

Patología del quinto radio

Parte III: Quintus Varus

RUIZ ESCOBAR, PATRICIA 1;
ÁLVAREZ GOENAGA, FERNANDO 2;
RODRÍGUEZ BORONAT, ENRIQUE 2;
VILADOT PERICÉ, RAMÓN 2;
GOLANÓ ÁLVAREZ, PAU 3.

¹Diplomada en Podología.

²Cirujano Ortopédico. Clínica Tres Torres. Hospital San Rafael. Barcelona.

³Dpto. de Anatomía y Embriología Humana. Universidad de Barcelona.

Se comentan las características de la deformidad y su clasificación en función de la radiología. En relación al tratamiento quirúrgico, en los casos leves se propone una exostectomía asociada a un cerclaje fibroso. En los casos severos es necesario añadir a estos gestos quirúrgicos una osteotomía correctora.

Los autores proponen una osteotomía basal tipo chevron, la cual tiene como ventaja la obtención de una amplia superficie de contacto así como la posibilidad de ascender el metatarsiano.

PALABRAS CLAVE

Juanete de sastre, quintus varus, bunionette, exóstosis de taylor.

Introducción

La denominación de juanete de sastre procede del siglo XIX, por presentarse en personas que adoptaban la posición que los sastres utilizaban para trabajar, sentados en el suelo sobre sus pies, con las piernas cruzadas. Esta posición produce una hiperpresión en el borde lateral del pie y, sobre todo, en la cabeza del quinto metatarsiano (MTT) {1}. Los autores anglosajones la denominan exóstosis de taylor o bunionette.

Clínicamente el paciente refiere dolor en el borde externo del pie, en ocasiones acompañado de bursitis, y dificultad en la utilización del calzado habitual.

Definición

El quintus varus es una deformidad del antepié que consiste en la desviación del 5º metatarsiano en valgo, desviación del 5º dedo hacia dentro, una rotación más o menos mar-

cada del dedo, y una exóstosis capitometatarsiana o "juanete de sastre" {2}. La nomenclatura se confunde, ya que comúnmente diagnosticamos un juanete de sastre cuando en realidad la deformidad que presenta el paciente es un quintus varus. Por otra parte en el niño la alteración más frecuente es el 5º dedo supraductus o infraductus.

Podría considerarse, por tanto, la deformidad simétrica del hallux valgus en el borde lateral del pie; de hecho, a menudo el quintus varus se asocia al hallux valgus formando el antepié triangular {3}.

Clasificación

La predisposición a desarrollar un juanete de sastre o un quintus varus puede venir asociada, entre otros factores intrínsecos, a la morfología del 5º MTT. Si nos basamos en proyecciones radiográficas dorso-plantares en carga, podemos clasificar en tres tipos la deformidad del quintus varus(4,5) (Fig. 1).



Fig. 1. 1.- TIPO I: Un quinto metatarsiano con una cabeza metatarsiana aumentada de tamaño (cóndilo lateral prominente).
 2.- TIPO II: Un quinto metatarsiano con aumento de su curvatura lateral, se calcula trazando una línea por el borde medial de la parte proximal de la diáfisis y otra línea a lo largo del eje de la cabeza y cuello del metatarsiano).
 3.- TIPO III: Un quinto metatarsiano en posición más divergente respecto al 4º MTT. (Ángulo entre el 4º y 5º MTT $\geq 8^\circ$). Esta es la más importante, pues nos condicionará la elección del tratamiento quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico puede realizarse sobre partes blandas (tenotomía, capsulotomía...), o bien actuar sobre el 5º MTT realizando una resección de la exóstosis de la cabeza del MTT o una osteotomía de éste. (2,3)

Se han descrito numerosos tipos de osteotomías para tratar esta deformidad: en la base, diafisarias, distales, dobles osteotomías, cirugía percutánea (Isham-bunionette) (6)... etc.

Basándonos en la clasificación expuesta anteriormente, podríamos elegir el tratamiento quirúrgico más adecuado. En los casos leves (es decir, en el tipo I, o en los tipos II y III fácilmente reducibles) se podría realizar simplemente la resección de la prominencia lateral de la cabeza del metatarsiano y un cerclaje fibroso similar al utilizado en el hallux valgus.

El tratamiento es más complicado en los casos que se podrían denominar severos, es decir, cuando el 5º metatarsiano está muy curvado o el ángulo intermetatarsiano es mayor de 12° , cuando el 5º metatarsiano es poco reducible, cuando exista una sobrecarga selectiva a nivel de la cabeza del 5º MTT y en casos de recidiva. En estas ocasiones

podría optarse por la resección de la cabeza del metatarsiano, pero esta intervención creemos que solo debería realizarse de modo excepcional, en pacientes de edad avanzada y con grave deterioro articular. Se trata de una intervención poco funcional, antiestética y que en ocasiones provoca una sobrecarga a nivel de la cabeza del 4º MTT(2).

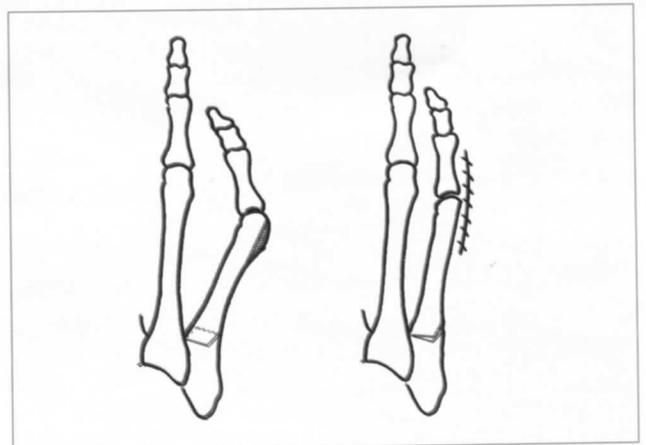


Fig. 2.

