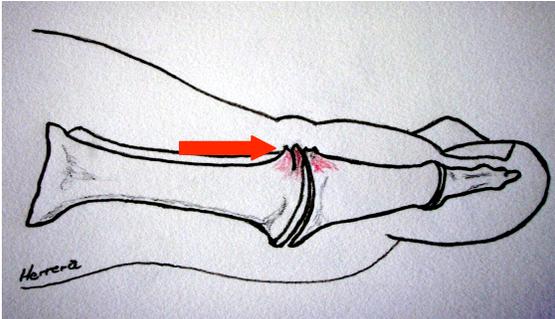


HALLUX RIGIDUS (RIGIDEZ DEL DEDO GORDO DEL PIE)



El sitio más frecuente de artritis en el pie es la base del dedo gordo del pie (Hallux). Esta articulación se conoce como metatarso – falangica. Esta articulación es importante porque debe doblarse hacia arriba cada vez que el paciente da un paso. Cuando esta articulación se vuelve rígida, puede dificultar la marcha generando dolor.

En la articulación metatarso – falangica, al igual que en todas las demás articulaciones del cuerpo, los extremos de los huesos están cubiertos por cartílago articular. Cuando por sobreuso o lesión se pierde dicho recubrimiento articular, los extremos óseos entran en contacto entre sí desarrollándose un sobrecrecimiento óseo periférico en la parte superior de la articulación, al cual se conoce con el nombre de osteofito marginal. El osteofito marginal, evita que la articulación se doble hacia arriba, como normalmente debería ocurrir durante la marcha. El trastorno resultante se conoce como Hallux Rigidus (rigidez del dedo gordo del pie).

El Hallux Rigidus se desarrolla en los adultos entre 30 y 60 años. No se sabe porque aparece en unas personas y en otras no. Al parecer puede deberse al sobreuso por calzado (Tacones altos), traumas repetitivos en el Hallux (Patear un balón de Fútbol), o a diferencias en la anatomía del pie que sobrecargan la articulación metatarso – falangica

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor en la articulación durante la actividad, especialmente cuando se realiza el despegue en la marcha.
- Edema o hinchazón alrededor de la articulación.
- Una elevación, como un callo, que se desarrolla en la parte superior de la articulación.
- Rigidez en el dedo gordo del pie con imposibilidad para doblarlo hacia arriba o hacia abajo.

DIAGNOSTICANDO EL PROBLEMA

El hallux rigidus es fácil de tratar cuando la enfermedad es diagnosticada tempranamente. Si se espera a que aparezcan los osteofitos en la parte superior de la articulación, la enfermedad puede ser más difícil de tratar.

El médico examinará su articulación metatarso – falangica evaluando el grado de movilidad que esta tiene sin dolor. De acuerdo con los hallazgos del examen físico, se pueden tomar radiografías del pie, en las cuales se harán evidentes los osteofitos y el grado de degeneración de la articulación.

En general existen cuatro momentos de la enfermedad en los que puede estar usted ubicado:

- Grado I: no hay síntomas de dolor, únicamente hay disminución de la movilidad articular y un leve edema (hinchazón) alrededor de la articulación. Generalmente el paciente tiene la impresión de estar comenzando un Juanete (Hallux Valgus). Esta etapa puede durar hasta 5 años.
- Grado II: Hay síntomas permanentes de dolor, hay disminución de la movilidad articular y edema (hinchazón) alrededor de la articulación. Esta etapa se caracteriza por la ausencia del osteofito en la parte superior de la articulación metatarso – falangica y esta limitada a dos años de duración.

- Grado III: El dolor se vuelve muy esporádico, sin embargo cuando aparece lo hace con una mayor intensidad y por periodos breves (menos de 1 semana). Esta etapa se caracteriza por la aparición de osteofitos en la parte superior de la articulación metatarso – falangica, y puede durar hasta 20 años.
- Grado IV: El dolor reaparece de forma permanente y con una intensidad lo suficientemente alta para limitar la marcha de una manera constante. Esta etapa se caracteriza por una degeneración total y completa de la articulación, que puede deformarse y permanecer rígida en una sola posición. En este punto, se ha instaurado una artrosis de la articulación metatarso - falangica del hallux.

