

HALLUX RIGIDUS INFANTIL

Por el Dr. EUGENIO DIAZ BORDEU

Hospital Roberto del Río. Servicio del Prof. Arnulfo Johow.

Se denomina Hallux Rigidus, el cuadro caracterizado por la limitación grave o abolición de la flexión dorsal del orjejo mayor. Aunque puede ser originado por causas diversas, produce siempre como consecuencias, una marcada incapacidad del pie.

Sabemos que para una correcta deambulación, es necesario que el orjejo mayor sea capaz de hacer una flexión dorsal de más o menos 45° . Por otra parte, es conocido el hecho que, cuando al examinar un pie se constata limitación de la dorsiflexión del orjejo, ésta siempre coexiste con molestias clínicas notables. Estas son las bases para poder determinar clínicamente a cuanto debe ascender la movilidad normal mínima de esta articulación.

Originan este cuadro en el adulto, causas tanto esqueléticas, musculares o articulares y entre las más frecuentes figuran los traumatismos con alteración de las superficies articulares, las artritis crónicas y los hallux valgus inveterados. De la presencia de esta afección en el niño, sólo existen algunos trabajos de Hohmann y su escuela que señalan su existencia.

Nosotros deseáramos insistir sobre la importancia y frecuencia de la enfermedad, ya que la hemos encontrado en nuestro medio, en proporción de 1 a 15 con el pie plano y creemos que merece ser considerada siempre, al plantear el diagnóstico diferencial, frente a un pie doloroso.

Forman nuestro material clínico, 12 casos de Hallux rigidus, todos menores de 15 años. En algunos, la lesión era bi-

lateral, pero en todos éstos era más marcada a un lado que al otro. Nada especial podríamos decir sobre el sexo o el lado comprometido.

En los más pequeños, de 6 a 7 años, en que se constató la afección, la sola sintomatología subjetiva fué el cansancio al andar, variable de intensidad y dolor referido a la planta de los pies. En



FIG. 1.

los niños mayores se pudo apreciar la formación de una callosidad en el borde interno de la falangeta del orjejo mayor, en su cara plantar. Al tratar de obtener la dorsiflexión del orjejo, en forma forzada, se pudo apreciar claramente la cuerda que formaba el flexor corto del orjejo mayor, tensa, visible y dolorosa (Fig. 1). La limitación del movimiento fluctuó entre 5 y 20° sobre la horizontal.

La deambulación se hacía con las extremidades en rotación externa. Al soli-

citar al enfermo que se colocara en puntas de pie, algunos declaraban de inmediato que les era imposible hacerlo. Los menores, al ensayarlo, buscaban rápidamente el apoyo de los talones, quejándose de molestias en las plantas.

Algunos manifestaron que les era casi imposible subir cerros y que al hacerlo, las molestias eran considerables.

Esta afección no se la encontró asociada a otros defectos de los pies. La exploración radiográfica fué negativa, no pudiendo demostrarse alteración del esqueleto, especialmente en la cabeza del primer metatarsiano, su cara articular o base de la falangeta.

Es interesante hacer notar que algunos de estos enfermos, en los cuales la afección fué confundida con un pie plano, recibieron la indicación de usar plantillas. Los resultados no se hicieron esperar, ninguno pudo usarlas, pues sus dolores aumentaron en tal forma, que algunos ni siquiera pudieron ponerse en pie.

El examen del calzado demostró a veces un desgaste en su parte anterior e interna.

Las molestias de esta afección se relacionaron siempre con la actividad, la deambulación; es decir, pudieron ser diferencias de aquellas que presentan algunos pies planos, que son especialmente marcadas durante las estaciones de pie prolongadas.

En los casos de pies excavados (altos de empeine) suele constatarse cierta tensión del tendón flexor, pero la movilidad del primer ortejo es normal y la cuerda que se palpa no es dolorosa.

Este tipo de hallux rigidus del niño también ha sido constatado en el adulto,

pero con lesiones óseas agregadas. Es probable que éstas sean secundarias a la alteración muscular pura que nosotros señalamos, y aunque no podamos ofrecer una explicación sobre el origen de esta brevedad, diremos que ella no era reducible a la exploración bajo anestesia, previa al momento operatorio y que la sección del músculo permitió de inmediato obtener la amplitud normal de la movilidad del ortejo.

Al indicar una terapéutica en estos casos, hemos desechado por razones obvias, las intervenciones sobre el esqueleto y escogimos la sección simple del músculo, por una pequeña incisión en el borde interno del pie, seguida con un vendaje con el ortejo en flexión dorsal máxima.

Los resultados que hemos observado los estimamos buenos, ya que en todos los casos obtuvimos el alivio total de las molestias.

Sumario.

Estudia 12 casos de Hallux rigidus en niños menores de 15 años. Describe detalladamente la sintomatología y propone como terapéutica la sección del músculo, con lo que ha obtenido buenos resultados, ya que cesan las molestias.

Summary.

The author studies 12 cases of Hallux rigidus in children under 15 years of age. He describes the symptomatology and proposes as therapy muscular section with which he has obtained excellent results in all his cases.