

JUANETES. (HALLUX VALGUS)

Por el Profesor Dr. Carlos A. N. Firpo

Se trata de una deformidad de la parte anterior de los pies que resulta inicialmente desagradable estéticamente y posteriormente dolorosa, trayendo grandes dificultades para la marcha y el uso del calzado. Suele ser una afección de los adultos de edad media y mayores, pero no es infrecuente en adolescentes y adultos jóvenes, con un franco predominio por el sexo femenino. El aspecto clínico puede observarse en esta fotografía (Figura 1):



Figura 1: Hallux valgus bilateral.

Si bien inicialmente puede intentarse el tratamiento con plantillas, calzado adecuado y el separador nocturno, en general se coincide que esta afección es de tratamiento quirúrgico. La técnica que presentamos la empleamos en adolescentes y adultos jóvenes hasta 50/55 años de edad, según el estado general.

Si se observa una radiografía de frente del pie se puede apreciar como se separan los huesos del metatarso formando un ángulo que determina la deformidad. (Figura 2)

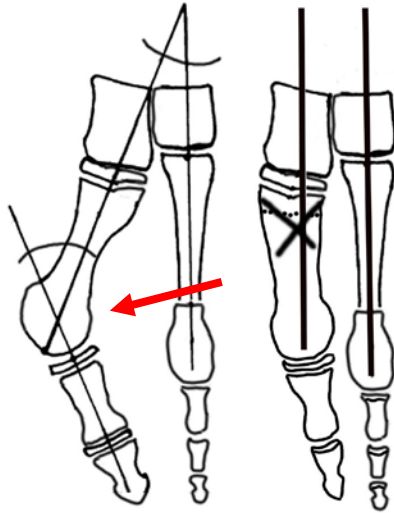


Figura 2: Se observa el ángulo aumentado en el juanete y como debe quedar después de operado.(Flecha roja).

La operación consiste en sacar una cuña de hueso (Figura 2) y fijarla con dos tornillos cruzados, sin cabeza, que quedan perdidos y no molestan. Desaparece el juanete y el pie se angosta. (Figura 3).



Figura 3: Radiografía antes y después de operado



Figura 4: Aspecto final después de operado

Posiblemente Uds. hayan oído de alguna técnica moderna con incisión (herida, cicatriz) muy pequeña y que permite el apoyo casi inmediato del pie. (En nuestra operación, por un mes sólo puede apoyar el talón para ir al baño o alguna emergencia, para esperar que se haga callo en el hueso seccionado y se cicatrice). La técnica moderna con herida muy pequeña y apoyo plantar al día siguiente tiene dos inconvenientes importantes: 1) Existe el peligro que la cabeza del hueso se necrose (muerte de esa parte del hueso por corte de la circulación al cortar la cabeza del hueso por el cuello del mismo) y los problemas que ello implica (Si la cabeza ósea hubiera muerto –necrosis- no se haría el callo y no se uniría nuevamente) y 2) les mostraré una radiografía donde se aprecia cómo queda el hueso, deformado como una bayoneta, lo que no es natural y aparece deformado con respecto al hueso normal. (Figura 5)



Figura 5: Resultado de la operación percutánea (Incisión mínima). Se puede observar cómo queda deformado el hueso formando una **V** abierta.



Figura 6: Otro mal resultado de la operación percutánea. La flecha marca la punta ósea que quedó y deforma, molesta y produce dolor. Además el ángulo entre los metatarsianos no se corrigió. Se debe reoperar.

Para una persona joven con muchos años de vida por delante es preferible pagar el precio de una cicatriz algo mayor, que resulta muy poco visible y la incomodidad de un mes de postoperatorio con apoyo limitado del pie, para tener un pie sin juanete, más angosto, de forma normal y sin dolores (La técnica percutánea o de herida mínima permite caminar enseguida de operado pero con dolor y con muchas restricciones hasta más de un mes después de la operación).

El procedimiento es sencillo, poco doloroso y siendo en un solo pie puede ser ambulatorio (sin internación o con internación si lo desea). En caso de ambos pies solemos dejarlo internado la noche de la operación. La anestesia puede ser una combinación de local con sedación profunda, de la que se recupera rápidamente. La anestesia local con anestésicos de larga duración le permite pasar la noche sin dolores o con pocos dolores.

ESGUINCE DEL TOBILLO

Por el Profesor Dr. Carlos A. N. Firpo

Es esta una lesión muy común. Constituyen el 20% de todas las lesiones deportivas. No todos los casos son iguales. Independientemente de la edad, estado de salud y otras variables, comentaré solamente la lesión en sí.

¿Qué es un esguince?: es un movimiento articular forzado que sobrepasa la contención normal de los ligamentos, ya sea por elongación o alargamiento temporario de los mismos o por desgarro o ruptura. Como consecuencia de ello, las superficies articulares pierden momentáneamente su contacto normal y luego vuelven solas a su posición (en cambio en la luxación no vuelven a su posición y tiene que hacerlo generalmente otra persona).