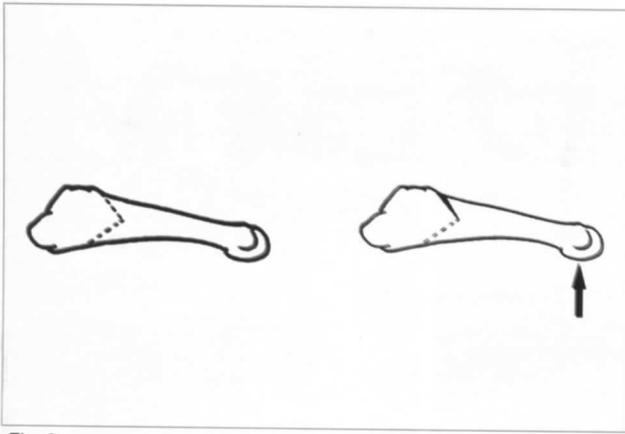


Fig. 3

Por ello, cuando la deformidad es severa preferimos realizar una osteotomía proximal del 5º metatarsiano.

Se han descrito diversas osteotomías proximales: transversales, oblicuas, con cuña de sustracción o adición, en "V",... etc(7,8).

De todas ellas, la osteotomía en V tipo chevron proporciona una amplia zona de contacto (Fig.2) y permite ascender el MTT cuando existe una hiperpresión debajo de la cabeza del 5º MTT, mediante una pequeña resección en la parte superior de la osteotomía (Fig. 3). Aunque se trata de una zona anatómica poco vascularizada, es infrecuente el retardo de consolidación(2).

No se coloca ningún tipo de osteosíntesis y se permite un apoyo precoz al paciente a los 7-10 días. El yeso se retira a las 4 semanas (Fig.4).

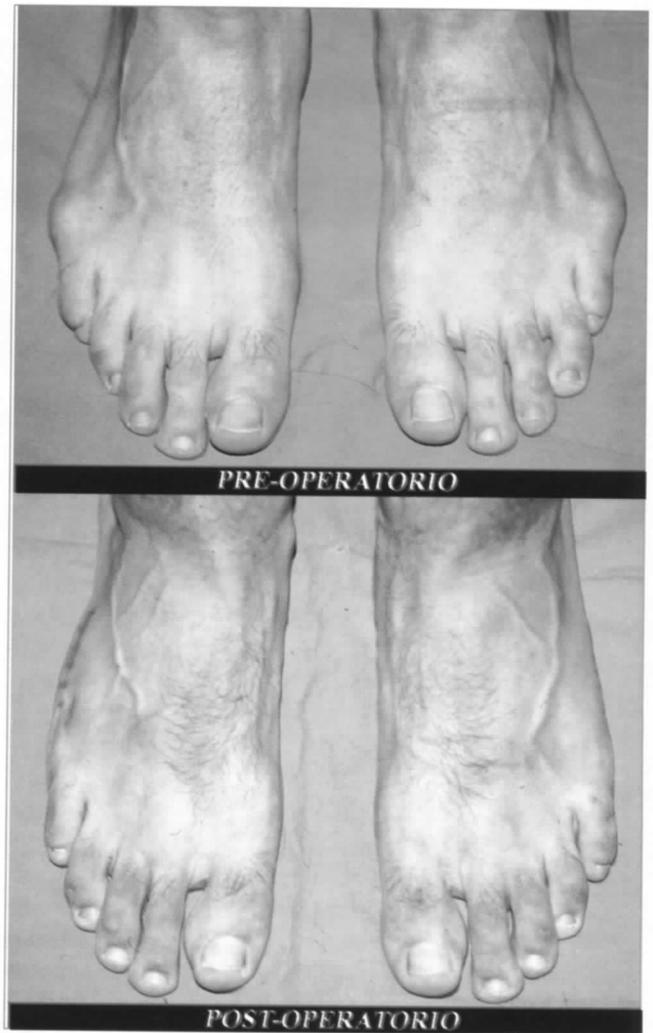


Fig. 4

Bibliografía.

- 1.-De Prado, M.; Ripoll, LP.; Golanó, P. Juanete de sastre. Capítulo 8. En: Cirugía Percutánea del Pie. Técnicas Quirúrgicas. Indicaciones. Bases Anatómicas.. Ed. Masson, S.A. Barcelona, 2.003.
- 2.-Núñez-Samper, M.; Llanos, LF.; Viladot, R. Cirugía de los dedos menores y del quinto dedo. Capítulo 11. En: Técnicas Quirúrgicas en Cirugía del Pie. Ed. Masson, S.A. Barcelona, 2003.
- 3.- Viladot, A. Malformaciones del Quinto Dedo. Capítulo XII. En: Patología del Antepié. Ed. Toray, S.A. 3ª Edición. Barcelona, 1.984.
- 4.-Coughlin MJ. The Bunionette Deformity: Etiology and Treatment. En: Gould JS. Operative Foot Surgery. Philadelphia, 1.994
- 5.- Schoenhaus H., Rotman S.; Mesón AL. A Review of Normal Intermetatarsal Angles. J Am Podiatr Med Assoc. 70:597-603. 1980.
- 6.- Isham, S. Comunicación personal.
- 7.-Diebold PF. Bunionette Deformity: Osteotomies of the Fifth Metatarsal Bone. En: Wülker N., Stephens M.; Cracchiolo III A. An atlas of foot and ankle surgery. London: Martín Dunitz. 1998.
- 8.- Kitaoka HB.; Holiday Jr AD. Metatarsal Head Resection for Bunionette: Long-term follow-up. Foot and Ankle 11: 345. 1991.