

DISCUSION DE TRABAJOS ANTERIORES

Técnica de Regnaud para hallux valgus

(Dres. Zelman Simonovich y Gregorio Fiks, Vol. 55, Nº 1, págs. 102-107)

Dr. Eugenio Ortiz: En primer lugar felicito a los autores por la prolijidad de su presentación y por la importante casuística que avala a este trabajo y en segundo lugar deseo efectuar un aporte a lo expuesto por el Dr. Simonovich.

Desde el año 1983 hasta la fecha venimos efectuando esta técnica quirúrgica en nuestro Servicio del Policlínico del Vidrio y en la práctica privada, habiendo intervenido más de 100 pies. Nuestra primera presentación la hicimos en la SAMECIP en el año 1986 en un trabajo titulado "Resultados comparativos entre la técnica de Lefièvre y Regnaud" donde evaluamos 40 pies y nuestra segunda publicación en las últimas actas de la Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía del Pie, y presentada en las Primeras Jornadas Rioplatenses de Patología del Pie, en la ciudad de Montevideo en agosto de 1988, titulada "Hallux valgus. Técnica de Regnaud".

Coincidimos con el autor en la bondad de esta técnica y en que los resultados obtenidos justifican continuar con la misma, pero también queremos destacar, en especial a los que se inician con esta cirugía, que pueden presentarse complicaciones y secuelas de difícil solución si no se realiza una rigurosa técnica quirúrgica.

Efectuamos esta operación entre los 40 y 73 años de edad, dejando para los pacientes más jóvenes otros procedimientos.

Indicamos la operación en: 1º) pacientes con superficies articulares sanas; 2º) pacientes con superficies artrósicas leves o

moderadas, y 3º) en hallux rigidus de primer grado con conservación del cartílago articular central.

Contraindicamos la operación en: 1º) daño franco de las superficies articulares, y 2º) osteoporosis de la primera falange.

Como el autor, efectuábamos el punto de Vilador para el avance de los sesamoides en forma sistemática, pero lo hemos abandonado porque causa adherencias al tendón flexor, lo que limita la movilidad postoperatoria y además puede originar un dedo en garra.

Tenemos excesivo cuidado al ajustar el punto capsular que corrige el valgo de la falange, ya sea en U a lo Regnaud o en X a lo Valenti, porque de lo contrario, si el tapón no está muy sólidamente encastado, cosa que ocurre en huesos poróticos, el valgo se corrige no a expensas de la articulación MTF, sino de la unión falange-injerto.

Referente a la rehabilitación en el postoperatorio inmediato, siguiendo a Regnaud (pág. 283, edición 1986) utilizamos solamente la movilidad activa y evitamos en lo posible la movilización pasiva por causar dolor, contractura y en algunas circunstancias aflojamiento del tapón.

En el año 1988 evaluamos un total de 100 casos operados en cinco años. La evaluación se fundamentó teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- 1º) Valoración subjetiva.
- 2º) Aspecto estético.

3º) Grado de movilidad activa a nivel de la MTF.

4º) Capacidad de despegue.

5º) Resultado radiológico. Dentro de este último se consideró el ángulo intermetatarsiano y el ángulo MTF.

Clasificamos los resultados en buenos, regulares y malo.

– Resultados buenos 85 %.

– Resultados regulares 10 %.

– Resultados malos 5 %.

En una nueva reevaluación efectuada más recientemente hemos engrosado los resultados malos a expensas de los regulares, superando la cifra anterior.

No es mi intención mostrar los buenos resultados sino las complicaciones que hemos tenido y que las clasificamos en:

1º) Complicaciones inespecíficas.

2º) Complicaciones por accidentes quirúrgicos.

3º) Complicaciones postquirúrgicas osteoarticulares, en las que incluimos aquellos que consideramos como fallas en la evolución biológica del injerto.

4º) Complicaciones por errores de técnica.

Entre las inespecíficas mostramos una infección profunda que comenzó como una osteítis de la cabeza MT y que terminó en un grave deterioro de la articulación, con destrucción de injerto.

Entre los errores de técnica es importante tener en cuenta, entre otras, la osteotomía incorrecta de la primera falange y los tapones óseos mal tallados.

La complicación postquirúrgica más importante es la necrosis ósea, de la cual

presentamos tres casos de nuestra casuística y la secuela final, el hallux rigidus. Nuestra impresión referente a estos últimos, es que nos parecen más secuelas de lesiones vasculares osteonecróticas de distinto grado que fallas o defectos en la rehabilitación del paciente.

Esta última secuela, que presentamos y que no pertenece a nuestra casuística, se trata de un paciente operado de hallux valgus, con la técnica de Regnauld, que nos consulta por este grave deterioro articular y que posiblemente se trata de una osteonecrosis.

Finalmente, es mi intención compartir estos conceptos de Regnauld, fundamentales para conseguir un buen resultado:

1º) Reconstrucción del antepié respetando la carga metatarsal o restaurándola, asegurando una propulsión indolora.

2º) Corrección de hallux valgus en relación al uso de un dedo normal.

3º) Preservar la amplitud de movimientos de las articulaciones y los metatarsianos.

4º) Un dedo gordo del pie igual o ligeramente más corto (2-3 mm) que el segundo.

5º) Evitar la sobrecorrección del varus del primer metatarsiano (causa de hallux rigidus).

6º) Protección de las arterias nutricias de la cabeza del primer metatarsiano y base de la primera falange, durante las maniobras quirúrgicas.

7º) Corrección de la cápsula plantar manteniendo la posición de los sesamoideos.

8º) Reeducación mediante movilización activa. Evitar movilización pasiva.