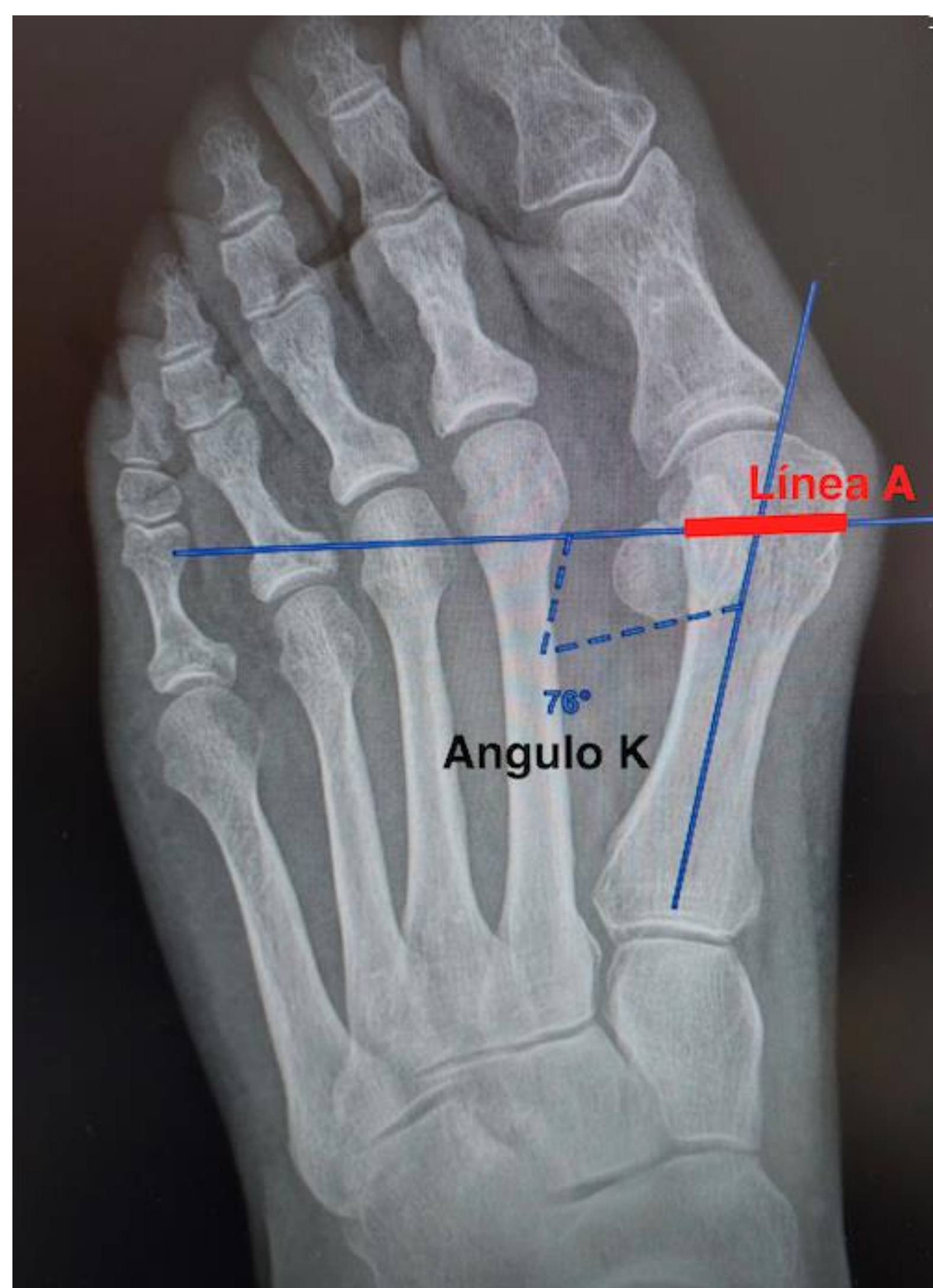


# MÉTODO PARA REALIZAR LOS CORTES PROXIMAL Y DISTAL DE LA OSTEOTOMIA EN SCARF, CON LA OBLICUIDAD CORRECTA

María del Rocío Valverde Vázquez, Rafael Fernández Gabarda, Caterina Chiappe, Vicente Javier García Laguarda, María José Sangüesa Nebot  
Hospital Arnau de Vilanova – Llíria, Valencia, España

