

Técnica de Regnauld para hallux valgus

Dres. ZELMAN SIMONOVICH y GREGORIO FIKS*

Resumen: *Presentamos la técnica de Regnauld para hallux valgus, cuya realización venimos efectuando desde hace ocho años. La misma es similar en casi su totalidad a la técnica de Lelièvre; la diferencia está en utilizar como injerto osteo-cartilaginoso las 2/5 partes de falange resultantes de la resección de la misma en la técnica de Lelièvre.*

Hemos utilizado este procedimiento en 410 pacientes con seguimiento de seis años y con las siguientes mejoras: 1) se acorta menos el primer rayo; 2) proporciona mayor estabilidad a la metatarsofalángica; 3) la movilidad precoz es menos dolorosa; 4) la rehabilitación se efectúa en menos tiempo.

Summary: *We present the Regnauld technique, similar to the Lelièvre technique in each phase, except that the proximal fragment of the first phalange, instead of being resected is reinserted into the hollow of the phalange.*

This technique has been used by us for eight years, and 410 patients have been evaluated with follow-up averaging six years. The advantages of this procedure are: 1) the first ray is less shortened;

2) at the metatarsophalangeic joint, achieved better stability; 3) postsurgical mobility is less painful; 4) rehabilitation is achieved sooner.

MATERIAL Y METODO

Fueron operados 410 pacientes, de los cuales 369 son mujeres y 41 hombres. De las mujeres, 332 en forma bilateral y 37 unilateral; de los hombres, 32 en forma bilateral y 9 en forma unilateral. Se operaron entre 25 y 75 años con una media de 50 años de edad.

El seguimiento promedio es de seis años.

Todos los pacientes fueron evaluados clínica y ortopédicamente en forma integral, teniendo en cuenta la edad, tipo de lesión, expectativas del enfermo, deformidades concomitantes y pasando por una reunión prequirúrgica donde se discute cada caso y se decide la operación que más conviene al paciente. En el 98% de los casos la operación fue acompañada por otros procedimientos en el antepié: dedos en martillo, dedos gafos, juanetillo de sastre, alteraciones de la metatarsofalángica.

Los pacientes se internan el día de la operación y en la mayoría de los casos permanecieron internados uno o dos días más. Hemos utilizado anestesia general o peridural, con venda de Esmarch en todos

* División Ortopedia y Traumatología, Sanatorio Güemes, Hospital Privado. Av. Córdoba 3999, Buenos Aires.

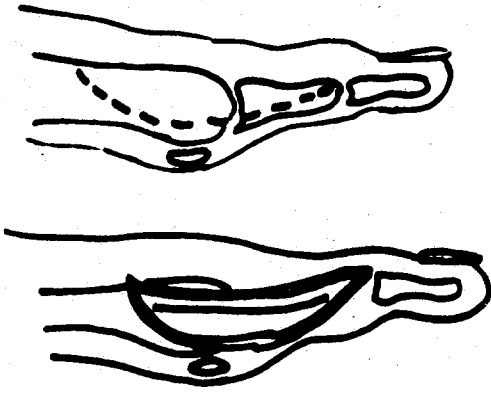


Fig. 1. Incisión de piel: curva. Incisión de aponeurosis: recta.

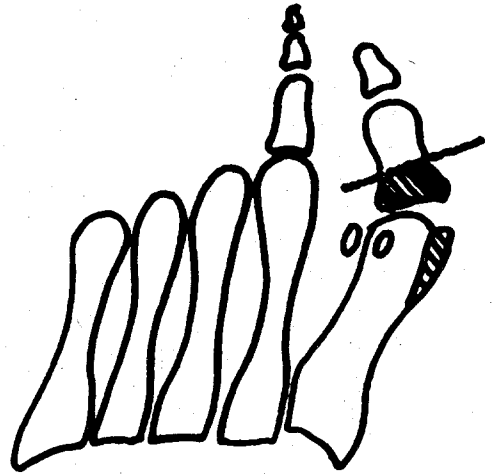


Fig. 2. Resección de 2/5 de falange y la exostosis.

