

NO TODO EN EL PIE ES HALLUX VALGUS: BRAQUIMETATARSIA

Paulete García A, Cienfuegos López A (Hospital Universitario del Sureste- Madrid))

INTRODUCCIÓN

La cabeza de los metatarsianos se alinean en condiciones normales formando una parábola, permitiendo que la distancia entre ellas y con respecto al suelo se mantenga constante durante la carga. La braquimetatarsia produce un acortamiento del metatarsiano >5mm, lo que provoca una elongación del ligamento transvers intermetatarsiano alterando el apoyo y creando una hiperpresión del antepie. La braquimetatarsia se asocia con frecuencia a otras alteraciones óseas y sistémicas, por lo que requiere de un estudio multidisciplinar.

OBJETIVOS

Detectar la braquimetatarsia como fuente de dolor y conocer opciones terapéuticas para alcanzar el alargamiento deseado, mediante injerto estructural o callostaxis asociando distracción con fijador externo(FE); apoyándonos en literatura existente y compromiso del paciente

MATERIAL Y MÉTODOS

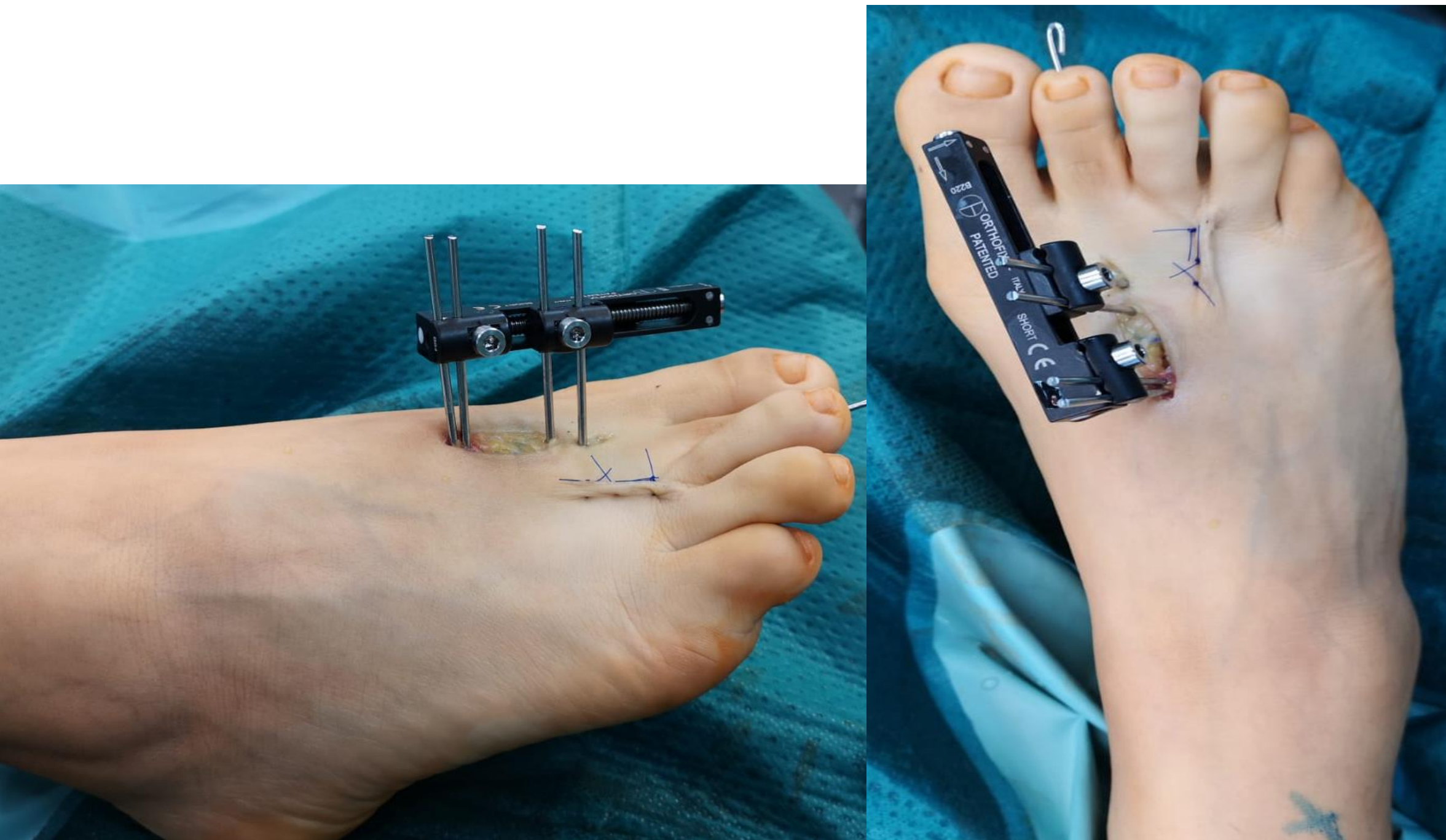
Mujer de 35 años que acude por dolor crónico y parestesias 3º-4º dedo pie derecho sin mejoría a pesar de plantillas retrocapitulares y analgésicos. Como antecedentes, fractura 2ºMTT pie derecho en infancia, tratado con yeso suropédico.

