

## CORRECCION POR AKIN DISTAL DE DISPLASIA INTERFALANGICA EN EL DEDO GORDO

\* VAZQUEZ MALDONADO, Bernat  
\*\* MARUGAN DE LOS BUEIS, Montserrat

### PRESENTACION DEL CASO

El motivo de esta comunicación es la presentación del caso de una paciente con una desviación en valgus de falanges distales de ambos pies; así como un condroma en la cara dorsal de la falange proximal del primer dedo, del pie izquierdo (fig. 1).



Fig. 1. DISPLASIA INTERFALANGICA. Aspecto de la deformidad.

El motivo de la consulta fue el dolor producido por la exóstosis a la presión del calzado. Tras realizarse una exploración completa, se visualiza en el estudio radiológico de proyección dorso-plantar, una luxación de la falange distal del primer dedo del pie derecho, mientras que en el pie izquierdo, se observó una displasia en la cabeza de la falange proximal en su carilla articular, situación que hubiera hecho imposible su reducción simple mediante capsulotomía (figs. 2 y 3).

Al decidir el acto quirúrgico de la exéresis del condroma, se pensó en la posibilidad de corregir la desviación de la falange distal, y previo consentimiento de la paciente, se optó por efectuar una técnica de Akin distal en el cuello quirúrgico de la falange distal para conseguir el alineamiento del dedo, respetando la articulación interfalángica.

### Anestesia

Decidida la técnica pasamos a describir brevemente la anestesia:

\* *PODOLOGO. Barcelona.*

\*\* *PODOLOGA. Profesora Titular de la Escuela de Podología de la Universidad de Barcelona.*



Fig. 2. Radiografía pre-operatoria del pie, en su conjunto.



Fig. 3. DISPLASIA INTERFALANGICA. Radiografía pre-operatoria que pone en evidencia la desviación en valgo de la articulación interfalángica y el condroma dorsal (condensación de imagen).

Mezclamos Mepivacaina al 2% con Bicarbonato Sódico en una proporción del 1% de Bicarbonato por 99% de Mepivacaina.

Empleamos una jeringa de insulina con 0,1 cc. de Bicarbonato y lo añadimos a una jeringa de 10 cc. de anestésico. Este proceso lo realizamos porque los anestésicos locales tienen un PH ácido, siendo el responsable del molesto escozor del que se quejan los pacientes al inyectarlos.

El Bicarbonato como elemento base que es, se encarga de neutralizar la acidez del anestésico, eliminando el dolor a la inyección.

Dependiendo del carácter nervioso o no del paciente, se reserva la opción de aplicar un sedante tipo Diazepan de 10 mg como complemento de la anestesia, por vía oral una hora antes de la intervención. En casos muy especiales y concretos se administra por vía intravenosa un cc de "Dormicum" que es otro tipo de sedante, previo estudio preoperatorio completo (electrocardiograma, analítica y estudio vascular con Doppler) y si es posible en este caso con la presencia de un médico para cubrir responsabilidades.

Procedemos a anestesiarnos por bloqueo inyectando según la técnica del DMP Mercado, los nervios Tibial posterior, cutáneo, safeno, pedio, etc.

**Técnica quirúrgica**

Previa hemostasia del dedo se practica una incisión a nivel dorsal de la primera articulación metatarso-falángica, realizando alargamiento del extensor del primer dedo. Conseguido esto, se procede a practicar otra incisión longitudinal en la cara dorsal, tirando a medial del dedo, se descubre la cápsula, abriendo la misma y procediendo a la exéresis del condroma, después de un legrado, separamos el periostio del resto de la cabeza de la falange, con la sierra sagital realizamos una osteotomía en uve con su abertura en la parte medial del hueso, se cierra la uve, quedando el hueso alineado. Se fija la unión con aguja de Kirschner de 0,4 mm cerrando la cápsula con vicryl de 4 ceros, se sutura la incisión con seda de cuatro ceros.

Como proceso final lavamos por dentro la incisión hasta que sale el agua clara, y como punto final se inyecta una mezcla de anestésico más corticoide. Tapamos con apósito empapado en povidona y sin demasiada compresión.

**Postoperatorio**

Aconsejamos:

- Vacuna antitetánica previa a la intervención.
- Antalgín 550 mg 1/8 h., los dos primeros días.
- Amoxicilina con ácido clavuránico 780 mg/8 h.
- Cloxane 40 mg subcutáneo 1/día durante cuatro días (utilizamos este tipo de heparinoide para evitar el riesgo de trombosis que empieza a ser frecuente en intervenciones de Hallux Valgus realizadas en hospitales de Cataluña).

La radiología postquirúrgica pone de manifiesto el alineamiento conseguido del dedo (figs. 4, 5 y 6).

A las dos semanas realizamos nuevo control radiográfico



Fig. 4. Radiografía postoperatoria (antero-posterior).



Fig. 5. Radiografía post-operatoria (oblicua).

co, y se observa que, la aguja ha quedado un poco por debajo del lugar deseado, aunque sujeta bien se decide retirar unos mm la aguja por aquejar el paciente ciertas molestias en la metatarso-falángica, puesto que tocaba la cabeza metatarsal.

A las cuatro semanas retiramos la aguja, colocando una ortesis de silicona que ayude a mantener las correcciones conseguidas durante algún tiempo.

Como pueden observar también se realizó la corrección de un dedo en martillo del segundo, técnica conocida por todos por lo que no es preciso descubrirla aquí.

A las cinco semanas la paciente aqueja dolor en la zona intervenida, lo que obligó a una nueva revisión radiológi-



Fig. 6. DISPLASIA INTERFALANGICA. Aspecto post-operatorio.

ca poniendo de manifiesto que la osteosíntesis no es perfecta, aunque ya se aprecia callo óseo (fig. 7).

Como sea que la paciente tiene osteoporosis, se le recomienda tratamiento específico con Calcitonina pernasal.

## CONCLUSION

A las seis semanas la paciente acude al control con dolor a nivel del Cuboides y Quinto radio, hechas las placas, vemos que ya existe una osteosíntesis fuerte, y deducimos que el dolor es producto de una marcha antálgica en supinación, para evitar apoyar el primer dedo, se solventó con la realización de un soporte plantar cediendo el dolor en pocos días. A las ocho semanas se le dio el alta.



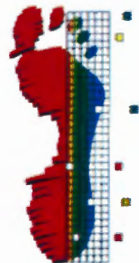
Fig. 7. Radiografía postoperatoria, a las seis semanas de la intervención, que demuestra una correcta alineación interfalángica.

En las radiografías finales se observa en la zona donde se legó el condroma, unos residuos óseos que no debieran haber quedado, aunque no dan ningún problema al paciente.

Con el uso del calzado normal el ángulo de la primera falange no se mantiene igual que el "Kischner", pero está en unos límites aceptables.

*¡Nueva!*

## PODOSPRAY SA5



*Micromotor, con spray de agua interno incorporado.*



*Si nos entrega su micromotor antiguo,  
le abonamos 50.000 ptas.*

*¡No importa su estado!*