

# MEMORIA DE LA ROTACIÓN REALIZADA EN CIRUGÍA DE PIE Y TOBILLO EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

**Alberto Ramos del Río**

*Residente del Hospital de León*

**D**urante los meses de febrero y marzo de 2011, he podido realizar una rotación sobre patología del pie y tobillo en el Hospital 12 de Octubre de Madrid.

La decisión de realizar esta rotación surgió durante el transcurso de una cirugía en el hospital donde estoy formándome como residente, el Hospital de León. Esa cirugía me hizo reflexionar sobre el dicho de “construir la casa por el tejado”; creo que para comprender muchas patologías del miembro inferior debemos empezar conociendo su base y ésta es el pie y tobillo.

Mis conocimientos sobre biomecánica y patología del pie y tobillo eran excesivamente básicos, pero creo que es un área de trabajo muy interesante y con muchas posibilidades. Por todo esto, pensaba que aunque no es lo más común entre los residentes, necesitaba realizar una rotación en una unidad del pie.

La idea se la comuniqué a mi jefe, el Dr. Ramos Pascua, quien se puso en contacto con el Dr. Vilá y Rico, que me aceptó como rotante en el Hospital 12 de Octubre de Madrid.

El objetivo era adquirir habilidades básicas diagnósticas y terapéuticas para poder solventar la problemática habitual en patología del pie y tobillo y desarrollar dicha actividad en cualquier servicio de cirugía ortopédica y traumatología (COT). Soy consciente de que en tan poco tiempo no se adquieren las aptitudes suficientes para llevar a cabo esta subespecialización, pero sí abre una perspectiva más amplia y permite familiarizarse con este campo.

Durante la rotación, he podido asistir a múltiples cirugías en las que se abordaron patologías del ante-, medio- y retropié. Reconstrucciones de antepié para el *hallux valgus* y metatarsalgias con múltiples osteotomías, las artrodesis del *hallux* en secuelas de cirugía del primer radio y *hallux rigidus*, osteotomías de calcaneo (Koutsogiannis, Dwyer) y triples artrodesis para corrección del pie plano-valgo y cavo-varo, artrodesis subastragalina, tibioperoneoastragalina, Lisfranc y Chopart. Disfunciones tendinosas y ligamentosas,

como ocurre en la patología del tendón tibial posterior y la inestabilidad ligamentosa del tobillo.

Tuve ocasión de operar con el Dr. Vilá distintas cirugías artroscópicas: tratamiento de las lesiones osteocondrales del astrágalo, mediante mosaicoplastia o perforaciones, el tratamiento de los *impingement* posteriores de tobillo en bailarinas profesionales, empleando los portales endoscópicos posteriores, y diversas patologías del compartimento anterior del tobillo.

Me gustaría hacer referencia a las tardes que compartí con el Dr. Llanos Alcázar y el Dr. Álvarez en el quirófano, quienes insistieron en la importancia de la planificación preoperatoria y de conocer el objetivo que se quiere alcanzar con la cirugía, así como destacar la técnica de la osteotomía tipo Weil sin fijar –de la que el Dr. Llanos es un defensor– y la realización de osteotomías autoestables para evitar sintetizarlas con cualquier tipo de material.

En una de las jornadas de cirugía, fue el Dr. Carranza quien nos ilustró realizando una triple artrodesis correctora de forma percutánea por mínima incisión en un caso de pie diabético completamente desestructurado, con un resultado clínico-radiológico magnífico.

En un principio, la actividad quirúrgica resulta más atractiva, pero no menos importante y productiva es la consulta externa. El proceso de diagnóstico a través de la anamnesis y la importantísima exploración física, con una valoración global de la marcha y del miembro inferior como un conjunto, la simple lectura de la silueta en el podoscopio, el análisis y ponderación de las pruebas complementarias, el abordaje inicialmente conservador con el uso de plantillas y ortesis y, sobre todo, la correcta indicación del tratamiento quirúrgico suponen el primer paso para alcanzar un buen resultado de la cirugía. Igualmente muy importante es aprender el manejo postoperatorio y el seguimiento de los pacientes.

Durante el tiempo de rotación se me ha facilitado el desarrollo de mi formación científica, pudiendo asistir a varios cursos sobre pie y tobillo: la Jornada de Actualización de

Cirugía de Pie y Tobillo en Salamanca, el curso de Mecánica Clínica y Terapéutica en Pie y Tobillo en el Hospital Quirón de Madrid, dirigido por los Dres. Maceira y Monteagudo, y una sesión de casos clínicos complicados que se realizan con una periodicidad de 2 meses en el grupo de pie y tobillo de Madrid en el Hospital Clínico San Carlos, en la que se puede explorar al paciente *in situ* y se habla sobre los posibles tratamientos que se podrían llevar a cabo.

Pero no sólo he visto patología del pie y tobillo, también me he sentido totalmente integrado en el Servicio de COT y he podido participar en toda la actividad general: guardias, sesiones diarias del servicio, sesiones semanales de actualización de residentes, sesiones de casos clínicos, intervenciones quirúrgicas de otras regiones anatómicas, etc. y he podido darme cuenta de que es muy importante ver cómo se hacen las cosas en otros centros.

Me gustaría recomendar a todos los residentes una rotación por una unidad de cirugía del pie y tobillo, ya que muchas veces es el gran olvidado, y así descubrirán el atractivo de este campo y podrán mejorar su formación.

Por todo esto, quería dar las gracias a todos los que han hecho posible estos 2 meses de rotación: gracias al Dr. Vilá por su buen hacer, al Dr. Llanos por su docencia y a todos los adjuntos del servicio por permitirme seguirles los pasos, a mis compañeros residentes que han tenido que aguantarme durante 2 meses y me han hecho sentirme como en casa. Gracias a todo el personal del Servicio de COT por haberme facilitado el paso por su hospital. Y, finalmente, gracias a mi jefe y tutor de residentes por haberme apoyado y animado a realizar esta rotación.

Muchas gracias a todos y espero veros pronto otra vez.



**En los quirófanos del Hospital 12 de Octubre de Madrid, junto con los Dres. Llano Alcazar, Vilá y Rico, Álvarez Sainz-Ezquerria y la Dra. Mellado.**