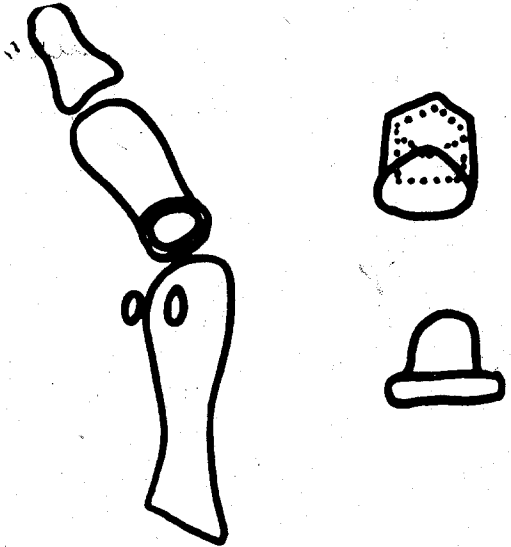


Fig. 3. Resección de 2/5 de falange. Tallado del tarugo óseo.

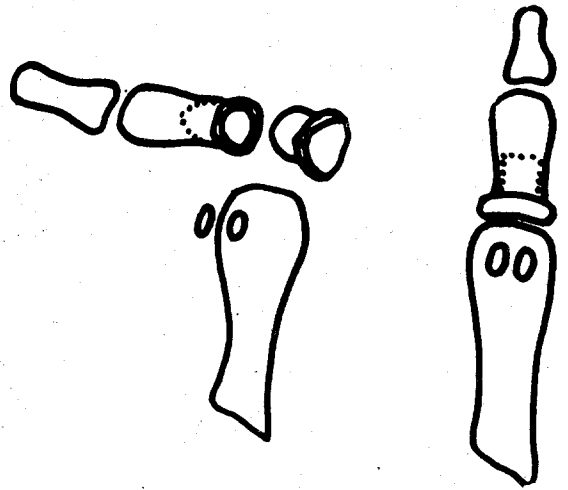


Fig. 4. Preparación de la diáfisis. Tarugo encastrado.

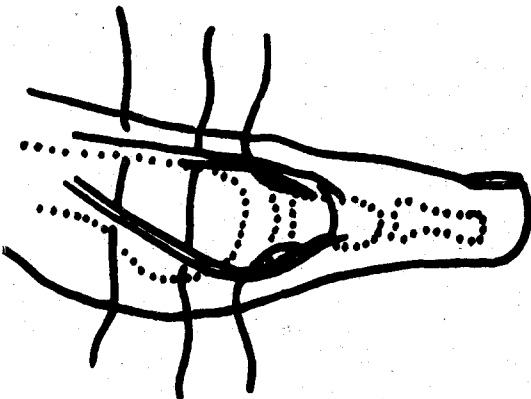


Fig. 5. Cercaje fibroso de Lelièvre. Punto clave distal.

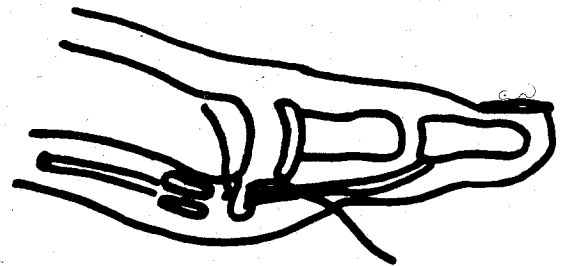


Fig. 6. Punto de Viladot. Punto medio interesesamoideo y tendón flexor.

los casos, colocada en el tercio inferior de la pierna.

El tratamiento de rehabilitación comienza alrededor del cuarto día después de la primera curación en el consultorio externo.

ACTO QUIRURGICO

La preparación comienza en la habitación del enfermo, donde se efectúa la primera cura aséptica con jabón de iodo-povidona y se envuelven los miembros hasta las rodillas con compresas estériles. Estando el paciente en quirófano y anestesiado, se efectúa un segundo lavado con jabón iodo-povidona (Pervinox) por el término de cinco minutos. Se colocan campos estériles como para operar en dos equipos.

