UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

" EFECTIVIDAD EN LA CORRECCION DE HALLUX VALGUS "

Estudio retrospectivo Hospital de Traumatología y Ortopedia del I.G.S.S. años enero de 1973 a diciembre 1983

CARLOS ARMANDO LOPEZ MENDOZA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1985

CONTENIDO

	Página
TRODUCCION	1
EFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
STIFICACION	5
BJETIVOS	7
EVISION BIBLIOGRAFICA	9
ATERIAL Y METODOS	19
ESULTADOS	21
SCUSION Y ANALIBIS DE RESULTADOS	29
ONCLUSIONES	31
ECOMENDACIONES	33
ESUMEN	35
EFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
NEXO	39

INTRODUCCION

El presente estudio retrospectivo y bibliográfico titulado "Efectividad en la Corrección de Hallux Valgus", fue realizado durante los meses de agosto de 1984 y mayo de 1985, en el Departamento de Traumatología del I.G.S.S.

La investigación da a conocer la efectividad quirúrgica para la corrección de Hallux Valgus, ya que en nuestro medio son pocas las investigaciones realizadas, además de considerarse importante conocer y evaluar los resultados de las diferentes técnicas operatorias a los pacientes con problema de Hallux Valgus.

En el presente trabajo se revisó 110 historias clínicas de pacientes post-operados, para que posteriormente se les efectuara la evaluación clínica respectiva, por medio de visitas domiciliarias a diferentes sectores de la ciudad capital, se contó con la autorización de la sección de Investigación y Docencia del I.G.S.S., así como con la ayuda del archivo clínico del Hospital General de Accidentes del I.G.S.S.

Dentro de los parámetros clínicos evaluados se tomó en cuenta la técnica operatoria utilizada, tiempo post-operatorio, persistencia o recidivas de dolor, limitación de movimiento y/o pérdida de la estética.

Dentro de las limitaciones, se encontró con la dificultad de la inasistencia de los pacientes a las citas, por lo que se procedió al seguimiento de dichos pacientes a través de visitas domiciliarias.

Las recomendaciones del presente estudio son las de evaluar periódicamente las técnicas utilizadas para corrección de Hallux Valgus, con el objeto de comprobar su efectividad. también el hecho de realizar estudios que permitan un mayor conocimiento del tratamiento de Hallux Valgus en nuestro medio, otra de las recomendaciones es la de utilizar las técnicas adecuadas para cada uno de los pacientes con Hallux Valgus para evitar complicaciones post-operatorias y que este estudio sirva de base para futuras investigaciones con métodos radiológicos,

abarcando una población mayor para que los datos sean más significativos.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El Hallux Valgus es una deformidad frecuente, que causa por lo general, limitaciones fisicas acompañadas de dolor y pérdida de la estética en la primera articulación metatarsofalángica. (1,2).

Actualmente en nuestro medio existen pocos estudios escritos que expongan experiencias con respecto al Hallux Valgus. (8).

Se han intervenido quirúrgicamente pacientes con este tipo de patología, pero no se ha efectuado seguimiento alguno para conocer la efectividad del tratamiento post-operatorio. (8).

El presente trabajo de investigación da a conocer por medio del estudio retrospectivo y el seguimiento de pacientes post-operados la efectividad del procedimiento, realizado en el Hospital de Traumatología y Ortopedia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en los años de 1973-1983.

JUSTIFICACIONES

Existen estudios realizados en diferentes países del mundo, los cuales indican que la prevalencia de Hallux Valgus es de importancia (5, 6, 9).

En nuestro medio se han efectuado pocas investigaciones sobre este tema, tanto que conocemos un solo trabajo de tesis efectuado en la última década, el cual enfoca 148 casos del Hallux Valgus, de los cuales 65 fueron intervenidos con la técnica operatoria de Du-Vries, durante los años de 1974-1980, en el citado trabajo se analiza especialmente, la técnica de Du-Vries para la corrección de Hallux Valgus, no así la efectividad postóperatoria (8).

Por lo anteriormente expuesto se consideró necesario efectuar un estudio en nuestro medio, en base al seguimiento de pacientes post-operados, para que nos dé una idea de la efectividad del tratamiento quirúrgico del Hallux Valgus. Además es importante dar a conocer y evaluar los resultados de las técnicas operatorias realizadas a los pacientes con problema de Hallux Valgus en el Hospital de Traumatología y Ortopedia del I.G.S.S. durante los años de enero de 1973 a diciembre de 1983.

OBJETIVOS

1. *Determinar la efectividad quirúrgica de las diferentes técnicas utilizadas en el Hospital de Traumatología y Ortopedia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, para corrección de Hallux Valgus.*

2. *Demostrar la persistencia o recidivas de limitaciones físicas, dolor y pérdida de la estética en pacientes post-operados.*

REVISION BIBLIOGRAFICA

GENERALIDADES:

El Hallux Valgus, es una deformidad del pie, que se caracteriza por desplazamiento en valgo del dedo gordo a la altura de la articulación Metatarso-falange, de manera que a veces la base de la falange proximal está subluxada hacia afuera, prominencia interna del primer metatarsiano, esto es el Juanete.