LESIONES DE LOS LIGAMENTOS: los ligamentos del tobillo son estructuras fibrosas, blandas y fuertes, que unen los huesos que forman la articulación. El tobillo tiene principalmente los ligamentos laterales, es decir el interno y el externo. El interno tiene forma triangular (se le denomina deltoideo) y une la tibia con el calcáneo y el astrágalo (los dos huesos que forman la parte posterior del pie: el astrágalo se encaja entre la tibia y el peroné y forma la articulación del tobillo y el calcáneo que forma el talón). El externo (Figura 1) une el peroné con el astrágalo y el calcáneo. Tiene tres fascículos: el anterior (peróneoastragalino anterior), que es el que más se rompe; el medio o peróneocalcáneo y el posterior o peróneoastragalino posterior. En general el ligamento externo se lesiona mucho más frecuentemente que el interno. Además existe un ligamento fuerte y corto que une la tibia al peroné: Ligamento Interóseo (LI) y que es muy importante. Si se rompiera se deberá reparar porque es el que cierra la pinza formada por la tibia y el peroné, que contiene al pie. Si esta pinza quedara algo abierta el tobillo sufriría esguinces a repetición e incluso artrosis, muy incapacitante.

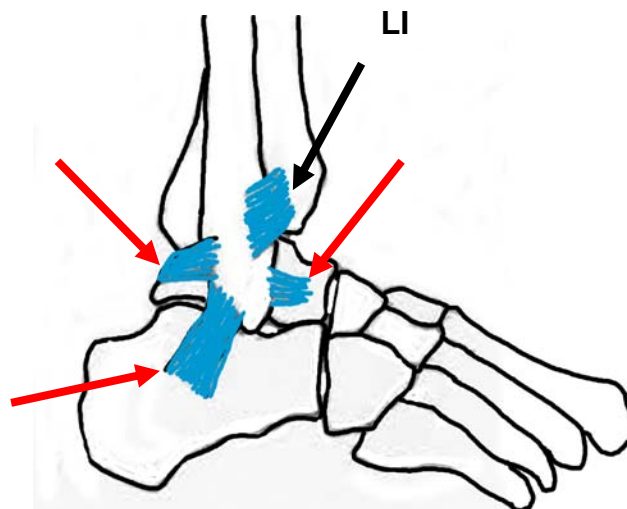


Figura 1: Ligamentos laterales externos del tobillo (tres fascículos: anterior, medio y posterior) y el Ligamento Interóseo (LI) que une la tibia con el peroné

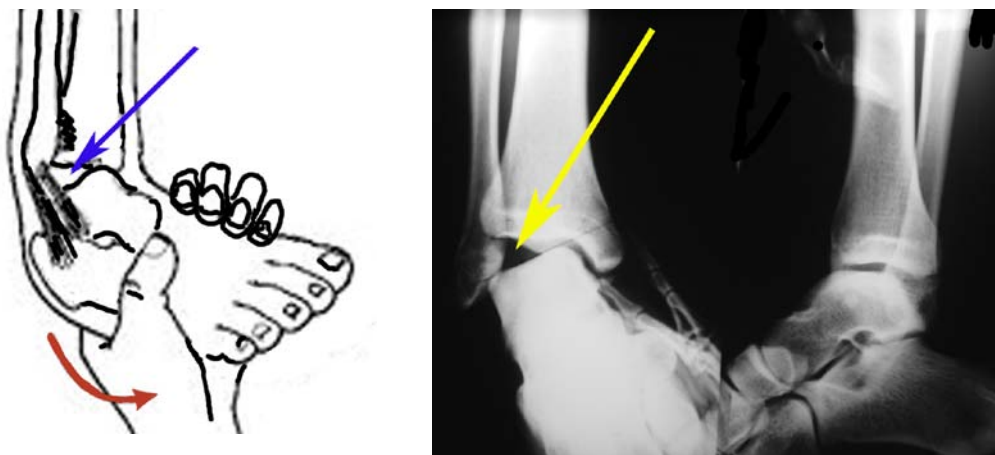


Figura 2: Radiografía forzando el movimiento con la mano del radiólogo (bajo stress). Se observa la pérdida de contacto articular del tobillo, lo que indica ruptura de los ligamentos e inestabilidad (aguda o crónica)

Una vez producido el esguince y elongados o rotos, parcial o totalmente, sus ligamentos y lesionados los cartílagos articulares (superficie de recubrimiento de los huesos en la parte que contactan con otros huesos dentro de la articulación) el diagnóstico radiográfico es imposible. Sólo se observan eventuales fracturas o la inestabilidad bajo stress (Con la mano el radiólogo tuerce el pie), signo de ruptura de los ligamentos e inestabilidad (Figura 2). La revisión o examen clínico permite apreciar las rupturas completas de ligamentos al apreciar el médico con maniobras los movimientos anormales del pie con respecto al tobillo. Son maniobras que pueden ser muy dolorosas. **La Resonancia Magnética (RM) nos abre un nuevo mundo. Este estudio permite ver la existencia de rupturas parciales o totales de los ligamentos, las lesiones del cartílago** (Figura 3) y la presencia de líquido articular y edema óseo. El líquido articular aumentado no tiene más significado que el de aumento de la inflamación.

