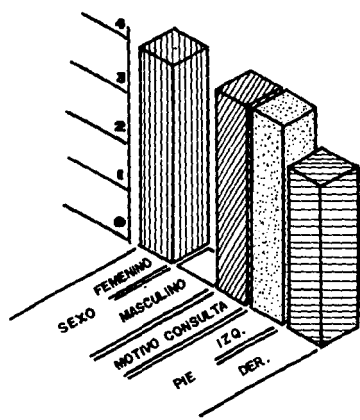
EN RELACION AL CODIGO PENAL VIGENTE, ESTA INVESTIGACION EXPE-  
RIMENTAL ESTA SUJETA A LAS NORMAS DE LA SECRETARIA DE SALUD, --  
REFERENTE AL MANEJO QUIRURGICO EN HUMANOS, A TODOS LOS PACIEN--  
TES SE LES SOLICITARA SU AUTORIZACION POR ESCRITO.

## RESULTADOS :

EL PRESENTE ESTUDIO TIENE UNA MUESTRA TOTAL DE CUATRO PACIENTES, CORRESPONDIENDO LOS CUATRO (100%) AL SEXO FEMENINO. LA EDAD MINIMA FUE DE 15 AÑOS Y LA MAXIMA DE 49 AÑOS, CON UNA MEDIA DE EDAD DE 29 AÑOS Y UNA DESVIACION ESTANDAR DE  $\pm 12$  AÑOS. EL OFICIO HABITUAL DE LOS PACIENTES FUE DEDICADO AL HOGAR EN 3 CASOS (75%), Y ESTUDIANTE EN UN CASO (25%). EL MOTIVO DE LA CONSULTA EN EL (100%) DE LOS CASOS FUE DOLOR, EN EL JUANETE. EN LOS 4 CASOS EL PIE MAS AFECTADO FUE EL IZQUIERDO, EL (100%) DE LOS PACIENTES; EN FORMA BILATERAL 3 PACIENTES (75%). (VER -- GRAFICA 1).

EL ANGULO EN VALGO DE LA PRIMERA ARTICULACION METATARSOFALANGICA DEL PIE IZQUIERDO FUE X  $29^\circ$  Y EN EL PIE DERECHO X  $26^\circ$  (VER GRAFICA 2); EN TANTO QUE EL ANGULO INTERMETATARSIANO IZQUIERDO FUE DE X  $10.5^\circ$  Y EL DERECHO X  $12.33^\circ$ ; EL ANGULO DE LA PRIMERA ARTICULACION INTERFALANGICA SE CALCULO EN X  $10.5^\circ$  PARA EL PIE IZQUIERDO Y  $13.66^\circ$  EN EL PIE DERECHO.

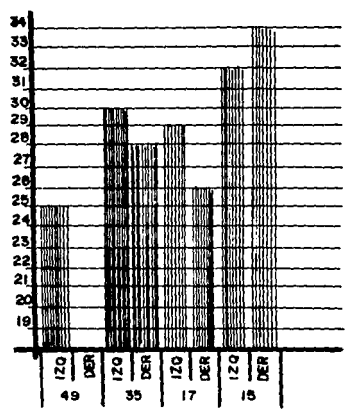
NO SE ENCONTRARON CAMBIOS DEGENERATIVOS EN LAS SUPERFICIES ARTICULARES METATARSOFALANGICA DE LOS 4 PACIENTES. MIENTRAS QUE EN 2 PACIENTES ENCONTRAMOS DEDOS EN GARRA DEL SEGUNDO, TERCERO Y CUARTO DEDO EN FORMA BILATERAL, COMO DEFORMIDADES PREQUIRURGICAS. EL PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA SE CALCULO EN 36 HS  $\pm 12$  HS. LA X DE TIEMPO QUIRURGICO POR CADA PIE FUE DE 30 MIM.  $\pm 10$  MIM.



**GRAFICA 1**

DISTRIBUCION X SEXO,  
MOTIVO DE CONSULTA Y  
PIE AFECTADO

FUENTE: HOSPITAL GENERAL  
Dr. RUBEN LEÑERO 1994.





