

CIRURGIA DE L'AVANTPEU EN L'ARTRITIS REUMATOIDE

PROBLEMES ESPECÍFICS DEL PRIMER RADÍ.*

J.J. ZWART MILEGO.

I—GENERALITATS:

És corrent que, en parlar dels problemes consecutius de l'Artritis Reumatoide de l'avantpeu als llibres de Cirurgia Ortopèdica, es faci esment de forma gairebé total a les luxacions de les articulacions falàngiques del metatars, amb exclusió del primer radi, que no segueix aquesta desviació, sinó que la seva luxació té lloc cap al cantó intern, en un hal-lus valgus més o menys important comunament, però acompanyat d'altres manifestacions del peu reumàtic. Les deformitats d'aquests peus són polimorfes i en si mateixes són les que poden aparèixer en un peu no poliartrític; únicament que aquí són més accentuades, més rígides, més extenses i més incapacitants.

Estudiant estadístiques de Reumatologia sobre la prioritat d'afectació articular, segons DE SÈZE el peu ocupa el tercer lloc (primer les mans i els genolls).

Les articulacions del peu estan afectades segons:

	Focus inicial	Període d'estat
DE SEZE (1980)	22-26 %	90 %
RESNICK I		
NIWAYAMA (1981)	10-20 %	80-90 %
KELLEY (1981)	17-20 %	90 %

Dins les articulacions del peu l'alteració per ordre de freqüència decreixent és:

DELLEY (1981)	RESNICK I NIWAYAMA (1981)
1- luxació metfal.	1- luxació metfal.
2- dits en martell.	2- HAL-LUS VALGUS.
3- HAL-LUS VALGUS.	3- Desviació ext. dits.

En una revisió de SIMON, CLAUSTRE i ALLIEU sobre 100 casos d'artritis reumatoide, 23 casos van començar amb afecció aïllada del peu.

En el present estudi s'intenta donar una visió global dels problemes inherents a l'artritis reumatoide del primer radi del peu, deixant una via oberta per a la investigació, ja que a la bibliografia és un tema no esmentat específicament i interessaria fer un estudi dels tractaments quirúrgics efectuats amb repercussió a llarg termini. No és la nostra intenció estudiar l'hal-lus valgus com a problema estàtic ni el tractament d'aquest, puix que això seria motiu d'un altre tema que no coincidiria amb els objectius d'aquest treball.

En pensar en un tractament quirúrgic de l'hal-lus valgus hom ha de fer el plantejament del següent diagnòstic diferencial:

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL DE L'HAL-LUS VALGUS CAUSAT PER:

ARTITIS REUMATOIDE

Flogosi articular per sinovitis proliferativa.
Simetria lesions 1.º radi
Simetria lesions a altres articulacions (especialment a les mans).
Desviacions axials i contractura.
En més petit grau.

PROBLEMES ESTÀTICS

No (o localitzades a bursitis).
Poden existir.
NO.

En més petit grau.

Predominen les exòstosis
1.º Mtt. i l'higroma.
NO.

Possibilitat serologia reumàtica positiva.

R 1.º Zona de rarefacció.
A Osteoporosi espifisària.

D 2.º Píngament interlínia.
I 3.º Erosions, geodes i destruccions articulars (osteolisi).

O
L
O
G
I
A

NO

Esclerosi.

Menys freqüent.
NO

Presència d'osteofits.

FORMES MIXTES

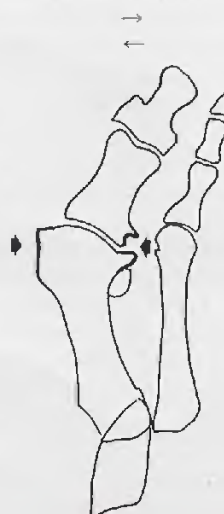


Fig. 1. Hal-lus valgus en l'artritis reumatoide.

* Sesió de la Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, del 24 de febrer de 1983. Sobre Cirurgia de l'avantpeu en l'artritis reumatoide.



Fig. 2. Hal·lus valgus estàtic.



Fig. 3. Hal·lus valgus en l'artritis reumatoide.