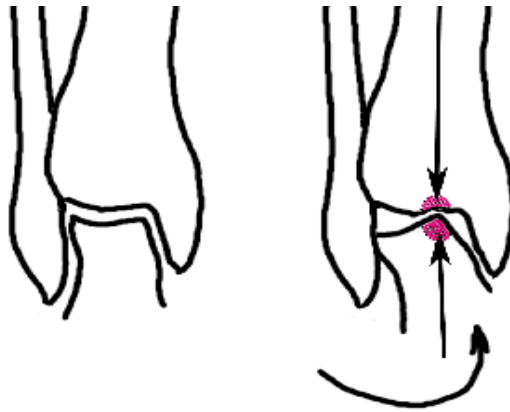


Figura 3: Se observa como el hueso del pie (astrágalo) pivotea entre la tibia y el peroné. Las superficies articulares pierden momentáneamente el contacto entre sí y además se lesionan por compresión, lesiones que antes, con la radiografía, no se podían diagnosticar. **Ahora es posible hacerlo con la Resonancia Magnética.**

El edema óseo indica sufrimiento del hueso e incluso pequeñas fracturas dentro del mismo (microfracturas), que no alteran su forma pero causan dolor intenso (compresión de los nervios que están dentro del hueso, como en el caso del dolor de muelas).

TRATAMIENTO: El médico indica reposo, frío local, antiinflamatorios, inmovilización (bota de yeso u ortopédica) y en los casos de rupturas importantes y/o totales la cirugía. Figura 4 Los ligamentos se deben unir con suturas y luego inmovilizar. La continuidad de los ligamentos queda garantizada pues todo vuelve a quedar como era. El edema óseo significa aumento de líquido que hace presión dentro del hueso y tarda mucho en curarse. Las lesiones de los ligamentos son muy dolorosas y tardan tiempo en repararse.

La cicatrización de los tejidos blandos y óseo es lenta y se completa en como mínimo seis meses. Las lesiones del cartílago quedan como secuelas y son muy dolorosas. Requieren reparación por artroscopía y muchas veces injertos de cartílago. (Figura 5)



Figura 4: Tratamiento quirúrgico: articulación del tobillo abierta. Puede apreciarse en el fondo de la herida el hueso astrágalo. La cápsula articular y los ligamentos están rotos por el accidente y serán suturados.

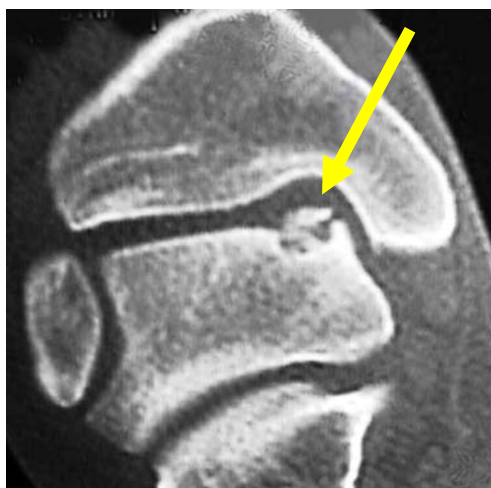


Figura 5: Lesión del cartílago articular en el astrágalo (RM). El astrágalo es el hueso del pie que articula con la tibia y el peroné formando el tobillo. La flecha marca la lesión del cartílago y hueso en el astrágalo consecuencia de un esguince.

CONCLUSIONES (CONSEJOS PARA EL PACIENTE): Lo expuesto precedentemente permite al paciente conocer esta lesión muy frecuente y sobretodo alertarlo sobre su importancia. Si bien durante muchos años nos manejamos con la clínica y a veces la radiografía, con lo cual muchas lesiones importantes no se diagnosticaban y quedaban dolores crónicos e inestabilidades importantes (como los esguinces a repetición), actualmente con un buen conocimiento de esta lesión por parte del médico tratante y el auxilio de los nuevos métodos de imágenes (Como la Resonancia Magnética) es posible darle a estos traumatismos la importancia y el tratamiento que merecen, para curarse en tiempo y forma y evitar las consecuencias dolorosas crónicas que se producen en los casos desatendidos o mal atendidos. Es muy

importante darle la debida trascendencia a estos traumatismos. Infortunadamente y por las particularidades de nuestro sistema de atención médica suele ocurrir que se consulte en una guardia de una institución donde pueden ocurrir distintas circunstancias: en los hospitales con mucho trabajo los profesionales están abocados a la atención de casos graves y a estas lesiones no se les presta la debida atención o en muchos sanatorios las guardias de Traumatología son atendidas por Residentes, muchas veces de los primeros años y por consiguiente sin la especialidad ni la experiencia necesaria. Si el paciente no busca la atención especializada apropiada queda expuesto a sufrir secuelas importantes y de tratamiento más complejo.

Prof. Dr. Carlos A. N. Firpo