El Hallux Valgus puede ser, bilateral y doloroso en uno o ambos lados; se desarrolla con más frecuencia en pies relajados o vueltos hacia afuera. (1)

ETIOLOGIA Y PATOLOGIA:

No ha sido bien dilucidada, las investigaciones en busca de la causa única han dado conceptos erróneos. Son con más frecuencia contradictorias las causas a las que se atribuye la deformidad.

Mayo (1908-1920) cree que cuanto mayor sea la longitud del primer Metatarsiano y del dedo gordo en relación con los otros dedos, hay mayores probabilidades de que aparezca la enfermedad.

Morton por otro lado en 1935 opinó que el primer metatarsiano corto es un factor etiológico en el Hallux Valgus.

Mc.Elvenny (1944) y Truslow (1925) dieron importancia a la herencia en la etiología.

Robinson (1927) observó que el movimiento del sesamoideo en el primer espacio intermetatarsiano es la causa directa de la deformidad, no dió importancia al efecto del calzado defectuoso.

Kaplan (1955) estimó como causa las modificaciones en la acción de los músculos tibiales posteriores.

Hardy y Clapham (1951), Truslow (1925) y Hawkins y colaboradores (1945) observaron una estrecha relación entre el Hallux Valgus y ángulo intermetatarsiano ancho (Metatarsus Primus Varus).

Gallan y Jordan (1938) consideraron el Hallux Valgus como una consecuencia de la posición Valgus del talón y del Astragalo.

Mc.Bride (1935) atribuyó la deformidad a un trastorno del equilibrio muscular por el uso de calzado inapropiado.

Kleinberg (1932) estimó la causa primaria en la aducción del primer metatarsiano y en la oblicuidad anormal de la primera articulación tarsometatarsiana. Durman (1956) insiste en que la causa es el Metatarsus Primus Varus (desviación del primer Metatarsiano) (4).

El Hallux Valgus es mucho más común en mujeres que en hombres. La desviación medial del primer hueso metatarsal puede iniciar los cambios deformaticos; estrechez y zapatos terminados en punto pueden agravarlo, la desviación lateral del dedo grande; en casos extremos todos los huesos metatarsianos pueden inclinarse medialmente y todos los de los dedos pueden inclinarse lateralmente.

La contractura de los músculos, flexor y extensor largos, está asociado con un desplazamiento lateral de los tendones extensores. Como el dedo grande está desviado lateralmente, el segundo dedo puede ser forzado a montarse encima del otro; a menudo resulta en un callo doloroso por fricción del zapato, los síntomas pueden ser agravados por cambios de artritis degenerativa.

La atrofia del cartílago articular puede ser causado por artritis traumática, presión en los nervios digitales y comprensión e inflamación de la bursa sobre la exostosis metatarsal. (1)

FACTORES PREDISPONENTES DEL HALLUX VALGUS

En el adulto pueden ser:

Primarios: *Anormalidades en la cabeza del primer metatarsiano, relación del primer metatarsiano con la primera cuña, anomalías anatómicas del abductor y aductor del primer dedo, la relación existente entre las articulaciones de los sesamoideos, anomalías en la longitud del metatarsiano, ligamentos flácidos.*

Secundarios: *Enfermedades generales de la primera articulación que pueden ser constitucionales, metabólicas, inflamatorias, tumorales, traumáticas, enfermedades músculo-tendinosas, neurológicas y cirugía previa.*

FACTORES DESENCADENANTES

Pueden ser el tipo de calzado.
Coadyuvantes: Como tener pie plano, oficios que reclaman bipedestación, congénitamente tener la anomalía (Hallux Valgus).

FACTORES PREDISPONENTES EN EL NIÑO

Congénito:

1. *Hueso intermetatarsiano y la primera cuña.*
2. *Longitud anormal del primer dedo.*
3. *Acortamiento del segundo dedo.*
4. *Oblicuidad en varo del primer metatarsiano.*

FACTORES PREDISPONENTES EN EL ADOLESCENTE

1. *Son afectados principalmente por zapatos arqueados y terminados con punta estrecha. (8)*

ANTECEDENTES

Se conocen pocos estudios en nuestro medio, que nos expongan experiencias con respecto al Hallux Valgus, así tenemos que en el tesario de la Facultad de Ciencias Médicas se encuentra la primera referencia al problema, se trata de "Técnicas Operatorias de DuVries en el Tratamiento de Hallux Valgus", de Marco Romeo Martínez Zamora, tesis presentada a la junta directiva de la Facultad de Ciencias Médicas, en el año de 1981; la cual demuestra 148 casos estudiados de los cuales 65 fueron tratados con la técnica de Du-Vries, en el estudio se concluye que la edad de aparecimiento de Hallux Valgus no es privativa de pacientes ancianos; la edad de aparecimiento tiene un promedio de 28 años, y que el sexo femenino es el más afectado, demuestra además que la técnica operatoria de Du-Vries, aborda el problema en todos sus componentes anátomo-patológicos intrrnsecos del pie.(8)

Estudio realizado de la prevalencia de Hallux Valgus en tres poblaciones de Sud-Africa, demuestra que en las tres comunidades; una comunidad urbana blanca, una urbana negra y una rural negra, el estudio fue realizado con pacientes del sexo femenino, entre las edades de 2 y 20 años, 100 individuos de cada comunidad fueron examinados, demostrándose que no hubo una diferencia significativa en los ángulos de Hallux en cualquiera de los tres grupos de poblaciones estudiadas, existiendo un ángulo metatarsal mayor en la mujer blanca.