Fig. 4. Hal·lus valgus estàtic.

Les lesions dels caps dels metatarsians tenen un gran valor diagnòstic en l'artritis reumatoide quan afecten el cinquè metatarsià.

El primer dit, en ocasions, pot tenir un aspecte pseudogotós, els primers canvis tenen lloc a les parts toves càpsulo-ligamentoses, tot seguit d'erosions laterals al cap del metatarsià i alguns cops de la falange, i que, degut a la retracció i la rotació que pateix el dit a l'hal·lus valgus, algunes vegades són difícils de veure a les radiografies en posició antero-posterior.

Quant a la patogènia de l'hal·lus valgus a l'artritis reumatoide, ve donada per la relaxació que pateix la càpsula i els lligaments colaterals de l'articulació falàngica del metatars, que fa que el cap del metatarsià tingui tendència a ésser expulsat pel cantó intern com a conseqüència de la pressió que exerceixen els potents músculs del primer dit, els quals s'insereixen a la base de la primera falange i als ossos sesamoides. El cap del metatarsià resta lliure i és insuficient una relaxació capsular o un augment al valgus del primer dit perquè aquest cap rellisqui com ho faria un cos esfèric d'entre els dits prèviament greixats. (Figura 5).

ACCIÓ DELS MÚSCULS QUE S'INSEREIXEN EN EL PRIMER DIT DEL PEU. PREDOMINI DE L'ACCIÓ ADDUCTORA.

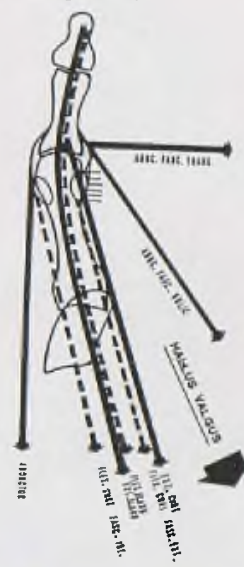


Fig. 5. Acció dels músculs que s'insereixen en el dit del peu.

L'articulació primera falàngica del metatars és la segona en importància funcional del peu; la primera és la tibio-peroneoastragalina. En la deambulació, una gran part del pes corporal hi recau.

II-TRACTAMENT:

Hem realitzat un estudi sobre 95 persones intervin-gudes d'hal·lus valgus, amb un total del 181 peus; en aquest grup només estaven afectades d'artropaties inflamatòries cròniques 8 persones, cosa que representa un 8,4 per cent. CLEVELAND i WINANT troben, en 113 malalts operats d'hal·lus valgus, que solament 4 tenien poliartri-tis inflammatòries (3,5 %). Per VILADOT són pocs els casos en els quals l'artritis reumatoide hagi estat l'etiologia. Per LELIÈVRE, dels molts processos inflamatoris que po-den afectar a l'articulació, gairebé sempre es tracta d'una artritis reumatoide. ESTEBAN MÚJICA, en un estudi de 75 persones amb hal·lus valgus importants, en troba 5

amb artritis reumatoide (6,7 %), i d'aquests solament en un cas es podria assegurar que havia estat primitiu.

El tractament a efectuar no varia del que cabria realitzar en un hal-lus valgus de tipus estàtic; ara bé, els resultats a l'artritis reumatoide són inferiors des del punt de vista de la restauració de l'eix correcte del dit, ja que la desviació primitiva és molt accentuada i hi ha una gran retracció de parts toves. D'altra banda, també hi ha dificultats en la creació d'una neoarticulació eficaç, perquè els ossos són molt tous, les corticals aprimades i és freqüent que, després de la intervenció, es produeixin resorcions òssies, calcificacions periarticulars o canvis cístics a l'interior de l'os (CLEVELAND i WINANT).

Als casos d'artritis reumatoide emprem la intervenció clàssica de Keller-Brandes, resecant únicament la



Fig. 6. Tracció elàstica.