**GRAFICA 2**

RELACION ENTRE EL ANGULO  
DE LA PRIMERA ARTICULA -  
CION METATARSOFALANGICO,  
LA EDAD Y PIE AFECTADO -  
DEL PACIENTE ANTES DE  
LA CIRUGIA.

FUENTE: HOSPITAL GENERAL  
Dr. RUBEN LEÑERO 1994.

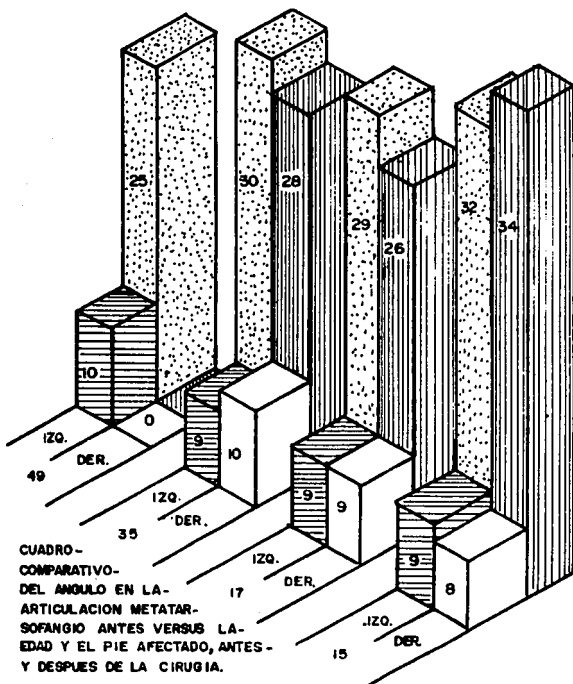
FALLA DE ORIGEN



ANTES | PIE IZQUIERDO   
 | PIE DERECHO 

DESPUES | PIE IZQUIERDO   
 | PIE DERECHO 

### GRAFICA 3



CUADRO-  
 COMPARATIVO-  
 DEL ANGULO EN LA-  
 ARTICULACION METATAR-  
 SOFANGIO ANTES VERSUS LA-  
 EDAD Y EL PIE AFECTADO, ANTES -  
 Y DESPUES DE LA CIRUGIA.

FUENTE: HOSPITAL GENERAL  
 DR. RUBEN LEONARD 1964.

## FALLA DE ORIGEN

SE UTILIZO BETALACTAMICOS EN FORMA PROFILACTICA POR VIA IN --  
TRAVENOSA EN LAS PRIMERAS 24 HORAS Y POSTERIORMENTE SE ADMINIS--  
TRARON POR VIA ORAL DURANTE 7 DIAS; SE COLOCO VENDAJE COMPRESI--  
VO Y SE PERMITIO EL APOYO TEMPRANO UTILIZANDO ZUECOS AL DISMI--  
NUIR EL EDEMA, A TOLERANCIA DEL PACIENTE. EN TANTO QUE UN PA --  
CIENTE CON HALLUX VALGUS UNILATERAL Y OTRO CON HALLUX VALGUS --  
BILATERAL POR INICIATIVA PROPIA, UTILIZARON ZAPATOS DE PUNTA --  
ANCHA, DESPUES DE HABERLES RETIRADO LOS PUNTOS EN LA SEGUNDA --  
SEMANA INICIANDO ASI DEAMBULACION. MIENTRAS QUE UNO DE LOS PA -  
CIENTES RESTANTES DEJO DE UTILIZAR LOS ZUECOS A LAS CUATRO SE -  
MANAS Y CONTINUO UTILIZANDO ZAPATOS DE PUNTA ANCHA A LAS 6 SE -  
MANAS. EL OTRO PACIENTE SE LE RETIRARON LOS CLAVOS DE KIRSCHNER  
A LAS CUATRO SEMANAS, CONTINUO CON LOS ZUECOS DOS SEMANAS MAS Y  
POSTERIORMENTE UTILIZO SANDALIAS Y GUARACHES, DESPUES DE LAS 8  
SEMANAS UTILIZO ZAPATOS DE PUNTA ANCHA. TODOS LOS PACIENTES ES--  
TUVIERON CON VENDAJE COMPRESIVO EN SU ANTEPIE POR UN MES Y POS--  
TERIORMENTE CON FERULAS NOCTURNAS POR DOS MESES.