Después de los 5 años hay incremento abrupto en ángulos de Hallux en la mujer blanca, esto viene relacionado al regular uso de Zapato cerrado entre los niños que empiezan a ir a la escuela.

La finalidad de este estudio sugiere que hay una pequeña diferencia en los ángulos del Hallux en todos los niños que tienen diferencia racial o cultural.

Además, las niñas blancas están predispuestas a anormalidades tardías por tener significantemente el ángulo metatarsal más grande abajo de los 5 años de edad; esto está postulado debido a que estos niños empiezan a usar zapato cerrado regularmente, ello demuestra un incremento en la desviación del Hallux, lo que viene a manifestar un desorden clínico-Hallux Valgus. (6)

En estudio efectuado por el Dr. J. R. Corless del Hospital Brampton, Ontario, quien obtuvo buenos resultados en 146 de 148 casos, revisados en 1976; en dos casos no se obtuvo resultados satisfactorios, pues uno de ellos presentó Necrosis en la cabeza del primer metatarsiano, distal a la osteotomía. El otro lo atribuyó a la preexistencia de artrosis de la primera articulación metatarso-falángica. (9)

El Dr. William P. Lennon, ha considerado la posibilidad de que el pie encerrado por calcetines elásticos y panti-hose, puede ser un factor en la causa de Hallux Valgus, porque podría crear una desviación lateral del dedo grande, por esta variedad de prendas de pie. (7)

DIAGNOSTICO CLINICO

1. *Dolor o dificultad para la marcha.*
2. *Juanete inflamado y doloroso.*
3. *Deformidad del pie en valgo del primer metatarsiano y varo del primer dedo.*
4. *Cabalgamiento del segundo dedo sobre el primero o viceversa.*
5. *Arco transverso anterior plano.*
6. *Callosidad medial a la altura de la cabeza del primer metarsiano.*
7. *Callosidades mediales del antepie.*
8. *Callosidad del antepie en la región plantar.*
9. *Posibilidad de insinuar en forma fácil un dedo entre el primer y segundo metatarsiano (espacio intermetatarsiano ensanchado).*
10. *Cierre manual fácil del primer espacio intermetatarsiano.*

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

1. *Hipertrofia de la cabeza del primer metatarsiano.*
2. *Lesiones de articulaciones metatarso-falângicas.*
3. *Lesiones de articulación tarso-metatarsiana.*
4. *El ángulo del primero y segundo metatarsiano mide aproximadamente 7 grados mayor de 7 grados es patológico.*
5. *Arco transverso anterior caído, observándose que el área de apoyo de la marcha se encuentra hacia el centro de la región plantar anterior.*
6. *Características de dedos y otras articulaciones.*
7. *Estudios pre- y pos-operatorios.*

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

En muchos casos lo apropiado es la corrección de zapatos y hacer correcciones repetidas por estrechez, pueden prevenir la progresión de la deformidad y alivio de la molestia.

El paciente podría dormir con un vendaje, otro medio sería separando el primer y segundo dedo. La depresión del arco metatarsal podría corregirse por un vendaje soportivo y ejercicios. En casos de infección de la bursa, descanso y compresas calientes están indicadas.

Cuando la deformidad es considerable, está acompañada por dolor agudo, el tratamiento quirúrgico está indicado, este es el único método valuable para la corrección de la deformidad y para aliviar el dolor. (1)

El tratamiento quirúrgico del Hallux Valgus se indica principalmente para aliviar el dolor y rara vez por razones estéticas solamente. Sin embargo, aún cuando no fuera incapacitante, el acceso del dolor en un adolescente o en un adulto joven es generalmente suficiente para justificar la intervención quirúrgica, siempre que la deformidad típica ya se haya desarrollado. El tratamiento operatorio debe incluir los

siguientes procedimientos:

1. *Corrección de la deformidad en valgo de la falange proximal.*
2. *Extirpación de cualquier exostosis de la cara interna de la cabeza del primer metatarsiano y, cuando sea necesaria la resección de la bolsa serosa que la protege.*
3. *Corrección de la deformidad en varo del primer metatarsiano (metatarso primo varo).*
4. *Corrección de cualquier otra deformidad asociada del antepie, tales como callos, dedos en martillo y subluxaciones de articulaciones. (2)*

TECNICAS OPERATORIAS

TECNICA DE SILVER:

Se efectúa una incisión semilunar en el dorso de la cabeza del primer dedo, seguidamente se hace incisión de la cápsula articular y corrección en abducción del primer dedo. (9)

TECNICA DE McBRIDE:

Se realiza incisión del sesamoideo lateral y se efectúa transferencia de la inserción del abductor de la falange proximal a la cabeza del primer metatarsiano, después cierre de espacio entre la primera y segunda cabeza metatarsal.