Fig. 7. Tracció elàstica.

meitat de la falange, ja que els dos terços, que es allò que hom recomana, poden crear un dit «ballant». Després, hom exerceix una tracció contínua travessant l'ungla i el tou del dit amb un punt d'acer i una goma, deixant-ho de dotze a quinze dies. Té dos fins, un mantenir la correcció de l'eix i l'altre crear una fibrosi intermèdia entre metatarsià i falange que eviti el seu contacte. Ho hem après de S. PALAZZI i també en són partidaris CAÑADELL i B. THOMAS. (Figures 6 i 7).

En alguns casos s'ha de realitzar la intervenció de HUETER-MAYO, consistent en la resecció parcial o total del cap del primer metatarsià. És una intervenció anti-natòmica que treu un important punt de suport; alguns cops, però, és necessària degut a la destrucció del metatarsià. No s'han de realitzar intervencions sobre la diàfisi per a corregir el varus, les osteotomies requereixen immobilitzacions perllongades i poden donar com a resultat una síndrome d'insuficiència del primer metatarsià.

Finalment, no s'han d'operar els peus en els brots inflamatoris.

S'ha d'afegir que els malalts queden generalment contents amb els resultats, que els supprimeixen les molèsties que tenien.

BIBLIOGRAFIA

1. BRIAN THOMAS, F. Keller's Arthroplasty Modified. *J. Bone Joint Surg.* 44-B. 2. 356-365. 1962.
2. BUETAS, E. Secuelas de algunos tratamientos quirúrgicos del hallus valgus. V Jornadas de la SEGOT. R. Ort. Traum. Vol. IV. 271-277. 1980.
3. CAÑADELL, J. Tratamiento del hallus valgus. V Jornadas de la SEGOT. *Rev. Ort. Traum.* Vol. IV. 234-244. 1960.
4. CASTILLO OJUGAS, A. Formas iniciales de la poliartritis crónica progresiva. *Rev. Esp. de Reumatismo y Enf. Osteoarticulares.* III Jornadas Reumatológicas Españolas. Bilbao 1962.
5. CLEVELAND, M. y WINANT, E.M. An End-Result Study of the Keller Operation. *J. Bone Joint Surg.* 32-A. 163-175. 1950.
6. DELAGOUTTE, J.P. Les endoprothèses dans la chirurgie du pied rhumatoïde. *Rev. du Rhumatisme.* 47-2. 135-137. 1980.
7. DE SEZE, S., RYCKEWAERT, A. El diagnóstico en Reumatología. Ed. Toray-Masson. Barcelona 1980.
8. ESTEBAN MÚJICA, B. Etiopatogenia del Hallus valgus. V Jornadas SEGOT. *Rev. Ort. Traum.* Vol. IV. 211-227. 1960.
9. FORRESTER, D.M., BROWN, J.C., NESSON, J.W. Diagnóstico Radiológico de las enfermedades articulares. Ed. Panamericana. Buenos Aires 1982.
10. KELLEY et al. Textbook of Rheumatology. Ed. Saunders. Filadèlfia 1981.
11. LELIEVRE, J., LELIEVRE, J.F. Patología del pie. 4.ª edició. Ed. Toray-Masson. Barcelona 1982.
12. MURRAY, R.O., JACOBSON, H.G. The Radiology of Skeletal Disorders. Ed. Livingstone. 2.ª edició. Edimburgh 1977.
13. RESNICK, D., NIWAYAMA, G. Diagnosis of Bone and Joint Disorders. Ed. Saunders. Vol. 2.ª. Filadèlfia 1981.
14. SIMON, L., CLAUSTRE, J., ALLIEU, Y. Le pied rhumatoïde. Genèse des deformations. *Rev. du Rhumatisme.* 47-2. 117-122. 1980.
15. VILADOT, A. Anatomía del hallus valgus. V Jornadas SEGOT. *Rev. Ort. Traum.* Vol. IV. 245-254. 1960.
16. VILADOT, A. Patología del antepié. Ed. Toray. Barcelona 1974.
17. VOUTEY, H., STRAUSS, J., MAGNET, J.L. Resultats dans la chirurgie de l'avantpied rhumatoïde. *Rev. du Rhumatisme.* 47-12. 123-125. 1980.

Ann. Med. (Barc.), 1984, 70: 112-114.