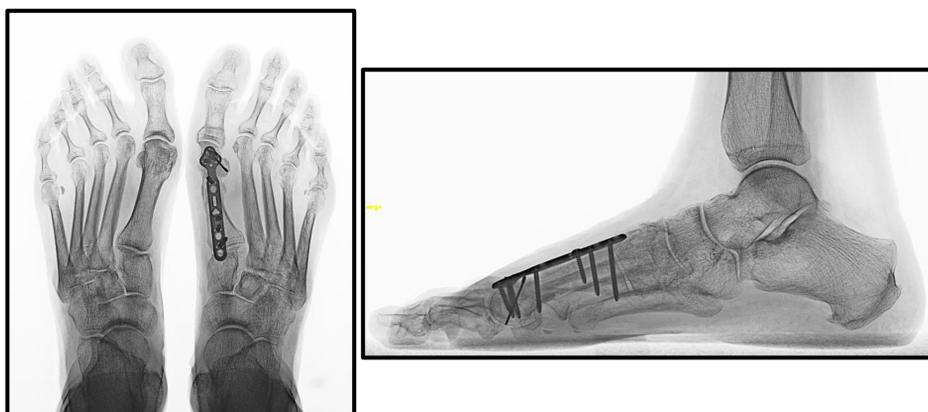


# FRACTURA DEL PRIMER METATARSIANO COMO COMPLICACIÓN AGUDA EN LA OSTEOTOMÍA DE SCARF – A PROPÓSITO DE UN CASO

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El hallux valgus (HV) es una patología muy común en el pie, su prevalencia se ha estimado entre un 25% y un 35% (1). Las complicaciones posteriores a la reconstrucción del HV tienen una incidencia esperada de entre el 10% y el 55% de los casos (2). Dentro de esas complicaciones las más frecuentes son: la recurrencia de la deformidad, dolor persistente, metatarsalgia por transferencia, necrosis avascular, hallux varo, retraso en la consolidación, pseudoartrosis, consolidación viciosa, problemas de cicatrización de heridas, lesiones nerviosas, infección y rigidez dolorosa (3-8). Las fracturas del primer metatarsiano como complicación aguda en la osteotomía de Scarf tienen una frecuencia de entre 0,9% y 3% (9-10). El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de una fractura aguda detectada en el postoperatorio inmediato de una paciente intervenida por HV.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Paciente de 61 años intervenida mediante osteotomía de Scarf para realizar la corrección del HV en el pie derecho. El postoperatorio inmediato transcurre con normalidad. En la primera revisión con estudio radiográfico se aprecia una movilización de la osteotomía, comprobando con las imágenes previas que se trata de una fractura de primer metatarsiano intraoperatoria que ha pasado desapercibida. Reevaluamos a la paciente posteriormente y se aprecia en los nuevos estudios de imagen una evolución de la movilización en la osteotomía, con una articulación que presenta una desviación en varo progresiva.



**RESULTADOS:** Reintervenimos a la paciente un mes después de la primera cirugía. Se realiza extracción de los tornillos y se aprecia durante la cirugía un defecto óseo muy importante en la zona distal de la osteotomía, en la región dorsolateral próxima a la cabeza del primer metatarsiano. Se efectúa una osteosíntesis con placa LCP-VA Compact Foot (Synthes) y una aguja roscada (MBA) con aporte de injerto óseo liofilizado (Diacex). Tras la cirugía se inmoviliza a la paciente durante dos semanas con una férula suropédica y después inicia carga parcial con zapato de tacón invertido hasta las seis semanas, cuando se permite apoyo con zapato normal. La evolución fue favorable tras la cirugía. Aproximadamente a los tres meses se aprecian signos de consolidación radiográfica. La paciente se reincorpora a su actividad laboral alrededor de los seis meses y al año de la cirugía se realiza la retirada de la placa de osteosíntesis.

**CONCLUSIÓN:** La osteotomía de Scarf ha demostrado resultados favorables frente a otras osteotomías para la cirugía del HV. Sus principales ventajas son la versatilidad, la recuperación funcional temprana, la preservación de la primera articulación metatarsofalángica y la fiabilidad a largo plazo. Aunque se trata de una osteotomía con gran demanda técnica y una curva de aprendizaje pronunciada hay poca descripción en la literatura de complicaciones intraoperatorias, siendo la tasa de complicaciones tras la cirugía de entre un 6% y un 35% (9,12).

(1) Nix S, Smith M, Vicenzino B. Prevalence of Hallux Valgus in the general population: a systematic review and meta-analysis. *J Foot Ankle Res* 2010. <https://doi.org/10.1186/1757-1146-3-21>.

(2) Lee KT, Park YU, Jegal H, et al. Deceptions in hallux valgus: what to look for to limit failures. *Foot Ankle Clin* 2014;19:361–70.

(3) Jeuken RM, Schotanus MGM, Kort NP, et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing scarf to chevron osteotomy in hallux valgus correction. *Foot Ankle Int* 2016;37(7):687–95.

(4) Bock P, Kluger R, Kristen KH. The Scarf Osteotomy with minimally invasive lateral release for treatment of hallux valgus deformity. *J Bone Joint Surg Am* 2015; 97(15):1238–45.

(5) Barg A, Harmer JR, Presson AP, et al. Unfavorable outcomes following surgical treatment of hallux valgus deformity. *J Bone Joint Surg* 2018;100(18):1563–73.

(6) Vora AM, Myerson MS. First metatarsal osteotomy nonunion and malunion. *Foot Ankle Clin* 2005;10(1):35–54.

(7) Raikin SM, Miller AG, Daniel J. Recurrence of hallux valgus: a review. *Foot Ankle Clin* 2014;19(2):260–74.

(8) Schuh R, Willegger M, Holinka J, et al. Angular correction and complications of proximal first metatarsal osteotomies for hallux valgus deformity. *Int Orthop* 2013;37(9):1771–80.

(9) Smith AM, Alwan T, Davies MS. Perioperative complications of the scarf osteotomy. *Foot Ankle Int* 2003;24:222–7.

(10) Barouk LS (e. a.; grupo Pied Innovation). Review of more than 3000 scarf osteotomies: a multicentric study. En: «Techniques of osteotomies on the forefoot». *Burdeos*, 1994.

(11) Barouk LS. Scarf osteotomy of the first metatarsal in the treatment of hallux valgus. *Foot Dis* 1991;2:35–48.

(12) Coetzee JC. Scarf osteotomy for hallux valgus repair: the dark side. *Foot Ankle Int* 2003;24:29–33.