Puede dar buen resultado en personas jóvenes, pero no es usada cuando existe un marcado grado de metatarso primus varus. (9)

TECNICA DE KELLER:

Esta consiste de la excisión de la base de la falange proximal y remoción de la exostosis en la lado medial de la cabeza del primer metatarsiano. Contribuye a la destrucción de la articulación metatarsofalángica y a la fibrosis anquilosante, además no siempre controla satisfactoriamente la posición del dedo. Deja una permanente debilidad del dedo grande y no es usada en los pacientes jóvenes con una articulación metatarsofalángica normal. (9)

TECNICA DE MAYO:

Esta empieza por la excisión de la primera metatarsal, removiendo el pilar anterior y medial del arco medial longitudinal y del arco anterior transverso respectivamente. Esto produce extrapeso en la segunda y tercera cabeza metatarsal, son indicadas en la presencia de mala circulación en los pacientes o en asociación con excisión de la otra cabeza metatarsal en el reumatismo. (9)

TECNICA DE LAPIDUS:

Consisten en la fusión de la articulación entre el primer cuneiforme y la base del primero y segundo metatarsal, así como también remoción de la exostosis de la cabeza, éste es un largo procedimiento y difícil, con un prolongado período de recuperación. También produce mucha deformidad en las articulaciones. (9)

TECNICA DE MITCHELIS:

La osteotomía del cuello del metatarsiano es un procedimiento complicado, porque requiere una compleja osteotomía biplanar, además está situada en el cuello y tiene solamente una sutura para fijación interna; hay un gran riesgo de no unión, el primer metatarsiano es corto y puede flexionarse causando dolor en la segunda cabeza metatarsal. También requiere cinco semanas de inmovilización con aparato de yeso. (9).

ARTRODESIS DE LA ARTICULACION METATARSOFALANGICA CON EXCISION DE LA EXOSTOSIS:

Este procedimiento corrige el Hallux Valgus, pero deja excesiva deformidad de la articulación interfalangeal y la articulación tarso metatarsal. Es insatisfactoria especialmente en mujeres jóvenes. (9)

TECNICA DE DU-VRIES

MODIFICACIONES AL McBRIDE:

Se realiza una incisión en el primer intermetatarsiano hasta el borde tibial, posteriormente se efectúa separación de las cabezas de los metatarsianos, se localiza el tendón abductor del primer dedo, luego resección de la cápsula en el lado tibial incluído el tendón abductor, se hace resección del cóndilo interno de la cabeza del primer metatarsiano, se sutura la cápsula articular, se fija el abductor a la cápsula articular, luego se cierra la cápsula, seguidamente se efectúa cierre mediante cuatro puntos del espacio intermetatarsiano (unión de ambas cabezas). Por último se realiza plastía del extensor largo del primer dedo. (4).

MATERIAL Y METODOS

RECURSOS HUMANOS

1. Médicos del Hospital de Traumatología y Ortopedia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
2. Asesor del trabajo de tesis.
3. Revisor del trabajo de tesis.
4. Pacientes post-operados.
5. Autor del trabajo de investigación.

MATERIALES

1. Hospital de Traumatología y Ortopedia del I.G.S.S.
2. Bibliografía sobre el tema.
3. Registros clínicos de pacientes post-operados.
4. Instrumento de evaluación clínica.
5. Instrumento de tabulación.
6. Equipo de oficina.

METODOLOGIA

Se efectuó revisión de fichas y registros clínicos de 110 pacientes que se sometieron a operación de corrección de Hallux Valgus, en el Hospital de Traumatología y Ortopedia del I.G.S.S., en los años de 1973 a 1983; tomándose en cuenta las diferentes técnicas operatorias utilizadas. Se citó a los pacientes, encontrándose con la dificultad de la inasistencia de éstos, por lo que se procedió al seguimiento de dichos pacientes a través de visitas domiciliarias a diferentes sectores de la ciudad capital, en el período comprendido de octubre de 1984 a mayo de 1985.

EVALUACION CLINICA UTILIZADA

En los pacientes que se observó persistencia de dolor, limitación de movimiento y deformidad, se tomó como inefectividad de la

técnica operatoria; en caso contrario al no presentar ninguno de los parámetros anteriores se tomó como corrección efectiva.

a) *El dolor: se midió de acuerdo a lo referido por el paciente o a la palpación y movimiento pasivo.*

b) *La limitación de movimiento: se midió de acuerdo a la dificultad para la marcha o caídas frecuentes.*

c) *La deformidad: se midió de acuerdo a la observación clínica y a la persistencia de Hallux Valgus.*

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO

Se analizaron 110 casos que se encuentran registrados en los archivos del I.G.S.S. Departamento de Traumatología y Ortopedia a los que se les efectuó su evaluación clínica respectiva. Obteniendo los datos por medio de la ficha de evaluación a la que se le efectuó tratamiento estadístico porcentual.

CUADRO No. 1.

