Rev Pie Tobillo. 2016;30(1):32–38

REVISTA DEL
PIE Y TOBILLO
www.elsevier.es/rptob

ORIGINAL

Complicaciones en el tratamiento quirúrgico del hallux rigidus

Isabel Parada Avendaño*, Alejandro Santamaría Fumas, Jorge Muriano Royo, Eulalia López Capdevilla, Jordi Álvarez SanNicolás, María Mercedes Reverté Vinaixa, Jorge Roman Verdesco y Joan Giròs Torres

Unidad de Pie y Tobillo, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Consorci Sanitari Integral (HSJDMB-HGH), Barcelona, España

Recibido el 14 de octubre de 2015; aceptado el 12 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE
Hallux rigidus;
Osteotomías distales;
Artrodesis;
Complicaciones

Resumen

Objetivo: Valorar los resultados clínicos, funcionales y complicaciones en el tratamiento de hallux rigidus estadio II-III con osteotomías distales vs artrodesis.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo. Ciento tres hallux rigidus (81% mujeres, 62 años, estadio II-III) intervenidos quirúrgicamente entre julio de 2009-2013. Se analiza el género, la edad, el estadio de hallux rigidus (clasificación de Regnauld), la técnica quirúrgica (68 osteotomías distales o diafisarias y 35 artrodesis), técnicas asociadas, AOFAS, grado de satisfacción y complicaciones.

Seguimiento medio de 2 años (8 m-5 años).

Análisis estadístico con programa SPSS 19.0.

Resultados: No encontramos más complicaciones al operar el estadio II o el III ni al añadir técnicas asociadas a la principal.

En cuanto a las complicaciones generales las más frecuentes son metatarsalgia y progresión a hallux rigidus. Coinciden estas mismas si analizamos aquellas de los 2 grupos principales (osteotomías distales y artrodesis).

Discusión: En los estudios hasta ahora publicados hay una gran variedad en los sistemas de gradación diagnósticos del hallux rigidus, y una gran cantidad de técnicas principales aisladas o en combinación. Cuando nos encontramos ante estadios II avanzados intraoperatoriamente e infradianosticados previamente nos planteamos cuál sería la indicación más correcta a seguir: osteotomía distal vs artrodesis.

Conclusión: Ante estadios límite (II avanzado de Regnauld) consideramos como buena opción realizar artrodesis.

© 2016 SEMCPT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: isabelparada1404@gmail.com (I. Parada Avendaño).

http://dx.doi.org/10.1016/j.rptob.2016.04.009
1697-2198/© 2016 SEMCPT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Hallux rigidus;
Distal osteotomies;
Arthrodesis;
Complications

Complications in the treatment of hallux rigidus

Abstract
Objective: To assess the clinical, functional results and complications in the treathment of Hallux Rigidus stage II-III with distal osteotomies vs arthrodesis.
Material and method: Retrospective descriptive study. 103 Hallux rigidus(81% female, 62 years old, stage II-III) who underwent surgery between July 2009-2013. It is analyzed gender, age, stage of hallux rigidus (Regnauld classification), surgical technique (68 diaphyseal or distal osteotomies and 35 arthrodesis), associated techniques, AOFAS, level of satisfaction and complications.
Mean follow-up of 2 years (8 m-5 years).
Statistical analysis with SPSS 19.0 program.
Results: It is not found more complications when operating stage II or III or with the addition of an associated tecnique to the main one.
Regarding the complications, the most common are metatarsalgia and hallux rigidus progression. These are the same if we analyze those of the two main groups (distal osteotomies and arthrodesis).
Discussion: In the studies published before, there are a variety of grading systems of hallux rigidus and a lot of main techniques, alone or in combination. When we are dealing with advanced stages II intraoperatively, infradianosticated previously, we consider what would be the best indication to follow: distal osteotomy or arthrodesis.
Conclusion: In limit stages (II Advanced Regnauld) we opt to perform arthrodesis.
© 2016 SEMCPT. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

Hallux rigidus es un término que hace referencia a la degeneración artrítica localizada en la primera articulación metatarsofalángica y metatarsosesamoidea caracterizada por la limitación de la movilidad, sobre todo en dorsiflexión, con dolor y formación de hueso periarticular[1].

Fue primero descrito por Davies-Colley[2] en 1887, quien propuso el nombre de «hallux flexus» por la posición en flexión plantar de la falange proximal en relación con la cabeza del metatarsiano.

Es la forma más común de osteoartritis del pie, y se estima que afecta a uno de cada 45 adultos mayores de 40 años con una mayor incidencia en mujeres.

Puede aparecer metatarsalgia de transferencia con dolor a lo largo del borde lateral del pie, al intentar compensar la marcha descargando el peso del primer radio.

Como signos de presentación radiográfica se puede visualizar osteofito en la zona dorsal metatarsal, estrechamiento articular, quistes subcondrales y esclerosis.

No se han dilucidado todavía las causas, existiendo varias hipótesis discutibles hoy en día:

La causa traumática es la más nombrada en la literatura de hallux rigidus unilateral. Junto con la osteocondritis disecante son causas de daño en la superficie articular[3].

Un primer metatarsiano más largo[4], M1 elevado[5], hipermovilidad del primer radio, pronación, hallux valgus interfalángico, hallux valgus y metatarso adductus han sido implicados como posibles etiologías, al igual que la gota, la artritis reumatoide, las artropatías seronegativas y la relación entre un acortamiento del sistema aquileogastrosóleo y el hallux limitus funcional como estadio pre rigidus[6]. Sin embargo, todas estas explicaciones son teoría y existe una falta de correlación en buena parte de ellas.

Hay un amplio espectro de opciones quirúrgicas posibles en el tratamiento: queilectomía, osteotomía de metatarso o de falange, artrodesis, artroplastia excisional (Keller), artroplastia de interposición e implantes[7–12].

Debido a la controversia que existe sobre las indicaciones y los resultados de las mismas, y la gran cantidad de opciones combinadas, hace que la decisión del tratamiento correcto sea un reto vistas las diferentes opciones.

En nuestro trabajo el objetivo se ha basado en valorar los resultados clínicos, funcionales y complicaciones en el tratamiento de hallux rigidus estadio II-III (tabla 1) con osteotomías distales vs artrodesis.

Material y método

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo en el periodo comprendido entre julio de 2009 y julio de 2013, con un seguimiento medio de 2 años (8 meses-5 años); 103 pacientes que presentaban hallux rigidus grado II-III, el 81% mujeres, con edades comprendidas entre 23 y 86 años, con una media de edad de 62 años, fueron tratados en el Hospital General de Hospitalet con diversas técnicas quirúrgicas.

Nos basamos en 2 grandes grupos: 68 osteotomías distales y 35 artrodesis, los cuales podemos dividir a la vez en los siguientes 4 grupos a nivel quirúrgico: osteotomías distales de conservación articular mediante cirugía abierta (Chevron, Weil, Scarf), osteotomías de conservación articular por cirugía mínimamente invasiva, cirugías para aumentar el espacio articular (cirugía percutánea y Regnauld) y cirugía de supresión articular (Keller y artrodesis).

La técnica de artrodesis utilizada en nuestro hospital se basa en una placa de bajo perfil de titanio (Fyxis®) con

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4306175

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4306175

Daneshyari.com