Abordamos el hallux por incisión interna debajo de la exostosis sobre el claro límite que se forma entre la piel dorsal y plantar, cuidando los dos extremos de la herida, donde puede lesionarse el colateral dorsal.

El colgajo dorsal y algo del plantar se liberan, llevando consigo el plexo venoso subdérmico. A continuación seccionamos la aponeurosis y el periostio, separando estos elementos, primero del metatarsiano, donde las adherencias son laxas, y luego de la falange, que es mucho más difícil de disecar. Este tiempo lo hacemos a punta de bisturí y legra. Luego de esqueletizar la mitad de la falange se toma la base de la misma con un davier de Sem o pinza de Mauseau. Se colocan dos separadores de Farabeuf y se secciona con sierra manual 2/5 de la falange proximal, dependiendo de la longitud del primer rayo para llevar a éste a una relación griega. A continuación se efectúa la exostectomía con escoplo y martillo y se regularizan los bordes con gubia. Se pasa luego a la liberación de los sesamoideos y todo el complejo capsuloligamentario que los envuelve. A continuación efectuamos el punto de Viladot entre el ligamento intersesamoideo y el tendón flexor, sin anudar los cabos.

El fragmento seccionado de falange se prepara resecaando la cortical de toda la

periferia, dejando la superficie articular completa y un tarugo de esponjosa que se introduce en el canal medular de la falange previamente cureteada.

Este encastre debe quedar lo más fijo posible, pues no se inmoviliza de ninguna otra forma. A continuación se anudan los cabos del punto de Viladot, luego se reseca la aponeurosis sobrante, se reduce el primer metatarsiano y se efectúa el ceclaje fibroso, tal como se hace en la técnica de Lelièvre..

POSTOPERATORIO

A las 24 horas, curación, comienzo de la deambulacion con zapatillas acordonadas, sin capellada, y alta.

RESULTADOS

El 93% de los pacientes operados obtuvieron desaparición del dolor y función excelente.

En el 7% restante persistieron algunas molestias por rigidez en la metatarsofalángica a raíz de falta de rehabilitación.

COMPLICACIONES

Cinco casos de hematomas supurados, que tuvieron que ser reoperados. En tres casos se resecoó el tapón óseo, obteniéndose la curación, con rigidez de la articulación metatarsofalángica.

En dos casos se drenó la herida, que cerró por segunda, consiguiéndose un buen resultado.

Tres casos de aflojamiento del injerto, con luxación del mismo en el postoperatorio inmediato, por lo que tuvo que ser removido.

CONCLUSIONES

Debido a la colocación del injerto, el rayo en cuestión no se acorta demasiado, dejando en contacto dos superficies cartilaginosas que disminuyen la fricción dolorosa en la movilización precoz.

De esta forma el paciente va perdiendo miedo a mover su hallux con mayor rapidez. Asimismo, dicho injerto actúa como un bastidor óseo, manteniendo la arquitectura metatarsofalángica y la estabilidad de dicha articulación.

Por lo tanto, creemos que esta opción agrega al indiscutido procedimiento de Lelièvre los beneficios necesarios para mantener la anatomía del primer rayo y acortar el tiempo de rehabilitación del mismo.