DISTRIBUCION ETAREA POR SEXO Y PORCENTAJE TIEMPO DE OPERACION, TECNICA OPERATORIA Y EFECTIVIDAD OPERATORIA POR PORCENTAJE

EDAD	SEXO				TIEMPO DE OPERACION					TECNICA OPERATORIA							EFECTIVIDAD OPERATORIA			
	M	F	M o/o	F o/o	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	F	G	SI	NO	SI o/o	NO o/o
15 - 19 años	3		2.72		1	1		1			2					1	3		2.7	
20 - 24 años	4	10	3.63	9.09	5	4	4	1				1				13	14		12.7	
25 - 29 años	3	13	2.72	11.81	5	2	3	3	3	1		3				12	16		14.5	
30 - 34 años	1	13	0.90	11.81	6	1	1	4	2	2		1		1		10	14		12.7	
35 - 39 años	5	11	4.54	10.00	5	5	1	2	3	3	1					12	16		14.5	
40 - 44 años	1	9	0.90	8.18	6		1	1	2	1		1				8	8	2	7.2	1.8
45 - 49 años		11		10.00	3	4	4			1	1	1				8	10	1	9.0	0.9
50 años y más	4	22	3.63	20.00	12	1	4	5	4	2	3	2				19	23	3	20.9	2.7
Subtotal	21	89	19.04	80.09	43	18	18	17	14	10	7	9		1		83	104	6	94.5	5.4
Total	110		99.9o/o		110					110							110		99.9o/o	

Tiempo de Operación

A = 2 años y menos de efectuada
B = 4 años de efectuada
C = 6 años de efectuada
D = 8 años de efectuada
E = 10 años de efectuada

Técnica Operatoria

A = Silver
B = Mc.Bride
C = Keller
D = Mayo
E = Lapidus
F = Mitchells
G = Du-Vries

Efectividad Operatoria

SI = Operaciones efectivas
NO = Operaciones inefectivas

Fuente: Hospital General de Accidentes del I.G.S.S.
Recolección en Domicilios de Octubre de 1984 a mayo de 1985.

CUADRO No. 2

TECNICAS OPERATORIAS, SU EFECTIVIDAD Y SIGNOS CLINICOS OBSERVADOS EN PACIENTES POST-OPERADOS

	EFECTIVIDAD		SIGNOS CLINICOS		
TECNICA	SI	NO	ABC	AC	C
SILVER	10				
Mc.BRIDE	6	1	1		
KELLER	9				
MAYO					
LAPIDUS	1				
MITCHELLS					
DU-VRIES	78	5	1	2	2
TOTAL	104	6	2	2	2

Efectividad Operatoria

SI: Efectivas
NO: Inefectivas

Signos Clínicos

A: Dolor
B: Limitación de movimiento
C: Deformidad

Fuente: Hospital General de Accidentes del I.G.S.S. Recolección en domicilios de octubre de 1984 a mayo de 1985.

CUADRO No. 3

EFECTIVIDAD OPERATORIA EN PACIENTES POST-OPERADOS EN EL I.G.S.S. EN LOS AÑOS 1973-1983

OPERACIONES	No. PACIENTES	PORCENTAJE
EFECTIVAS	104	94.5
INEFECTIVAS	6	5.4
TOTALES	110	99 9

Como se aprecia en este cuadro un número mayor de operaciones fueron efectivas (94.5o/o) en comparación de (5.4o/o) operaciones inefectivas.

Fuente: Recolección en domicilios de octubre de 1,984 a mayo de 1,985.

CUADRO No. 4

TECNICA MAS UTILIZADA EN PACIENTES POST-OPERADOS
NUMERO Y PORCENTAJES
PACIENTES OPERADOS EN EL I.G.S.S. PERIODO 1973-83.

TECNICA OPERATORIA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Du-Vries	83	74.45
Silver	10	9.09
Keller	9	8.18
Mc.Bride	7	6.36
Lapidus	1	0.90
TOTALES	110	99.99

Fuente: Hospital General de Accidentes del I.G.S.S.

CUADRO No. 5

RECIDIVAS POST-OPERATORIAS EN PACIENTES DEL I.G.S.S.
AÑOS DE 1973-1983.

RECIDIVA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	6	5.45
NO	104	94.54
TOTALES	110	99.99

SI: No. de pacientes con recidivas, operaciones inefectivas.

NO: No. de pacientes que no presentaron recidivas, operaciones efectivas.

Fuente: Recolección en domicilios de los pacientes.
Octubre de 1984 a mayo de 1985.

CUADRO No. 6

TIPO DE RECIDIVA POST-OPERATORIA EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS DEL I.G.S.S. AÑOS 1973-1983

TIPO DE RECIDIVA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
DOLOR	2	33.3
DOLOR-DEFORMIDAD	2	33.3
DOLOR-DEFORMIDAD-LIMITACION FISICA	2	33.3
TOTALES	6	99.9

Fuente: Recolección en domicilios de los pacientes, octubre de 1984 a mayo de 1985.

CUADRO No. 7

TECNICAS UTILIZADAS EN PACIENTES CON RECIDIVAS POST-OPERATORIAS PERIODO 1973-1983.

TIPO DE TECNICA OPERATORIA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Du-Vries	5	83.3
Mc. Bride	1	16.6
TOTALES	6	99.9

Fuente: Hospital General de Accidentes del I.G.S.S. 1984.

DISCUSION Y ANALISIS DEL RESULTADOS

En el grupo de pacientes estudiados en la presente investigación, 110 en total se demuestra que el sexo más afectado con Hallux Valgus es el femenino con un 80.9o/o) y el menos afectado fue el msculino dando un (19.04o/o). Cuadro numero 1.

