



HISTORIA DE LOS PROCEDIMIENTOS

Dr. Ortiz Eugenio
eugeniorotiz1@yahoo.com.a

METATARSALGIAS CENTRALES. OPERACIÓN DE CASTOLDI

Introducción

Pablo Castoldi es un especialista en traumatología y ortopedia. Miembro titular y Vitalicio de la AAOT, donde desempeña una importante tarea científica y formó parte de comisiones directivas de la Institución. Entre su actividad hospitalaria, fue jefe interino del Hospital Penna y Médico de planta del Hospital Fernandez y jefe del equipo de cadera. Actualmente está jubilado y retirado de la actividad societaria.

Podemos definir su método como una artroplastia de los metatarsianos centrales.

Las artroplastias proximales se pueden dividir en dos grupos:

- A) Artroplastias por reacción
- B) Reconstrucciones artroplastias.

La operación de Castoldi se incluye dentro del primer grupo.

Antecedentes.

Cañadel en 1971 actualizó una técnica quirúrgica propuesta por Rocher, integrante del Servicio de Traumatología y ortopedia del profesor Antonio Viladot.

Dicha técnica consistía en reseca una porción de la base de los metatarsianos centrales, en forma de cuña a base dorsal, que involucra el cartílago articular. (Osteotomía resección) Fig. 1 (1)

Castoldi en 1981 en nuestro país, publica una técnica parecida, reseca un fragmento cilíndrico de la base de los metatarsianos centrales. (Fig. 2)

El fundamento fisiopatológico de ambos se diferenciaba. El primero trataba de elevar los metatarsianos centrales y el segundo darle mayor movilidad, a fin de adaptar los mismos al mecanismo de la marcha.

Ambas técnicas han caído en desuso en la actualidad y han sido sustituidas por técnicas más actualizadas desde el punto de vista biomecánico y funcional, como por ejemplo la osteotomía basal BRT, descrita y publicada por Barouk

(2)

Indicaciones:

Metatarsalgias centrales con pérdida de la movilidad o metatarsianos rígidos a nivel cuneometatarsiano que restringen el movimiento en tecla del mt

Contraindicaciones:

En artritis metatarsofalángica reumatoide o psoriasica y osteoartrosis severa, en cuyo caso estará indicada una artroplastia distal por resección (Lelievre)

Técnica Quirúrgica. Una o dos abordajes dorsales longitudinales de uno 3 cms a nivel cuneometatarsiano.

Separación de los tendones extensores y exposición del tejido fibroperióstico que cubre la interlinea de Lisfranc. Con hoja de bisturí se identifica el espacio cuneometatarsiano y se procede a la liberación del tejido fibroperióstico.

Osteotomía de la base de los metatarsianos con escoplo laminar o sierra eléctrica, conformando un cilindro óseo de 5 a 6 cm de longitud. La osteotomía debe ser perpendicular al



HISTORIA DE LOS PROCEDIMIENTOS

eje anteroposterior del mt. Se procede a la extirpación del fragmento reseado con movimientos suaves con una pequeña palanca.

Se constata la amplitud del espacio residual y se realizan movimientos de flexoextensión a nivel de la cabeza para constatar el grado de movilidad del mt.

Cierre de piel y vendaje acolchado compresivo.(Fig. 3-4-5-6-7-8) (3)

El paciente puede comenzar a deambular a partir de las 24 o 48 hs con sandalia ortopédica.

El autor hace hincapié en dos conceptos, por un lado el aspecto indemne de las cabezas metatarsales, cuando se realizan procedimientos de remodelación o alineamientos y por otro afirma que si la metatarsalgia es una deformidad fija en flexión plantar a partir de la Lisfranc, ningún procedimiento de remodelación o resección cefálica podrá restituir la movilidad perdida.

El fragmento reseado debe tener un espesor de uno 6 mms. Si es menor puede conducir a fibrosis y rigidez y si es mayor a inestabilidad cuneometatarsiana.(4) Dr Ortiz

Casística y resultados.

El autor hace referencia a un total de 300 pies operados desde 1968 hasta la fecha de su presentación. (5_6)

Nosotros hemos efectuado la intervención en la práctica hospitalaria y en privado hace más de 25 años, la gran mayoría en pacientes con metatarsalgia central asociada a hallux valgus, con buenos resultados , cuando la indicación era correcta (Fig. 9)

Si bien esta técnica tuvo buena acogida al momento de su presentación, no tuvo mucha repercusión en el futuro, siendo contados los servicios que la practicaron. La mayor experiencia se realizó en el Hospital Fernández y algunos otros servicios, no encontrando además muchas más publicaciones referentes al tema. La revisión de la bibliografía nacional entre 1970 y 2012, solo se refiere a las publicaciones de Pablo Castoldi en 1983 en el XX Congreso Argentino De Ortopedia y Traumatología y la publicada en los Boletines de la AAOT en 1981.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Viladot Antonio. Patología del Antepié: Barcelona: Editorial Toray. S.A, 2ª edición,1981: 143
- 2) Barouk Louis S. Forefoot Reconstruction: Paris. Springer, 2004: 133-138.
- 3) Castoldi Pablo. Metatarsalgias Centrales. Interpretación Fisiopatológica. Tratamiento. Bol. Trab. Soc. Argent. Ortop. Traumatol; 46 (4): 465-77, 1981: 465-77
- 4) Ortiz Eugenio. Metatarsalgias: Metatarsalgias. Resecciones y Reconstrucciones Artroplásticas. 45 CAOT, Buenos Aires, 2006
- 5) Castoldi Pablo. Metatarsalgias Centrales. Interpretación Etiopatogénica. Tratamiento. 2º CAOT- 1983: 141-4
- 6) Castoldi Pablo. Metatarsalgias Centrales. Interpretación fisiopatológica. Tratamiento. Rev. Asoc. Arg. Ortop. Y Traumatol.. vol 51, Reseña N° 1, 1986: 17-21



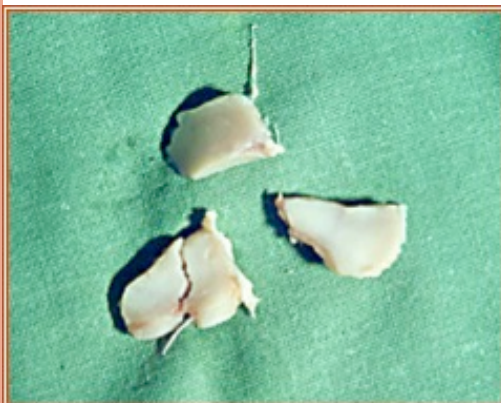
Figura 1. Resección proximal cuneiforme de cañadel



Figura 2. Resección proximal a lo castoldi



Figura 3 y 4. Técnica quirúrgica. Incisión longitudinal con exposición de los tendones extensores



Figuras 5, 6 y 7. Resección artroplástica de la base de los metatarsianos centrales



Figura 8. Caso clínico. Radiografía de control.