LA CORRECCION DE LOS ANGULOS DE LA PRIMERA ARTICULACION FUE -  
DE X  $9.25^{\circ}$  IZQUIERDO Y  $9^{\circ}$  EL DERECHO (VER GRAFICA 3). EL ANGULO  
INTERMETATARSIANO IZQUIERDO FUE DE X  $8.25^{\circ}$  Y  $9.33^{\circ}$  IZQUIERDO Y  
DERECHO RESPECTIVAMENTE; EL ANGULO DE LA ARTICULACION INTERFA -  
LANGICA PROXIMAL CONTINUO SIN CAMBIOS.

PARA LOS DEDOS EN GARRA SE UTILIZO TENOTOMIA SUBCUTANEA DE -  
LOS TENDONES EXTENSORES. EN UN PACIENTE CON ANGULO INTERMETA --  
TARSIANO DE  $15^{\circ}$  BILATERAL SE REALIZO OSTEOTOMIA CURVIPLANA DE -

LA BASE DEL PRIMER METATARSIANO.

EN ESTA MUESTRA NO SE REPORTAN COMPLICACIONES. ACTUALMENTE LOS PACIENTES DEAMBULAN CON ZAPATOS DE PUNTA ANCHA SIN MOLESTIA ALGUNA. POR EL TAMAÑO DE LA MUESTRA NO ES POSIBLE REALIZAR INFERENCIAS GENERALES, DEJANDO LA POSIBILIDAD DE AMPLIAR EL NÚMERO DE PACIENTES PARA PODER REALIZAR ANÁLISIS ESTADÍSTICO, CON --- PRUEBAS PARAMÉTRICAS Y PROBABILIDADES DE ASOCIACIÓN CON LA TÉCNICA DE SILVER, EXISTIENDO EN LA ACTUALIDAD MÁS DE OCHENTA TÉCNICAS PARA ELLO.

## DISCUSION Y COMENTARIOS :

LA TECNICA PARA EL MANEJO DE LOS TEJIDOS BLANDOS, DESCRITA -- POR SILVER EN EL AÑO DE 1923, MODIFICADA POSTERIORMENTE McBRIDE Y DUVRIES, CONTINUA SIENDO UNA OPCION MAS PARA EL CIRUJANO ORTOPEDISTA; YA QUE ES UN PROCEDIMIENTO POCO MUTILANTE DE LA EXTREMIDAD Y DEJA EL PIE CON POCOS CAMBIOS ANATOMICOS PARA POSIBLES MANEJOS FUTUROS.

ES SORPRENDENTE VER QUE LAS DOS PACIENTES QUE INICIARON UNA REHABILITACION PRECOZ, ERAN AMAS DE CASA, QUIZA LA NECESIDAD DE REALIZAR LABORES DOMESTICAS FUE UN FACTOR DETERMINANTE.

LA PACIENTE A LA CUAL SE LE REALIZO OSTEOTOMIA DE LA BASE DEL PRIMER METATARSIANO, INCIO LA DEAMBULACION ASISTIDA CON MULETAS A LAS TRES SEMANAS Y AL MES INICIO A VOLUNTAD PROPIA EL APOYO TOTAL, RETIRANDOSELE A LAS CUATRO SEMANAS LOS CLAVOS DE KIRSCHNER.

EL NUMERO DE LOS PACIENTES TRATADOS ES POCO SIGNIFICATIVO ESTADISTICAMENTE, SE DEJA LA POSIBILIDAD DE AMPLIAR EL NUMERO DE MUESTRA.

LA TECNICA DE SILVER, CONTINUA SIENDO UNA OPCION MAS PARA EL CIRUJANO ORTOPEDISTA.