Se indica así mismo que el Hallux Valgus es una entidad patológica, que no sólo afecta al sexo femenino sino también al sexo masculino (ver cuadro número 1).

El grupo etáreo más afectado para el sexo femenino fué el de 50 años y más, con veintidos pacientes que equivale a un 20o/o, y para el sexo msculino fue el de 35 a 39 años con cinco pacientes que equivale a un 4.54o/o.

El grupo etáreo menos afectado, tanto masculino como femenino, fue el de 15 a 19 años con 3 pacientes que hace un 2.72o/o (cuadro número 1), lo cual nos demuestra que esta clase de patología no es privativa de las edades avanzadas. Se observa también que el número de pacientes que se intervienen actualmente es mayor que en años anteriores, ya que hace 2 años y menos de realizada la operación tenemos 43 pacientes, hace 4 años de afectuada 18 pacientes, hace 6 años de efectuada 18 pacientes, 8 años de efectuada 17 pacientes y hace 10 años 14 pacientes (ver cuadro número 1).

Las técnicas más utilizadas en el grupo de pacientes estudiados fue en primer lugar la técnica de Du-Vries con 83 operaciones que equivale a (74.45o/o), Técnica de Silver con 10 operaciones que equivale a un (9.09o/o), Técnica de Keller con 9 operaciones haciendo un (8.18o/o), Técnica de Mc. Bride con 7 operaciones que hace un (6.36o/o) y la técnica de Lapidus con 1 operación equivaliendo a un (0.90o/o), ver cuadros números 1 y 4.

Se indica que los resultados de las diferentes técnicas utilizadas para la corrección de Hallux Valgus, es efectiva puesto que de 110 pa-

cientes, 6 operaciones se tomaron como inefectivas debido a la presencia de Recidivas haciendo un (5.4o/o) de inefectividad operatoria y 104 operaciones, que hace un (94.5o/o) de efectividad operatoria, ver cuadros números 1,2,3,5.

Dentro de las recidibas se encuentran 2 pacientes que presentaron solamente dolor que hacen un (33.3o/o), 2 pacientes con dolor y deformidad haciendo un (33.3o/o), y con dolor, deformidad y limitación de movimiento 2 pacientes haciendo un (33.3o/o) respectivamente, ver cuadros números 2 y 6.

Las técnicas efectivas utilizdas fueron: 78 técnicas de Du-Vries, 10 de Silver, 9 de Keller, 6 de Mc. Bride y 1 técnica de Lapidus. Cuadro número 2. Las técnicas con resultados inefectivos fueron: 1 técnica de Mc. Bride y 5 técnicas de Du-Vries. Ver cuadros números 2 y 6.

CONCLUSIONES

1. *Un número de 110 pacientes estudiados demuestra que los resultados de las diferentes técnicas operatorias han sido satisfactorios, pues 104 operaciones (94.5o/o) fueron efectivas y 6 operaciones (5.4o/o) inefectivas.*

2. *Las complicaciones o recidivas post-operatorias fueron 5.45o/o, de un 100o/o, consistentes en deformidad, dolor y limitación de movimiento. Dentro de estos pacientes, 2 presentaron dolor, limitación de movimiento y deformidad, 2 pacientes presentaron dolor y deformidad y 2 presentaron únicamente dolor.*

3. *El sexo más afectado por Hallux Valgus, fue el femenino con 89 pacientes operados que equivale a un (80.09o/o) siendo el menos afectado el sexo masculino con 21 pacientes post-operados dando un (19.04o/o).*

4 *El grupo etáreo más afectado para el sexo femenino fue el de 50 años y más con 22 pacientes que equivale a un 20o/o y para el sexo masculino fue el de 35 a 39 años con 5 pacientes que equivale a un 4.54o/o.*
El grupo etáreo menos afectado tanto masculino como femenino fue el de 15 a 19 años con 3 pacientes que hace un 2.72o/o.

5. *Las técnicas efectivas utilizadas fueron: 78 técnicas de Du-Vries 10 de Silver, 9 de Keller, 6 de Mc. Bride y 1 técnica de Lapidus.*

6. *Las técnicas con resultados inefectivos fueron: 1 técnica de Mc.Bride y 5 técnicas de Du-Vries.*

RECOMENDACIONES

1. *Evaluar periódicamente las técnicas utilizadas para corrección de Hallux Valgus, con el objeto de comprobar su efectividad*

2. *Realizar estudios que permitan un mayor conocimiento del tratamiento del Halluz Valgus en nuestro medio*

3. *Utilizar la técnica adecuada para cada uno de los pacientes con Hallux Valgus, para evitar complicaciones post-operatorias.*

4. *Que este estudio sirva de base para futuras investigaciones con métodos radiológicos, abarcando una población mayor para que los datos sea más significativos.*

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado: "Efectividad en la Corrección de Hallux Valgus", fue realizado con el objeto de evaluar la efectividad operatoria utilizada para la corrección quirúrgica del Hallux Valgus, en 110 pacientes post-operados en el Hospital de Traumatología y ortopedia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en los años de 1973 a 1983.