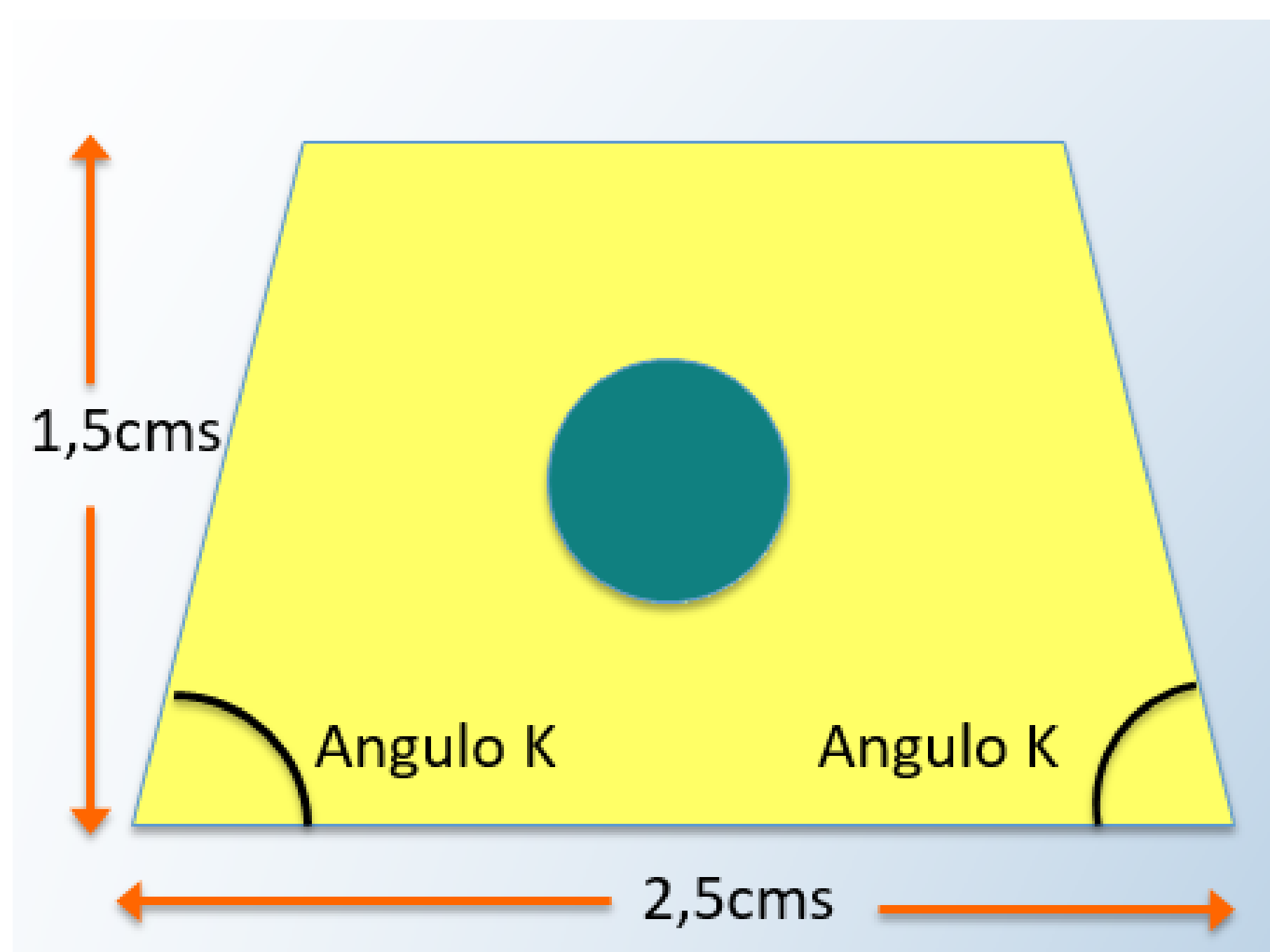
Barouk describe los cortes proximal y distal de la osteotomía de scarf teniendo en cuenta exclusivamente el plano sagital, escogiendo una oblicuidad de 60°. Esto resulta en un corte en el plano horizontal aleatorio, con el peligro de obtener un efecto no buscado. Si queremos obtener un traslado lateral puro, sin alargamiento ni acortamiento, los cortes proximal y distal en el plano transversal, deben ser estrictamente perpendiculares al eje del segundo metatarsiano.