BIBLIOGRAFIA

- Bamballi E, Natiello N: Hallux valgus. Procedimiento de Lelièvre. Bol y Trab SAOT 33 (4-5): 227, 1968.
- Bomey C, MacNab I: Hallux valgus and hallux rigidus. JBJS 34-B (3): 366, 1952.
- Hicod L: Comunicación Mesa Redonda sobre "Hallux valgus". Congreso SICOT, Tel Aviv, 1972.
- Hilsonne: Hallux rigidus and its treatment. Acta Orthop Scand, p 193, 1930.
- Lelièvre J, Bertrand M: La reconstruction de l'avant-pie par l'alignement articulaire. Podologie VI: 155, 1968.
- Lelièvre J: L'Alignement articulaire metatarsophalangien. In: Nouvelle pratique chirurgicale illustrée, 1964, Vol XXIII.
- Lelièvre J: Cure de l'hallux valgus et de la greffe proximale des orteils. In: Nouvelle pratique chirurgicale illustrée, 1964, Vol XXV, p 232.
- Lelièvre J: Mille alignements articulaire metatarsophalanges. Podologie VI: 155, 1968.
- Lelièvre J, Maschas A: The metatarsectomy, technique, indications. Rev d'Orth 42: 886, 1956.
- Lelièvre J: Le probleme de l'hallux valgus. Ann de Podologie, 1964.
- Mc Keever DC: Arthrodesis of the first metatarsophalangeal joint of hallux valgus and hallux rigidus and metatarsus primus varus. JBJS 34-B: 129, 1952.
- Meaty R: Traitement de l'hallux valgus. Conférences d'Enseignement, Orthopédic, Traumatologie. Expansion Scientifique Francaise, 1970, p 227.
- Mitchell CL, Flemming JL, Allen E, Glenney C, Santood GA: Osteotomy-bunionectomy of hallux valgus.
- Moynihan FJ: Arthrodesis of the metatarsophalangeal joint of the great toe. JBJS 49-B: 554, 1967.
- Natiello OB, Bamballi ES, Natiello N: Nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del hallux valgus con el procedimiento de J Lelièvre. Podologie VIII: 2167, 1973.
- Navarro Quilis A: La artrodesis frente a la operación de Keller en el tratamiento del hallux valgus y hallux rigidus. Rev Cir Osteo IV: 22, 301, 1969.
- Ortiz E: Hallux valgus. Técnica de Regnaud. III Congr Cono Sur, XII Jorn Rioplat, IV Congr Uruguayo de O y T, 1985, p 34.
- Ortiz E: Resultados comparativos entre las técnicas de Lelièvre y Regnaud. Actas y Trab Soc Arg Medic y Cirug del Pie, 1986, p 35.
- Piggot H: The natural history of hallux valgus in adolescence and early adult life. JBJS 53-B: 5, 1971.
- Ramírez A: Técnica para el hallux valgus con metatarsalgia. Rev Cir Osteo 3: 33, 1968.
- Regnaud : Technique personnelle de la avre chirurgicale de l'hallux valgus. Congres de Séville, Nov 1968. Podologie, 1968.
- Sánchez C: Técnica de Lelièvre en el hallux valgus. Podologie V: 89, 1966.
- Silver D: Treatment of hallux valgus. JBJS XXI: 225, 1923.
- Simonovich Z: Hallux valgus. Técnica de Lelièvre y Regnaud. Encuentro del Comité Argentino de Medicina y Cirugía del Pie, Corrientes, 30 y 31 de agosto, 1985.
- Soren A: Correction chirurgicale de l'hallux valgus. Rev Chir Orthop 355: 56, 1970.
- Troncoso J: Nuestra experiencia en el tratamiento del hallux valgus. Rev Ortop Traum IV: 1, 256, 1960.
- Viladot A: Anatomía del hallux valgus. Rev Ortop Traum II: 1, 2, 245, 1960.
- Viladot A: Fisiopatología del antepié. Podologie, 1962, p 87.
- Viladot A: Influencia de los diversos tipos de antepiés en la fisiología del mismo. Podologie VI: 125, 1971.
- Viladot A: Síndrome de insuficiencia del primer radio. In: Patología del antepié, 1974, p 111.
- Viladot A: Síndrome de sobrecarga del primer radio. In: Patología del antepié, 1974, p 143.
- Viladot A: Malformaciones del dedo gordo. In: Patología del antepié, 1974, p 171.

COMENTADOR

Dr. NESTOR H. NATIELLO

Deseo agradecer a la Comisión Directiva de la AAOT haberme propuesto comentar este trabajo de los Dres. Fiks y Simonovich.

Deseo también congratularme con ellos por el trabajo presentado, pero más aún por el trabajo realizado, porque desde esta noche sabemos que 410 personas más caminan mejor gracias a Dios, a Regnaud y a los que los operaron.

Permítaseme ahora hacer la "historia natural" de esta técnica en la Argentina.