La presente investigación se realizó en el período comprendido de agosto de 1984 a mayo de 1985.

El número de pacientes se tomó de acuerdo a la revisión de archivos y registros clínicos, para que posteriormente por medio de las visitas domiciliarias se efectuara la evaluación clínica respectiva.

La efectividad del tratamiento operatorio se midió de acuerdo al número de correcciones efectivas e inefectivas. Considerándose como corrección efectiva, aquella que no presentó ninguno de los parámetros evaluados en el examen físico que fueron: Dolor, Limitación de Movimiento y Deformidad; en caso contrario de presentar uno de los parámetros antes mencionados, se tomó como corrección inefectiva.

Los resultados obtenidos se manejaron mediante estadísticas porcentual, para hacer una comparación del número de correcciones efectivas e inefectivas.

Las conclusiones obtenidas fueron:

1. *Un número de 110 pacientes estudiados demuestra que los resultados de las diferentes técnicas operatorias han sido satisfactorios, pues 104 operaciones (94.5o/o) fueron efectivas y 6 operaciones (5.4o/o) inefectivas.*

2. *Las complicaciones o recidivas post-operatorias fueron 5.45o/o, de un 100o/o, consistentes en deformidad, dolor y limitación de movimiento. Dentro de estos pacientes, 2 presentaron dolor, limitación de movimiento y deformidad, 2 pacientes presentaron dolor y deformidad y 2 presentaron únicamente dolor.*

3. *El sexo más afectado por Hallux Valgus, fue el femenino con 89 pacientes operados que equivale a un (80.09o/o) siendo el menos afectado el sexo masculino con 21 pacientes post-operados dando un (19.04o/o).*

4. *El grupo etáreo más afectado para el sexo femenino fue el de 50 años y más con 22 pacientes que equivale a un 20o/o y para el sexo masculino fue el de 36 a 39 años con 5 pacientes que equivale a un 4.54o/o.*

   El grupo etáreo menos afectado tanto masculino como femenino fue el de 15 a 19 años con 3 pacientes que hace un 2.72o/o

5. *Las técnicas efectivas utilizadas fueron: 78 tecnicas de Du-Vries, 10 de Silver, 9 de Keller, 6 de Mc. Bride y 1 técnica de Lapidus.*

6. *Las técnicas con resultados inefectivos fueron: 1 técnica de Mc. Bride y 5 técnicas de Du-Vries.*

   El primordial aporte de este estudio fue demostrar que la corrección de Hallux Valgus en su mayoría es efectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Brashear, H.R. and Raney R.B. **Shand's handbook of orthopaedic surgery.** 9th. ed. Saint Louis, Mosby, 1978. 548p. (pp.420-22)

2. Campbell, W. **Cirugía ortopédica.** 5a. ed. Buenos Aires, Intermédica. 1975. t.2(pp 2001-2019)

3. Compere, E. L. **Cirugía ortopédica.** México, Interamericana, 1977. 322p.(pp.234-46)

4. Du–Vries. H. **Cirugía del pie.** México, Interamericana, 1960. 504p.(pp.370-399)

5. Dhanendran, M. **et al.** Mechanics of the hallux valgus, foot and the effects of Keller's operation. **Acta Orthop Scand** 1980 Dec 14; 51(6):1007-12

6. Gottschalk, F.A. The prevalence of hallux valgus in three south agrican populations. **S Afr J Med** 1981 oct 34; 60(17): 655-6

7. Lennon, W.P. Hallux valgus. **Med J Aust** 1972 Jul 22; 2(4): 222

8. Martínez Zamora, Marco Romeo. **Técnica operatoria de Du Vries en el tratamiento de hallux balgus.** Tesis (Médico y Cirujano)–Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 35p.

9. Shepherd, B.D. **et al.** Correction of hallux valgus. **Med J Aus** 1982 Feb 6; 1(3):131-3

Vo Bo

Eduardo

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPOA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

ANEXOS

FICHA DE EVALUACION

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

SEXO: ☐

EDAD: ☐

TIEMPO DE OPERACION: ☐

TECNICA OPERATORIA: ☐

EVALUACION CLINICA:

DOLOR: ☐ ☐ ☐

LIMITACION DE MOVIMIENTO: ☐ ☐

DEFORMIDAD: ☐ ☐

RESULTADO DEL TRATAMIENTO: ☐ ☐

EXPLICATIVO

Sexo se tomará de acuerdo a:

1. *Masculino.*
2. *Femenino.*

Edad;

1. *15-19 años.*
2. *20-24 años.*
3. *25-29 años.*
4. *30-34 años.*
5. *35.39 años.*
6. *40-44 años.*
7. *45-49 años.*
8. *50 y más.*

Tiempo de operación:

1. *2 años y menos de efectuada.*
2. *4 años de efectuada.*
3. *6 años de efectuada.*
4, *8 años de efectuada.*
5. *10 años de efectuada.*

Técnicas de operatoria:

1. *Técnica de Silver.*
2. *Técnica de McBride.*
3. *Técnica de Keller.*
4. *Técnica de Mayo.*
5. *Técnica de Lapidus.*
6. *Técnica de Mitchells.*
7. *Técnica de Du-Vries.*