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Tratamiento conservador (no operatorio)

El tratamiento conservador se recomienda para los grados I, II y III y consiste en la utilización de medicamentos para el dolor, medios térmicos para manejo de la inflamación y modificaciones del calzado para reducir la carga mecánica en la articulación metatarso – falangica. Los medicamentos para el dolor que generalmente se utilizan con mayor frecuencia son los anti-inflamatorios no esteroideos (comúnmente llamados por los médicos como AINEs), a este grupo pertenecen el Acetaminofem, Ibuprofeno, Diclofenac, Lumiracoxib, etc. Su medico debe haberle preguntado por sus antecedentes ya que este tipo de medicamentos tienen interacciones con los medicamentos anti-hipertensivos (para tensión arterial elevada), e hipolipemiantes (medicamentos que controlan los niveles altos de Colesterol). En caso de existir alguna de estas enfermedades su medico optara por formularle un analgésico del tipo opioide, entre los que se encuentra el tramal y la codeína. Los opioides pueden producir hipotensión, mareo y nausea, ante cualquiera de estos eventos le será formulado otro medicamento para disminuir estos síntomas. Cualquiera de estos grupos de medicamentos, le disminuirán el dolor y

mejoraran los síntomas por un corto periodo de tiempo pero no son suficientes para evitar la progresión de la enfermedad.

Utilizar calzado con caja para los dedos ancha y alta (parte anterior y superior del zapato) reduce la presión sobre el dedo gordo, al igual que suspender la utilización de tacones altos. Se pueden utilizar modificaciones en el calzado que incluyen una suela rígida, con un diseño en mecedora de la parte inferior y posiblemente la utilización de una varilla rígida dentro de la suela. Este tipo de zapato soporta al pie durante la marcha y reduce la necesidad de doblar hacia arriba el dedo gordo del pie, disminuyendo la actividad de la articulación, el dolor y en general todos los síntomas.

Los medios térmicos para manejo de la inflamación incluyen baños alternantes de calor y frío. Usted necesitara dos cubetas, una con agua tan caliente como la pueda tolerar, y otra con agua tan fría como la pueda tolerar. Debe colocar el pie en la agua fría por 30 segundos e inmediatamente cambiarlo al agua caliente por 30 segundos. Continúe alternando el calor y frío hasta completar 5 minutos terminando con el agua fría. Se pueden hacer estos baños hasta tres veces al día. Se debe tener cuidado en los pacientes que tienen disminuida la sensibilidad en la piel del pie a la temperatura por enfermedades como la diabetes o insuficiencias vasculares. En este grupo se recomienda evaluar la temperatura de las cubetas con la mano o por otra persona antes de introducir el pie para evitar quemaduras.

Opciones quirúrgicas

Queilectomia:

Esta cirugía se recomienda en el grado III de la enfermedad, y consiste en realizar de forma artroscópica mediante dos incisiones de 3 mm cada una, la resección del osteofito y de la cuarta parte superior de la articulación metatarso – falangica aumentando de esta forma el espacio para que el dedo pueda doblar hacia arriba. El paciente debe utilizar un zapato postoperatorio por al menos dos semanas y la inflamación en la articulación post-operatoria puede durar hasta seis meses

después de la cirugía. La mayoría de los pacientes refieren una mejoría notable de la sintomatología por un largo tiempo. Sin embargo, aun no esta claro si la cirugía detiene la progresión de la enfermedad.

Artrodesis:

Esta cirugía solo se realiza en pacientes en el grado IV de la enfermedad y consiste en fusionar los dos huesos de la articulación metatarso – falangica. Se realiza la resección quirúrgica de los extremos de los huesos y se fusionan el metatarsiano y la falange del hallux. Existen diferentes formas de fijar ambos huesos: con clavos, con tornillos, y con placas. En cada caso en particular se define cual es el mejor método de fijación. Este tipo de cirugía significa que el paciente no podrá volver a doblar hacia arriba o hacia abajo su dedo gordo del pie. Sin embargo, esta es la mejor forma de quitar el dolor en estos casos severos.

Durante las primeras seis semanas después de la cirugía, el paciente deberá utilizar un yeso desde la pierna, y después de retirado el yeso deberá utilizar muletas por seis semanas mas. Después de la cirugía el

paciente no podrá utilizar nunca mas tacones altos y es posible que necesite utilizar un calzado ortopédico con suela rígida, diseño en mecedora de la parte inferior y posiblemente una varilla rígida dentro de la suela.

Artroplastia:

Los pacientes mayores con mínimas demandas funcionales (mínima actividad) son candidatos a que se les realice este tipo de cirugía. Las superficies articulares se remueven y se implanta una prótesis articular. Este procedimiento quita el dolor y preserva la movilidad de la articulación, pero su duración como solución es muy corta si hay una actividad física normal o alta en el paciente.

Recuerde siempre que su Ortopedista es un Doctor en Medicina con un extensivo entrenamiento en el diagnostico y tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de las enfermedades del sistema músculo esquelético, que incluye huesos, articulaciones, ligamentos, tendones, músculos y nervios.

Juan Manuel Herrera MD.
Ortopedia y Traumatología
Cirugía de Pie y Tobillo
juanmherrera@cable.net.co