



DEFORMIDAD EN FLEXO DEL HALLUX SOBRE ABORDAJE POSTEROLATERAL DE TOBILLO

González Escobar S., Bellostas-Muñoz L., Pallarés-Sanmartín J., Martínez-Díez JM., Ibarzabal-Gil A., Rubio-Suárez JC.

Unidad de Fracturas de Miembro Inferior y Politraumatizados
Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Universitario La Paz, Madrid

Introducción y Objetivos

- Deformidad fija del hallux, descrita en la literatura asociada tanto al tratamiento conservador como quirúrgico de fracturas de la extremidad distal de la pierna.
- Asociada a fracturas diafisarias de tibia², astragalina³, epifisiolisis⁴, maléolo posterior. Así como una complicación isquémica del compartimento posterior de la pierna- sd compartimental subclínico
- Estamos viviendo un auge del empleo de abordajes posteromediales y posterolaterales en la patología traumática del tobillo

Material y Método

- Revisión clínico-radiológica- patológica y actitud quirúrgica del caso.
- Seguimiento clínico-radiológico a largo plazo. Revisión de literatura científica.

Caso clínico

- Varón de 16 años, diestro, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés
 - Actividad deportiva: futbolista activo profesional
 - Antecedente traumático: Fractura triplanar de tobillo (hace 2 años) intervenida
-
- Rigidez articulación interfalángica primer dedo con actitud de flexo.
 - No reducible con movilización pasiva.
 - Se tropieza e impide actividad deportiva



Tratamiento y Resultados

- Como alternativas diagnóstico-terapéuticas plantearíamos:
 - Atrapamiento FHL por material osteosíntesis -> EMO placa y movilización precoz
 - Fibrosis postquirúrgica FHL -> EMO placa, liberación recorrido FHL y movilización precoz
 - Traumatismo concomitante pie (desapercibido) -> Pruebas de imagen pie, artrolysis vs artrodesis IF.
 - Sd compartimental crónico compartimento posterior -> Fasciotomía asociada a posible tenolisis endoscópica / tenotomía
- Se realizó exploración bajo abordaje posterolateral previo, evidenciando abundantes cambios fibróticos postquirúrgicos. Analizando el material de osteosíntesis no presenta ningún compromiso de espacio en relación al FHL. Identificamos un "stop" en el recorrido del FHL a su paso por el canal retromaleolar, que corresponde a un nódulo de fibrosis. Se procede a resección del nódulo asociando extracción del material de osteosíntesis con la verificación intraoperatoria de movilidad completa pasiva del hallux.
- Actualmente y tras meses de evolución postquirúrgica con plan rehabilitación postquirúrgica puede realizar actividades deportivas y funcionales sin limitación.

Conclusiones

- Ante una complicación de carácter postquirúrgico, es clave plantear el abanico de opciones con las soluciones asociadas.
- Muy importante el diagnóstico diferencial con la deformidad dinámica del hallux, ya que su tratamiento se ve modificado.
- Debemos hacer especial hincapié en la movilización pasiva del dedo en aquellos pacientes intervenidos bajo abordajes posteriores del tobillo dada la asociación de mayor fibrosis en el recorrido del FHL. Es la mejor prevención con una sencilla ejecución.
- El abordaje quirúrgico de la deformidad fija del hallux nos permite abordar en el foco del problema (liberación del recorrido) o realizar técnicas a "distancia" para solucionar la clínica (tenotomías o alargamientos en mediopié, artrodesis interfalángica).
- El abordaje endoscópico de esta patología está contraindicado por el elevado riesgo de lesión neurovascular por los cambios postquirúrgicos.



1) Cho, B. et al. J Foot and Ankle Surgery 2014;53(6):791-793
2) Yuen et al. Foot and Ankle Surgery 2015;21:e23-e26
3) Kim et al. Foot and ankle international 2010;31(4):336-338
4) Rosenberg et al. Foot & Ankle International. 20, 9, 1999

5) Hernandez-Cortes et al. J Am Podiatr Med Assoc 2008;98:404-407
6) Lee HS. J Bone Joint Surg Br. 2008 Aug;90(8):1055-8
7) Holcomb TM. J Foot Ankle Surg. 2014 Sep-Oct;53(5):631-4
8) Lui T et al. Arthroscopy Techniques 2017;6(2):325-329