**BIBLIOGRAFIA :**

- 1.- A.H. CRENSHAW. CAMPBELL CIRUGIA ORTOPEDICA. BUENOS AIRES, ARG 1988. SEPTIMA EDICION.
- 2.- BUTLIN WE. MCDIFICATIONS OF THE McBRIDE FOR CORRECTION OF HALLUX VALGUSABDUCTO. J. AM. POD. ASS. 1974V. 64(8)P585-602
- 3.- DICK W, HENCHE HR. THE McBRIDE OPERATION BEIM JUNGEN ERWA -- CHSENEEN NACH McBRIDE. Z. ORTH. 1976 114(3) P 388-393
- 4.- DuVRIES, INMANN. CIRUGIA DEL PIE. BUENOS AIRES, ARG. 1992 5'ED
- 5.- FINSSEN VR. HALLUX VALGUS OPERED ON BY MEANS OF THE McBRIDE METHOD RESULTS AFTER 9 TO 12 YEARS. TIDSSKR-NOR-LÆGEFOREN 1980, 100(15), P1014-1016.
- 6.- FORD LB. SOFT-TISSUE UNIONECTOMY IN PODIATRIC SURGERY. CLIN. PODIATRIC. MED. SURG. 1991. 8(1)P63-70.
- 7.- FREDERICK G. LIPPERT, III M.D. AND JOHN E. McDEMOTT, M.D. CRESCENTIC OSTEOTOMY FOR HALLUX VALGUS: A BIOMECHANICAL STUDY OF VARIABLES AFFECTING THE FINAL POSITION OF THE FIRTS ME--TATARSAL. THE AM. ORTH. FOOT AND ANK. SOC. 1991 VOL14(4)---P204-207.
- 8.- GEBUHR, ET AL. McBRIDE'S OPERATION FOR HALLUX VALGUS. A2-11 YEARS FOLLOW-UP OF 46 CASES. ACT. ORTH. SCAND. 1992. 63(2)P189-91
- 9.- HANCEN CE. HALLUX VALGUS TREATED BY THE McBRIDE OPERATION. A FOLLOW-UP. ACT. ORTH. SCAND. 1974 45(5)P778-792.
10. JOHN S. GOULD, MD. OPERATIVE FOOT SURGERY. PHIL. PEN. USA. 1974
11. KRAMER, ET AL. THE MODIFIED SCARF BUNIENENCTOMY. J FOOT SURG. 1992. VOL 31(4) P 360-367.

12. MARTIN WJ, ET AL. A PRELIMINARY ANALYSIS OF FIBULAR SESA -- MOIDECTOMY IN THE McBRIDE BUNIONECTOMY. J.AM. POD.ASS.1983 73 (11) P 577-580.
13. MAULDIN DM. ET AL. CORRECTION OF HALLUX VALGUS WITH METATAR SOCUNEIFORM STABILIZATION. FOOT-ANKLE.1990 11(2)P59-66.
14. McBRIDE ED. THE McBRIDE BUNION HALLUX VALGUS OPERATION. J.B. JOINT,SURG. 1967 49(8)P1675-1683.
15. MEYER JM,ET AL. THE TREATMENT OF HALLUX VALGUS IN RUNNERS - USING MODIFIED McBRIDE PROCEDURE.INT.ORTH.:1987.11(3)197-200
16. MICHETTI ML. MARCH FRACTURE FOLLOWING A McBRIDE BUNIONECTOM J.AM.POD.ASS.:1970.60(7)P286-287.
17. NICOLAS J. GIANNISTRAS,MD. TRANSTORNOS DEL PIE. BARCELONA, ESPAÑA 1979.
18. PRIVARA M. ROTT Z. TREATMENT OF HALLUX VALGUS BY AN OPERATION ACCORDING TO McBRIDE. ACT. CHIR. ART. TRAUM.CECH.1979 46(6)P479-504.
19. ROVEN MD. AMBULATORY CORRECTION OF HALLUX ABDUCTO VALGUS.AN GULATIONALTRANSPOSITIONAL,DEROTATION AND HALLUX SET PROCEDURE. CLIN. PODIATRY.1985VOL2(3)P503-509.
20. SILVER D.:THE OPERATIVE TREATMENT OF HALLUX VALGUS. J.BONE AND JOINT SURG.5:225,1923.