

## Técnica de Lelievre y Vidalot en el tratamiento del *hallux valgus* bilateral

### Lelievre-Vidalot technique in the treatment of bilateral hallux valgus

**MsC. Martín Rodríguez Barrios,<sup>1</sup> MsC. William Jerez Feliciano,<sup>2</sup> MsC. Feliberto Blanco Trujillo,<sup>1</sup> Dr. Osmanis Moncada Joseph<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Máster en Urgencia Médicas. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Máster en Urgencia Médicas. Investigador Agregado. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

## RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente con *hallux valgus* bilateral, tratada con la técnica de Lelievre y Vidalot, quien tuvo una favorable evolución posoperatoria, por lo cual se recomienda el uso de dicha técnica como una alternativa terapéutica viable en situaciones similares.

**Palabras clave:** técnica de Lelievre y Vidalot, *hallux valgus*, tratamiento quirúrgico, osteotomía, atención secundaria de salud

## ABSTRACT

The clinical case of a patient with bilateral hallux valgus treated with the Lelievre and Vidalot technique was described, who had a favorable postoperative course, therefore it is recommended to use this technique as a viable therapeutic alternative in similar situations.

**Key words:** Lelievre and Vidalot technique, hallux valgus, surgical treatment, osteotomy, secondary health care

## INTRODUCCIÓN

El *hallux valgus* es la desviación lateral del *hallux* y se acompaña de complejas alteraciones que incluyen la aparición del bunio, desviación en varo del primer metatarsiano, pronación del *hallux*, subluxación de los sesamoideos y de la articulación metatarsofalángica.<sup>1</sup> Es una entidad clínica que no solo afecta al paciente desde el punto de vista estético, sino también por los síntomas que ocasiona (dolor, claudicación durante la marcha prolongada, entre otras), y puede provocar, además, la deformación en martillo del segundo dedo del pie.<sup>2,3</sup>

Muchas veces el ángulo entre el primer y el segundo metatarsiano es superior a los 8 ó 9 grados, considerado como límite normal superior; el ángulo en valgo, que describe la primera articulación metatarsofalángica, es superior a los 15 ó 20 grados (límite normal superior). Si el ángulo en valgo de la primera articulación metatarsofalángica excede de 30 – 35 grados es frecuente observar la pronación del dedo gordo.<sup>4,5</sup>

Dado que esta es una enfermedad progresiva, el tratamiento conservador tiene pobres resultados, ya que existe una luxación de elementos propios de la articulación que son fijados por los tendones que están en una posición anormal.<sup>5,6</sup>

Se trata de una deformidad de origen multifactorial, aunque en la mayoría de los casos existe como denominador común un déficit patomecánico de base, es decir, la forma en que el pie funciona durante la marcha es anómala y favorece que los diferentes segmentos óseos se vayan deformando como consecuencia de la carga y la función mecánica a la que está expuesto. La deformidad afecta mayoritariamente al género femenino y entre los factores que favorecen su aparición se encuentran: uso de calzado poco adecuado, aumento de laxitud articular de las mujeres de forma general y durante determinadas etapas de la vida (embarazo, menopausia) pie plano valgo, metatarso varo, longitud del primer metatarsiano, *hallux valgus* congénito, variaciones anatómicas de los músculos y del primer metatarsiano, amputación del segundo dedo y la resección de la cabeza del segundo metatarsiano.

Las técnicas quirúrgicas para el tratamiento del *hallux valgus* son numerosas, en general se pueden dividir en 4 grupos: las que actúan en parte blandas, sobre partes óseas, mixtas y artroplastias totales.<sup>7,8</sup>

Según los resultados obtenidos con la aplicación de estas técnicas, pocas corrigen en buena medida el metatarso primo varo, lo cual condiciona la recidiva de esta entidad clínica. Por tal motivo se buscaron diferentes alternativas de tratamiento como la técnica de Lelievre- Vidalot, asociada a la osteotomía parcial de la falange proximal del primer artejo, que no requiere de ningún tipo de fijación y permite al paciente caminar, con el talón y la parte lateral del pie, desde el primer día de la operación.<sup>8,9</sup>

## CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una paciente atendida el Servicio de Ortopedia del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba por presentar *hallux valgus* sintomático bilateral (**figuras 1A y 1B**), la cual fue operada con la técnica de Lelievre y Vidalot y se le realizó, además, osteotomía de la falange proximal del primer artejo. El seguimiento se llevó a cabo, en el primer año, a las 2, 4, 8 y 12 semanas y cada 3 meses en el segundo.



