

Cuando los tornillos no pueden ayudarte en una realineación total de antepié

Jorge Hernando Sacristán, Laura Ezquerro Herrando, Beatriz García Martínez, Pablo Navarro López,, Carlos Martín Hernández

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedades reumáticas habitualmente plantean un reto a la hora de corregir sus deformidades articulares sintomáticas. Nos encontramos con una paciente de 65 años con artritis reumatoide de 13 años de evolución, que presenta grave afectación erosiva y nodular con alteración estructural en manos y pies. En las radiografías y exploración se observa un pie plano grado 3, importante deformidad metatarsofalángica de primer dedo formando un ángulo de 100º y luxación completa del resto de articulaciones metatarsofalángicas asociando dedos en garra (*imagen 1 y 2*). Clínicamente no existe dolor a nivel de mediopie, centrándose la sintomatología en el antepié..

MATERIAL Y MÉTODOS

Planteamos una cirugía de realineación completa del antepié. Planificamos una artrodesis metatarsofalángica del hallux con tornillo de compresión y placa dorsal, realineación de Lelièvre en el resto de metatarsianos y corrección de dedos en garra. Intraoperatoriamente, nos encontramos con una calidad ósea pobre, mala vascularización y dudosa osteomielitis en el 1º radio por las complicaciones tróficas previas, obligándonos a modificar el plan evitando la colocación de material de osteosíntesis, por lo que realizamos una artroplastia de Keller- Brandes, artroplisis interfalángica de 2º a 5º dedos y realineación de Lelièvre según técnica habitual (*imagen 3*). Pautamos posteriormente zapato ortopédico de suela plana y deambulación inmediata.

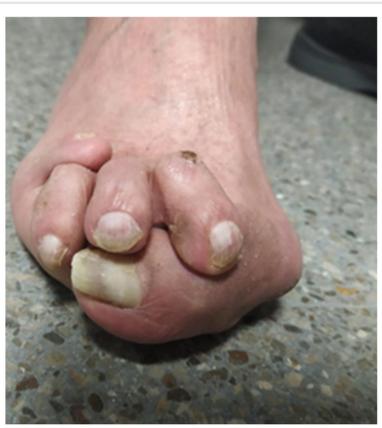


Imagen 1



Imagen 2

RESULTADOS

Obtuvimos un resultado radiológico y clínico satisfactorio, con un buen control de heridas en los controles sucesivos postoperatorios (*imagen 4 y 5*) y consiguiendo un apoyo indoloro en la deambulación.



Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5

CONCLUSIÓN

La realineación metatarsal de Lelièvre está indicada en grandes deformidades artríticas de antepié, en las cuales debemos incidir también sobre las partes blandas. En muchas ocasiones debemos tener en cuenta la pobre calidad ósea que podemos encontrar, por lo que conviene contar con un plan alternativo si se prevee un fallo del material de osteosíntesis. Diversos estudios avalan el uso de la artroplastia de resección.

Thomas et al. (2006) reportaron buenos resultados de corrección y puntuaciones en la escala AOFAS a los 5,5 años tras realizar esta técnica. Gronda et al. (2006) realizaron un ensayo clínico comparando la resección y la artrodesis en la primera articulación metatarsofalángica, no encontrando diferencias en términos de puntuación de discapacidad, corrección o mediciones de presión.