A exploración objetivamos acortamiento 2º dedo, hendidura plantar en eje 2º radio, dolor sobre cabeza 3º MTT y 3º espacio interdigital, bunion doloroso y signo Mudler +. La radiografía en carga evidencia acortamiento 1,8cm 2º MTT, AHV 27º, AIM 12º y PASA 20º. Se añade RMN identificando Neuroma de Morton en 3º espacio interdigital, bursitis 1º-4º MTCF, sin edema óseo. Establecido el diagnóstico de Braquimetatarsia 2ºMTT pie derecho se plantean dos opciones terapéuticas: alargamiento mediante callostaxis con FE o alargamiento con injerto interpuesto. Dado el acortamiento > 1,5cm, optamos por alargamiento FE.

Realizamos primero una incisión centrada 3º espacio interdigital para exéresis de neuroma de Morton y envío a AP. Bajo escopia colocamos 1 pin (1,6mm) distal en unión metafisodiáfisaria 2º MTT perpendicular al eje. Se prepara mini-rail (MBA®) teniendo en cuenta el alargamiento final deseado. Tras superponer el FE colocamos el primer pin proximal cerca de la base metatarsiano. Posteriormente, colocamos 2º pin distal y proximal. Mediante mini-abordaje sobre 2º MTT y escopia, realizamos osteotomía con sierra. Finalmente, colocamos AK (1,2mm) desde la FD atravesando la IF hasta la cabeza del 2º MTT evitando la luxación MTCF durante alargamiento.

RESULTADOS

Desde 1º postoperatorio realiza carga precoz con zapato de tacón invertido y muletas. 1ª semana mantenemos fijador sin iniciar alargamiento, comenzándolo 8º día PO dando media vuelta/día (0,5mm) sentido antihorario (desde visión paciente) durante 1 semana y 1 vuelta/día la siguiente. A las 3 semanas observamos 0,7cm alargamiento radiográfico y buen aspecto de heridas, manteniéndose misma pauta. 4ª semana acude a Urgencias por dolor, rechazo del apoyo e inflamación del pie, con alargamiento radiográfico de 1,1cm. Iniciamos tratamiento antibiótico, amoxicilina-clavulánico, 10 días por intolerancia a pines. Tras 5 semanas, alargamiento alcanzado 1,7cm; modificando la pauta de la última semana dando 1 vuelta durante 3 días y media vuelta días restante. Alcanzamos así, longitud 2,1cm a 6 semanas postoperatorias, retirando AK 2º dedo, pero manteniendo FE hasta osificación del callo fractuario. A 14 semanas postoperatorias se confirma consolidación del callo blando, retirando FE.



CONCLUSIONES

La braquimetatarsia aparece en un 0,02-0,5%, siendo más frecuente en mujeres, 4º MTT y bilateral en 72% casos. Se define como acortamiento de 5mm respecto a parábola metatarsal, y su origen puede ser congénito, postraumático o iatrogénico; aparecer aislada o como parte de síndromes. El alargamiento por callostaxis o injerto estructural en un tiempo, son las opciones de tratamiento más frecuentes, recomendándose alargamiento con FE en acortamientos >1,5cm.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lamm B.M, Lamm T. B. Brachymetatarsia: A Classification for Surgical Treatment. J Foot Ankle Surg. 2023 Jan-Feb;62(1):132-149. doi: 10.1053/j.jfas.2022.06.002. Epub 2022 Jun 11.
2. Zhu D, Lefèvre M, Fernandez A, Galois L. Brachymetatarsia: Surgical Management, Case Report, and Literature Review. Case Rep Orthop. 2022 Mar 10;2022:8253096. doi: 10.1155/2022/8253096. eCollection 2022.
3. Barik S, Farr S. Brachymetacarpia and brachymetatarsia: do we need to operate? EFORT Open Rev. 2021 Jan 4;6(1):15-23. doi: 10.1302/2058-5241.6.200087.
4. Guizar-Cuevas S, Mora-Ríos F.G, Mejía-Rohenes L.C, López-Marmolejo A, Cortés-Gómez J. Elongation with callostaxis for congenital brachymetatarsia. Acta Ortop Mex. 2010 Nov-Dec;24(6):395-9.