Figura 1. *Período preoperatorio. A) Pie con hallux valgus bilateral B) Ángulos intermetatarsiano y metatarsofalángico, de 14 y 23 grados, respectivamente*

### Técnica quirúrgica

Se realizó una incisión medial, de 5 a 6 cm, en la superficie medial de la falange proximal y del primer metatarsiano, que se extendía desde la mitad de la falange proximal hasta la articulación cuneo- metatarsal. Se efectuó capsulotomía, identificación de la articulación metatarsofalángica, resección de la metáfisis de la primera falange, resección de bunio, liberación de los sesamoideos, fijación de estos al tendón del flexor (punto de Vidalot) y reparación capsular. Finalmente se suturó la piel, por planos, y se colocó vendaje elástico (**figuras 2A-D**).



Figura 2A-D. *Técnica de Lelievre y Vidalot combinada con osteotomía (durante la operación)*

## Resultados clínicos y radiográficos

La paciente no presentó dolor, tuvo buena movilización de la articulación metatarsofalángica, sin metatarsalgia y no refirió molestias al usar el calzado.

El ángulo metatarsofalángico, que era de 23 grados, disminuyó a 6 después de la operación y el intermetatarsiano se redujo de 14 a 4 grados, valores considerados como normales. Se observó el hueso sesamoideo en posición normal y buen grado de satisfacción de la paciente (**figuras 3A y B**).



Figura 3A. Evolución clínica satisfactoria (pie derecho) a los 24 meses  
B) Ángulos intermetatarsiano y metatarsofalángico, de 4 y 6 grados, respectivamente

## COMENTARIOS

La paciente tuvo una favorable evolución posoperatoria, evaluada de excelente a buena, por lo cual se considera que la técnica de Lelievre y Vidalot puede ser llevada a cabo por tratarse de un procedimiento técnicamente sencillo, si se tiene en cuenta que: es útil cuando se cuenta con las indicaciones precisas, puede ser combinada con otras técnicas, según las deformidades presentes, brinda al paciente una eficiente corrección de todas las alteraciones del *hallux valgus*, una rápida incorporación a las actividades laborales, y a medio plazo, a las deportivas y requiere de escasos recursos.<sup>4</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda el uso de este proceder como una alternativa terapéutica viable en situaciones similares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Hallux valgus* o juanetes  
<<http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/halluxValgus.asp>> [consulta: 22 diciembre 2009].
2. Rodríguez Rodríguez S, Andaluz HT, Casas LM. Evaluación del tratamiento del *hallux valgus* con técnica de Lelievre-Viladot y osteotomía de Trethowan. Rev Mex Ortop Traum 1996; 10(4):195-9  
<[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=2](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=2)>

[4315&id\\_seccion=379&id\\_ejemplar=2498&id\\_revista=32](#)> [consulta: 22 diciembre 2009].

3. Torkki M, Malmivaara A, Seitsalo S. Surgery was more effective for *hallux valgus* at 12 months than an orthosis or watchful waiting: surgery vs orthosis vs watchful waiting for *hallux valgus*: a randomized controlled trial. JAMA 2001; 16 (285):2474-80.
4. Fleites Lafont LM, Marrero Riverón LO, Lara Valdivia JE, Fortún Planes P, Martínez González M, Jiménez Hernández M, Prado García OE. Tratamiento quirúrgico del *hallux valgus* por la técnica de Lelievre modificada <[http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol23\\_1\\_09/ort04109.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol23_1_09/ort04109.htm)> [consulta: 22 diciembre 2009].
5. Helal B. Surgery for adolescent *hallux valgus*. Clin Orthop 1981; 157:78-81.
6. Patología del pie en el adulto. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología <<http://www.pulso.com/secot/22.htm>> [consulta:22 diciembre 2009].
7. Johnson KA. Pie y tobillo. Madrid: Marbán, 1998:243.
8. Dereymaker G. Scarf osteotomy for correction of *hallux valgus*. Surgical technique and results as compared to distal chevron osteotomy. Foot and Ankle Clin 2000; 5(3):513-24.
9. Barouk LS. Scarf osteotomy for *hallux valgus* correction. Local anatomy, surgical technique, and combination with other forefoot procedures. Foot Ankle Clin 2000; 5(3):525-58.

Recibido: 22 de enero de 2010

Aprobado: 3 de marzo de 2010

**MsC. Martín Rodríguez Barrios.** Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Avenida Cebreco s/n, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba.  
Dirección electrónica: martinrb2006@yahoo.es