La **línea A**, perpendicular al eje de la diáfisis del segundo metatarsiano, representa exactamente al corte distal de la osteotomía en scarf. Permite trasladar lateralmente el fragmento infero-distal del metatarsiano, de forma neutra.

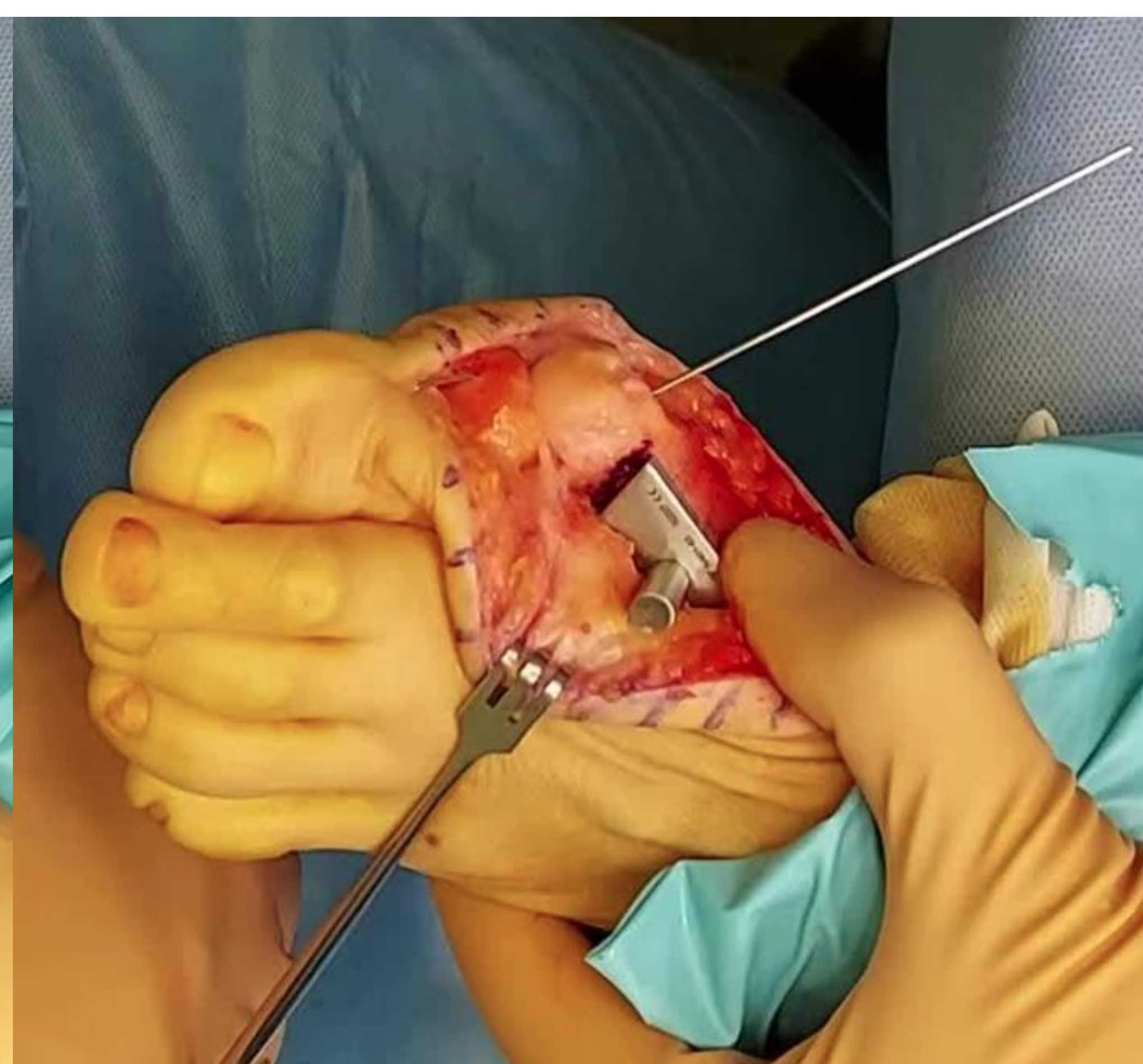
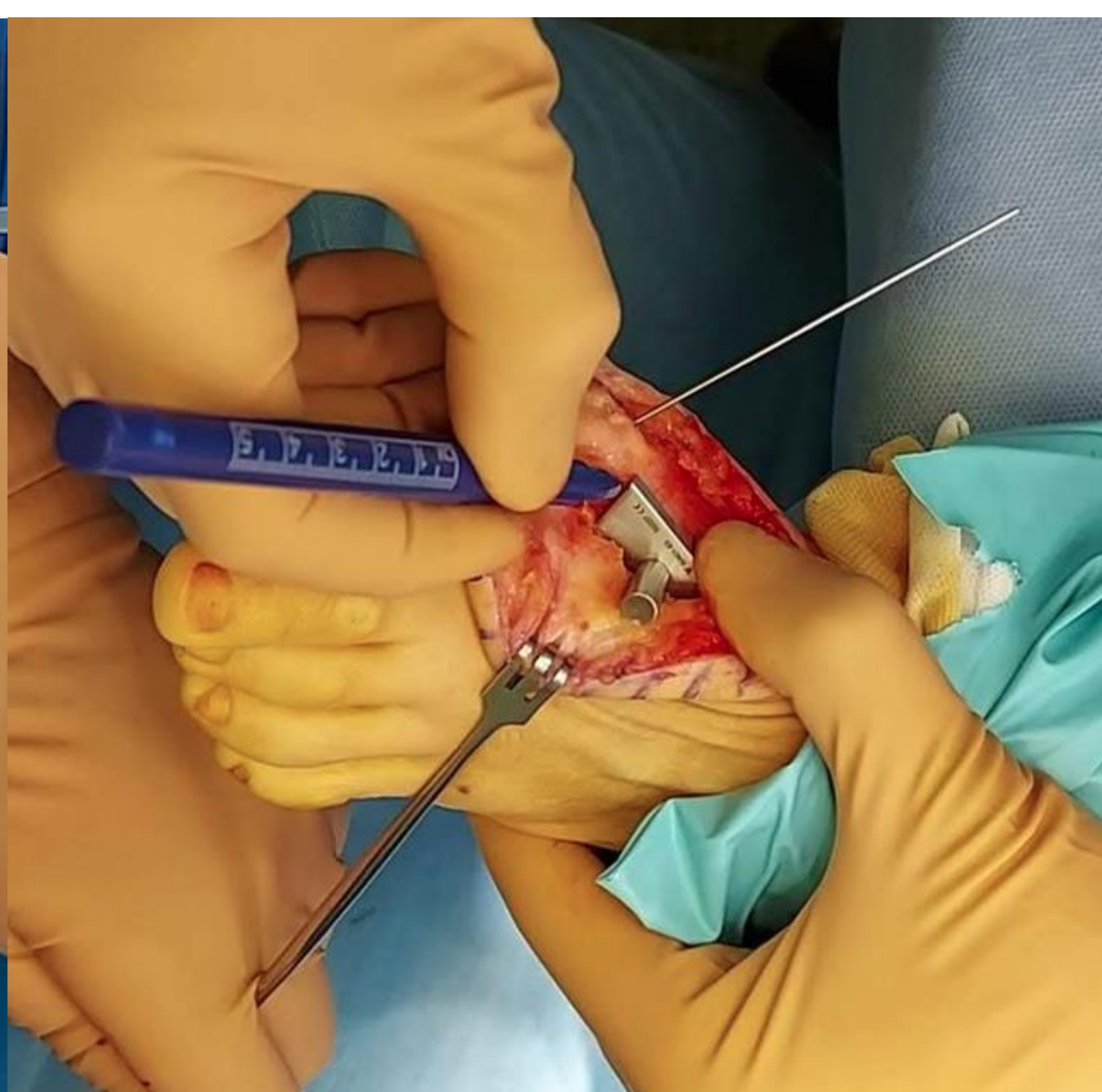
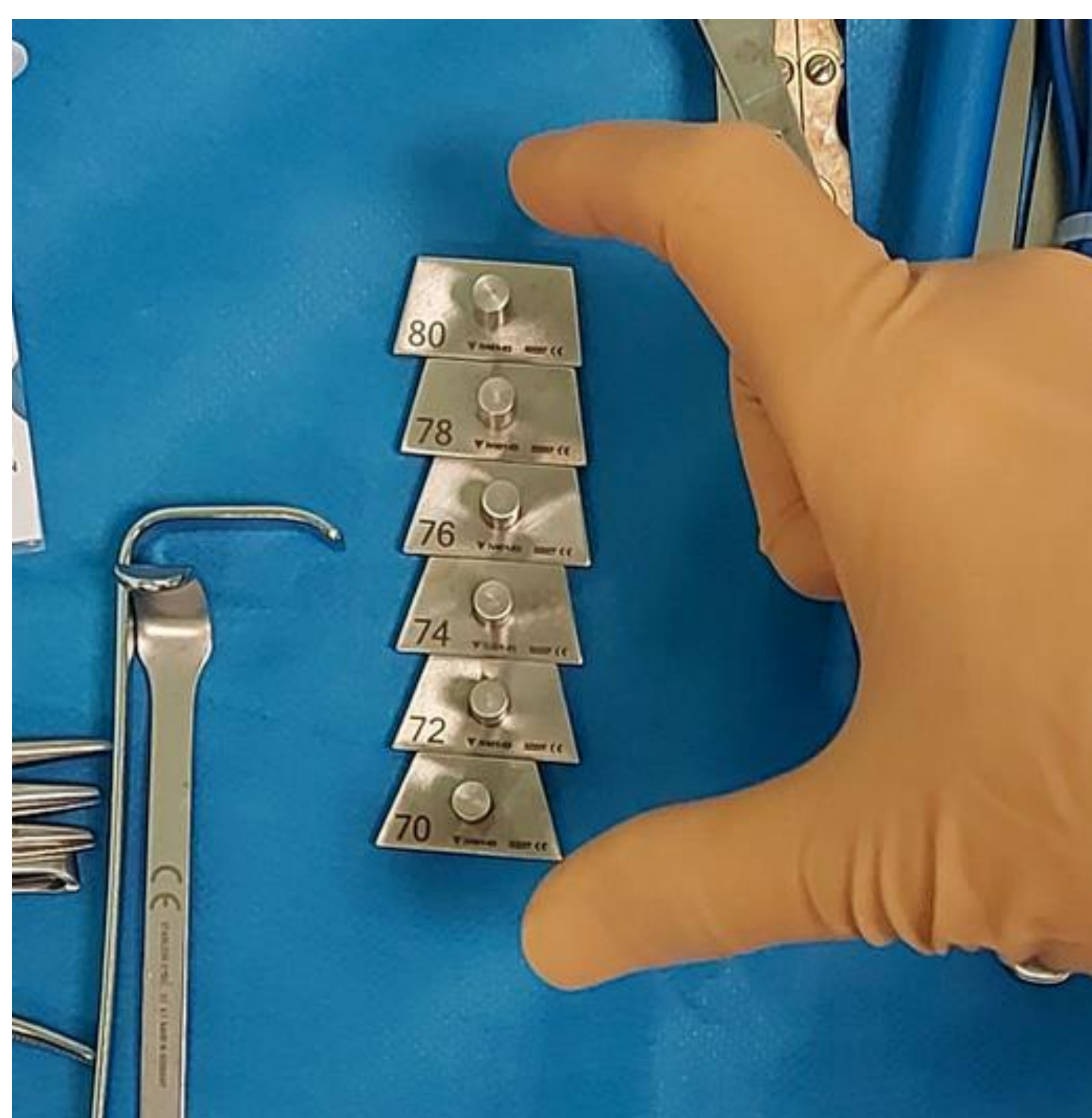
El **ángulo K** surge del cruce de la línea A con el eje del primer metatarsiano, oscilando su valor entre 70° y 80°. Cuanto mayor es la deformidad, menor es el ángulo K. Para obtener su valor de forma sencilla, basta con restar el AIM a 90.

Para trasladar la línea A al dorso de la metáfisis distal del primer metatarsiano durante el procedimiento de scarf hemos creado unas guías quirúrgicas esterilizables que incorporan el ángulo K.



Se trata de 6 guías con morfología de trapecio, con un lado largo que debe enrasarse con la cortical medial diafisaria del metatarsiano y un lado corto que es la línea A.

Entre el lado largo y ambos cortos se forma un ángulo K diferente para cada guía, entre 70° y 80°, de dos en dos.



Tras incorporar los últimos cuatro años el uso sistemático de estas guías en nuestra técnica de scarf, hemos comprobado que las mediciones radiográficas postquirúrgicas se ajustan, con mayor precisión, a lo planificado quirúrgicamente, reduciendo el riesgo de acortamientos y alargamientos metatarsianos indeseados.

# 61 CONGRESO secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA