



Hallux valgus: definición, fisiopatología, exploración física y radiográfica, principios del tratamiento

O. Laffenêtre, C. Fourteau, V. Darcel, D. Chauveaux

Desde hace más de un siglo y medio, el hallux valgus, definido como la desviación exagerada del gran artejo del pie en sentido lateral, es una de las deformaciones osteoarticulares que más interés ha despertado en médicos y cirujanos, tanto respecto al tratamiento como a la valoración radiológica. Es la consecuencia de un trastorno morfoestático y se agrava por factores relacionados con el terreno y el calzado occidental. Se asocia a una prominencia de la cabeza del primer metatarsiano, que causa molestias por el roce con el calzado y genera una reacción de inflamación crónica de la bolsa serosa. El único tratamiento curativo es quirúrgico y hasta hoy se han descrito más de 150 técnicas quirúrgicas y variantes. Las indicaciones quirúrgicas son la molestia en los pies debida al calzado, las metatarsalgias o cualquier efecto sobre el antepié.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Antepié; Trastorno postural; Tratamiento quirúrgico; Tratamiento conservador; Hallux valgus

Plan

■ Introducción	1
■ Epidemiología	1
■ Reseña anatómica	2
■ Fisiopatología	2
■ Enfoque clínico	3
■ Estudio radiológico	4
Radiografía anteroposterior en carga	4
Radiografía lateral del pie en carga	4
Incidencia sesamoidea	5
■ Formas radioclínicas	5
Hallux valgus juvenil o congénito de la mujer joven	5
Hallux valgus en el varón	5
Hallux valgus en un antepié triangular	5
Hallux valgus en un pie laxo con valgo del retropié	5
Hallux valgus de la persona de edad avanzada	5
■ Tratamiento	5
Tratamiento médico (medidas paliativas)	5
Tratamiento quirúrgico	6
■ Conclusión	9

■ Introducción

Desde hace más de un siglo, el hallux valgus ha despertado un interés considerable en médicos y cirujanos, no sólo respecto al tratamiento sino también a la valoración radiológica. Se define como la desviación exagerada del gran artejo lateralmente, en dirección al quinto dedo.

El hallux valgus se asocia a una prominencia de la cabeza del primer metatarsiano (M1) y a una inflamación crónica de la bolsa serosa que la protege del plano subcutáneo^[1]. La deformación combina, en grados variables, una desviación medial de M1 con ensanchamiento del antepié y desviación lateral, con o sin pronación del hallux. La orientación de la superficie articular distal de M1 con relación a su eje es un elemento fisiopatológico fundamental. Es producto de un trastorno morfoestático agravado por el terreno y las características del calzado.

■ Epidemiología

El hallux valgus, una afección esencialmente femenina, es hoy la deformación más frecuente del antepié. Cabe señalar que en siglos pasados afectaba con más frecuencia a los varones^[2]. La prevalencia del hallux valgus varía

en las publicaciones entre el 21 y el 70%^[3-7], hecho que dificulta la evaluación precisa de su frecuencia que, desde luego, es muy elevada.

La edad promedio de aparición se sitúa entre los 40-50 años según las series, pero algunas formas se observan mucho antes, en el momento de la adolescencia. Kilmartin et al observaron un hallux valgus clínico en 150 de 6.000 niños ingleses menores de 10 años, confirmado en la radiografía en 96 casos^[8]. Hace algunos años, la cirugía tenía fama de ser dolorosa e incierta en cuanto a los resultados, lo que podía dar lugar a tratamientos tardíos. En la actualidad se observa una fuerte inversión de esta tendencia.

La etiología del hallux valgus es multifactorial: se asocian factores favorecedores anatómicos constitucionales, a veces hereditarios, y factores mecánicos, de los cuales el más común es el tipo de calzado y, sobre todo, el calzado occidental^[1,9-13].

La herencia parece ser un gran factor predisponente, ya que afecta hasta al 68% de los pacientes que muestran una tendencia familiar al hallux valgus^[14]. Esta noción de hallux valgus «congénito» se basa en el dismorfismo de la cabeza metatarsiana, que a su vez correlaciona con la magnitud del ángulo metatarsiano articular distal (DMAA)^[15,16]. Hoy se observa al menos un 30% de deformaciones «congénitas», que para algunos llegan hasta el 75%.

Aunque todos reconocen la influencia de la longitud del primer radio, la responsabilidad del metatarso varo en la aparición del hallux valgus es discutida. A priori, sólo se puede considerar como una verdadera causa de hallux valgus si es primario y precede al valgo del gran arto, lo que en realidad no es el caso más frecuente. En cambio, la longitud excesiva de la primera falange (F1), al aumentar el brazo de palanca y las presiones externas del calzado^[17], induce un metatarso varo secundario. Lelièvre y Viladot destacaron en este sentido la frecuencia del hallux valgus en el pie «egipcio»^[18,19]. La forma redonda y la orientación de la cabeza de M1, una articulación cuneometatarsiana oblicua o curvilínea y la caída del arco medial del pie pueden ser factores que predisponen al hallux valgus.

■ Reseña anatómica

La primera articulación metatarsofalángica (MF1) está rodeada por cuatro grupos de músculos y su zócalo sesamoideo. Las posiciones relativas de los flexores, extensores, abductor y aductor son tales que estos músculos movilizan el dedo en todas las direcciones (Fig. 1) sin generar tensiones ligamentosas^[20]. El desplazamiento

de esta articulación es mayor en el plano sagital, cuyo arco de movilidad suele estar comprendido entre unos 30° de flexión plantar y 90° de dorsiflexión. Puede observarse un movimiento de abducción-aducción de baja amplitud en el plano frontal, sobre todo en descarga^[21], debido a una mínima laxitud de los ligamentos laterales. La estabilidad del hallux depende del sistema musculotendinoso intrínseco y extrínseco del pie^[22]. La función principal de los sesamoideos, situados directamente bajo la cabeza del primer metatarsiano y realmente «incluidos» en el tendón del flexor corto, es transferir la resistencia del suelo a la cabeza metatarsiana, a través de los tejidos blandos, dada su situación a una distancia fija de la falange proximal en la que se inserta el flexor corto. Cuando el hallux está en extensión (flexión dorsal) al final del ciclo de la marcha, los sesamoideos se disponen anteriormente^[20] (en realidad, es la cabeza fija de M1 la que retrocede respecto a los sesamoideos). Esto crea una relación óptima entre la fuerza de reacción del suelo, la almohadilla plantar y las cabezas metatarsianas^[22]. El movimiento se describe como un deslizamiento en sentido contrario sobre la cabeza de M1^[21].

■ Fisiopatología

Un hallux valgus asocia en grados diversos un valgo falángico (normalmente inferior a 10°) y una desviación medial del primer metatarsiano (metatarso varo). Está claro que si la cabeza es congénitamente dismórfica (DMAA presente), el exceso de valgo está instalado intrínsecamente en el antepié y no puede sino agravarse durante la vida a expensas de algunos factores exógenos (sobre todo el calzado y el aumento de peso) o endógenos (halomegalia, exceso de longitud de M1, laxitud ligamentosa), aunque estos últimos no son determinantes. También se observan hallux valgus con M1 corto, sin duda los más difíciles de tratar mediante cirugía, al igual que en caso de metatarso varo congénito. La debilidad del sistema capsuloligamentoso y muscular, debida a la presencia de un solo músculo medial (abductor), es insuficiente para contrarrestar los elementos responsables de la deformación.

La deformación es el resultado de un círculo vicioso. Una vez instaurado, el valgo se agrava porque las fuerzas de tracción de los músculos extensor largo y flexor son valguizantes. El valgo del dedo lleva a la pronación, la flexión plantar y la inclinación lateral de la primera falange por deslizamiento en el espacio intermetatarsiano de la cincha sesamoidea. Pronto aparece una erosión de la cresta sesamoidea de la cabeza de M1.

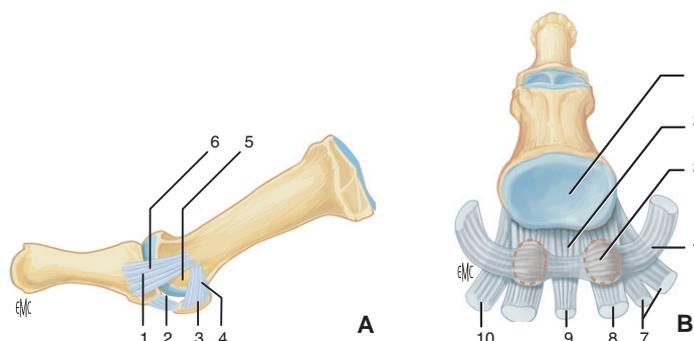


Figura 1. 1. Cavidad glenoidea; 2. fibrocartilago; 3. sesamoideos; 4. ligamento metatarsosesamoideo; 5. cabeza metatarsiana; 6. ligamento metatarsofalángico; 7. dos cabezas del abductor, oblicua y transversa; 8. dos tendones del flexor corto; 9. tendón del flexor largo, 10. tendón del abductor del hallux.

A. Ligamentos metatarsofalángicos y metatarsosesamoideos. Durante el desarrollo del paso, la cabeza metatarsiana rueda y se desliza en la cavidad glenoidea formada por la base de la primera falange y el fibrocartilago que lo une a los sesamoideos.

B. Convergencia fibrotendinosa hacia el sistema sesamoideo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4132178>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4132178>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)