

MEMORIA DE MI ROTACIÓN EN LA UNIDAD DE PIE Y TOBILLO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CARLOS DE MADRID

Juan Pedro García Paños

Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)

Durante los meses de octubre y noviembre de 2010 tuve la oportunidad de realizar la rotación específica en la Unidad de Pie y Tobillo del Hospital Universitario San Carlos de Madrid.

Dicha unidad está formada por el Dr. Enrique Galeote, director de la unidad y tutor de residentes, el Dr. José Luis Tomé y la Dra. Ana Chaos.

Yo realicé mi formación MIR en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, donde la unidad de pie y tobillo no existía como tal, y donde este tipo de patología se repartía entre los diferentes facultativos. Es por ello por lo que en mi quinto año de residencia le comenté a mi jefe, el Dr. Carlos Clavel, mi interés en realizar una rotación fuera del servicio que pudiera aportarme un mayor conocimiento en este campo de la traumatología y la ortopedia. Fue dicho y hecho: a la semana siguiente ya tenía un nombre y un correo electrónico a donde dirigirme para preguntar acerca de la rotación: Enrique Galeote del Hospital Clínico de Madrid. Tras ese primer correo en el que preguntaba al Dr. Galeote cien mil cosas sobre organización, quirófanos, consultas, etc., no tuve dudas y me encaminé a organizar todo el papeleo necesario para la autorización de la rotación y para mi futura estancia en Madrid.

Una vez allí, el recibimiento no pudo ser mejor tanto por los miembros de la unidad como por el jefe de servicio, el Prof. López-Durán Stern, y el resto del servicio de traumatología y ortopedia.

La organización de la rotación fue excepcional y variada, muchos quirófanos y consultas, sesiones clínicas, cursos, etc., que compartí con otra residente del hospital que también realizaba la rotación, la Dra. García Bullón, gran compañera de fatigas en las sesiones quirúrgicas y de consultas.

Los lunes y los martes eran días de consulta. Primeras visitas y revisiones, todo sobre patología de pie y tobillo. En total cuatro consultas. Lo más frecuente era la patología del antepié (*hallux valgus*, *rigidus*, metatarsalgias, dedos en martillo, etc.). Ahí pude aprender cuándo indicar y qué tipo de osteotomías eran necesarias sobre el primer metatarsiano y los metatarsianos menores para garantizar una corrección óptima y duradera, y no sólo eso, sino también observar de primera mano los resultados postoperatorios y su evolución en

el tiempo. También ocupaba parte de la consulta la patología del retropié (con la que me encontraba más perdido antes de la rotación), pies planos, cavos, secuelas de polio, osteocondritis de astrágalo, artrosis de tobillo, etc., donde las osteotomías de calcáneo, triples artrodesis tarsianas, artrodesis de tobillo, mosaicoplastias, etc., cobraban su máximo interés. Llamó mi atención la indicación de las –desconocidas para mí hasta entonces– prótesis de tobillo, para el tratamiento de un grupo bien seleccionado de pacientes con artrosis de tobillo, y pude ver de primera mano los buenos resultados de esta técnica en pacientes, como he dicho antes, muy bien seleccionados.

La mayor parte de la actividad quirúrgica tenía lugar en el pabellón 8 de la Universidad Complutense de Madrid, adyacente al Hospital Clínico. En este centro pasamos la mayor parte del tiempo, ya que el Dr. Galeote y el Dr. Tomé tuvieron la cortesía de incluirme en los quirófanos de tarde para aumentar aún más el volumen de cirugías que iba a presenciar (Figura 1). Así, los lunes y martes por la tarde, los jueves por la mañana y por la tarde y los viernes por la mañana participábamos en largas sesiones quirúrgicas. En su mayoría se operaba la patología de antepié, osteotomías de tipo *scarf*



Figura 1. Con los Dres. Tomé y Galeote.

Figure 1. The author with Drs. Tomé and Galeote.



Figura 2. Como primer cirujano durante una de las sesiones quirúrgicas.
Figure 2. The author as first operating surgeon during one of the surgical sessions.

de M1, Weil de metatarsianos menores, artrodesis metatarsofalángicas, etc. Desde el “*hallux valgus* más metatarsalgia”, pasando por el *hallux rigidus* más o menos evolucionado, el *quintus varus*, dedos en martillo, garra, hasta casos complejos de *hallux valgus* con metatarso *adductus*, de los cuales es tan difícil obtener una corrección satisfactoria. Los jueves era el día del retropié. Ahí tenían cabida osteotomías de calcáneo de tipo Koutsogiannis, plastias tendinosas, para el tratamiento de los pies planos, mosaicoplastias para tratar osteocondritis de astrágalo, enfermedad de Haglund, alargamiento proximal de gemelo interno para tratar problemas a distancia en pies cavos; en definitiva, una larga lista de procedimientos bien realizados. Además, no sólo de observador sino en múltiples ocasiones (y esto a veces es difícil de encontrar) de primer cirujano (Figura 2), siguiendo las sabios consejos de mis maestros.

Los miércoles todo el equipo se desplazaba hacia el Hospital Santa Cristina, ya que los quirófanos del Clínico estaban en obras. En este centro se llevaban a cabo las cirugías de mayor complejidad y que requerían mayor tiempo de ingreso. De este modo, presencié artrodesis de tobillo por vía lateral, artrodesis de tobillo y subastragalina con clavo transcalcáneo, cirugía de secuelas de polio, etc. Aquí tuve mi primer contacto quirúrgico con las prótesis de tobillo, en las que hay gran experiencia en la unidad (Figura 3). Posteriormente tuve la suerte de acompañar al Dr. Galeote a otros centros en los que solicitaban su ayuda para el implante de dichas prótesis.

También asistí durante la rotación a cursos tales como las Primeras Jornadas de Actualización en Patología del Pie y tobillo de Ciudad Real y el III Curso de vías de abordaje y técnicas quirúrgicas en cirugía de pie y tobillo en Barcelona, donde tuve la oportunidad de contrastar todo lo aprendido con los mayores expertos del país. También tuve ocasión de asistir a alguna de

las reuniones del Grupo de Pie y Tobillo de Madrid, que coordina el Dr. Galeote y que se celebran en el Hospital Clínico con periodicidad bimensual, donde se exponían casos tan complejos que hacían dudar a los más duchos en la materia.

Desde el punto de vista personal, la rotación ha superado mis expectativas con creces. El trato recibido tanto en el hospital como fuera de él han hecho que, además de conocimientos sobre patología del pie y tobillo (y sobre la vida en general), me traiga para casa unos estupendos amigos.

Así ha quedado demostrado cuando sin ninguna duda han aceptado acudir a unas jornadas sobre patología del pie y tobillo desarrolladas en mi hospital durante el final de mi residencia, cuando les he pedido ayuda para la difícil tarea de operar a un compañero de servicio (con la responsabilidad que conlleva y afortunadamente con excelentes resultados) y cuando cada día les lleno el correo de mil y una dudas que van surgiendo en mi recién iniciada práctica como adjunto.

Por todo eso, les estaré eternamente agradecido y recomiendo la rotación para aquellos residentes que quieran explorar el mundo de la patología del pie y tobillo y hacerlo en un buen ambiente, aprendiendo, ayudando y operando.



Figura 3. Caso clínico. Artrosis de tobillo. Tratamiento mediante artroplastia total de tobillo.

Figure 3. Clinical case: osteoarthritis of the ankle. Management through total ankle arthroplasty.