EVALUACION CLINICA

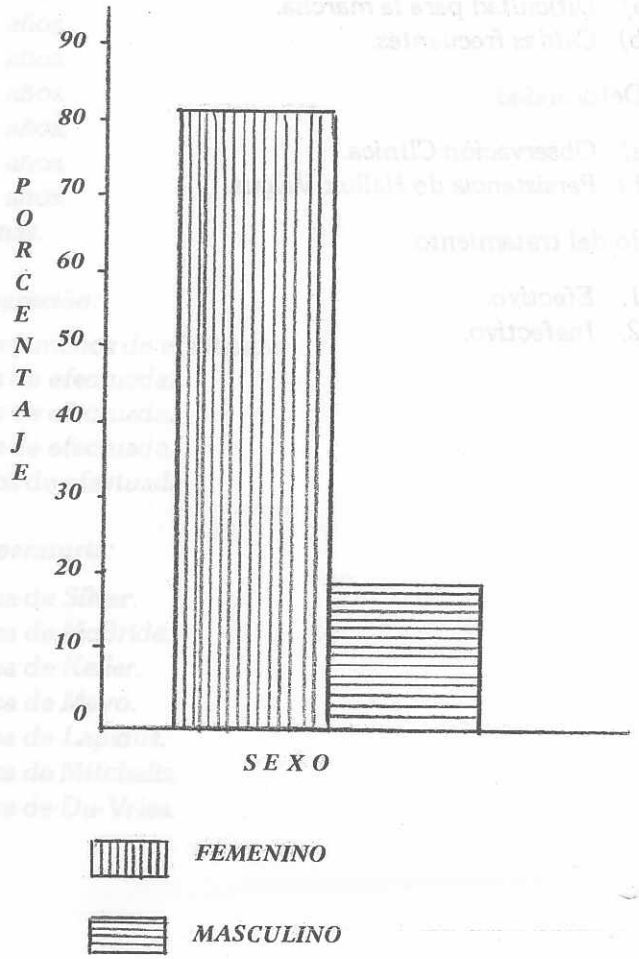
1. *Dolor.*
   a) *Referencia del paciente.*
   b) *Dolor a la palpación.*
   c) *Dolor al movimiento pasivo*
2. *Limitación de movimiento:*
   a) *Dificultad para la marcha.*
   b) *Caídas frecuentes.*
3. *Deformidad:*
   a) *Observación Clínica.*
   b) *Persistencia de Hallux Valgus.*

Resultado del tratamiento:

1. *Efectivo.*
2. *Inefectivo.*

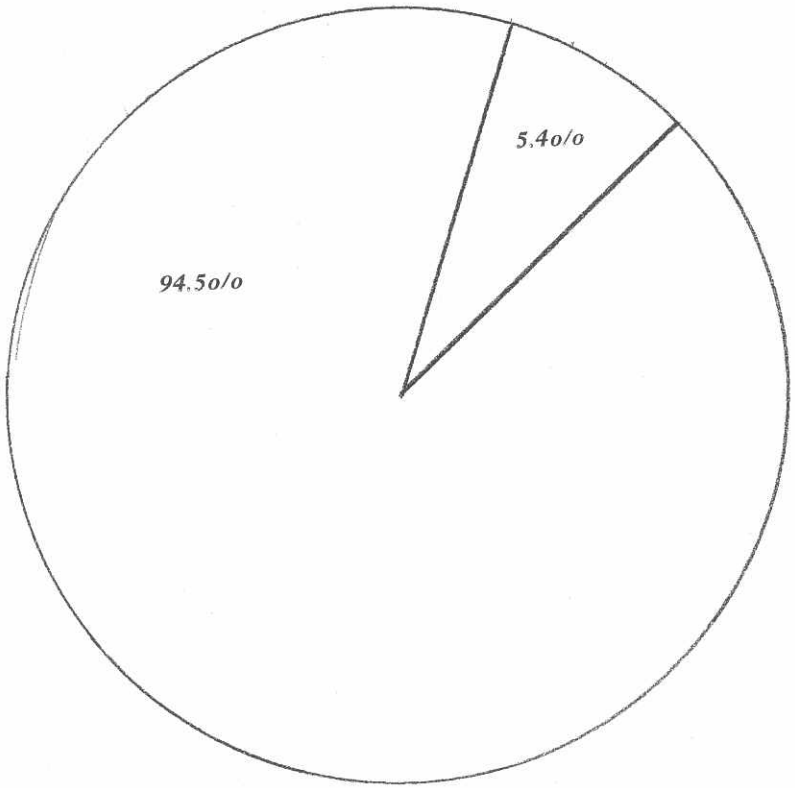
GRAFICA No. 1

PRESENTACION EN PORCENTAJE DE PACIENTES POST-OPERADOS POR SEXO



GRAFICA No. 2

PRESENTACION EN PORTAJE DE LA EFECTIVIDAD OPERATORIA



94.5 Operaciones efectivas

5.4 Operaciones inefectivas

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:

Dr. Stanley Quiros A.
ASESOR.

DR. STANLEY QUIROS A.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 2741

SATISFECHO:

Dr. Mario Alfonso Gaitán G.
REVISOR.

APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Cámbara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 23 de octubre de 1985

Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 44).