

REVISTA DE REVISTAS

Dr. Ramón Rochera Vilaseca

GENERALES

EFFECT OF VITAMIN C ON PREVENTION OF COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME TYPE I IN FOOT AND ANKLE SURGERY

J.L. Besse, S. Gadeyne, S. Galand Desmé,
J.L. Lerat, B. Moyen

Foot Ankle Surg 2009; 15 (4): 179-82

Los autores se basan en la ya publicada efectividad de la vitamina C en las fracturas de muñeca. Así, forman dos grupos control de pacientes sometidos a diversas cirugías de pie y tobillo. Según sus resultados el grupo que hizo profilaxis con vitamina C, desarrollaron menos cuadros de dolor crónico (en realidad describen un Sudeck grado 1). No me veo cualificado para valorar el rigor del trabajo, que no parece muy estructurado, pero realmente es interesante conocer este posible efecto beneficioso de la vitamina C.

POSTOPERATIVE INFECTION RATES IN FOOT AND ANKLE SURGERY: A COMPARISON OF PATIENTS WITH AND WITHOUT DIABETES MELLITUS

D.K. Wukich, N.J. Lowery, R.L. McMillen, R.G. Frykberg

J Bone Joint Surg Am 2010; 92 (2): 287-95

Los autores realizan un estudio comparativo y concluyen que los pacientes diabéticos tienen un riesgo aumentado de infección grave cuando son sometidos a cirugía de pie y tobillo en relación con un grupo control sano. Sin embargo, el riesgo se iguala con el grupo sano si la diabetes está bien controlada.

WHAT'S NEW IN FOOT AND ANKLE SURGERY

R.C. Marx, M.S. Mizel

J Bone Joint Surg 2010; 92: 512-23

Revisión de diversos temas publicados en los últimos meses y que actualizan los contenidos tratados (similar a nuestra sección Revista de Revistas). Por razones de espa-

cio, resulta complicado comentar todos los trabajos en esta sección. Algunos de los temas en los que se centra son los siguientes: fracturas de tobillo, fracturas de calcáneo, lesiones de la Lisfranc, inestabilidad crónica de tobillo, prótesis total de tobillo, artrodesis, diabetes y artropatía de Charcot, rupturas y tendinopatías del tendón de Aquiles, hallux valgus, tendinopatías del tibial anterior, amputaciones, problemas de dedos laterales, pinzamiento posterior de tobillo, pie paralítico y pie cavo varo.

PIE PARALÍTICO

TENDON TRANSFERS FOR THE BALANCING OF HIND AND MID-FOOT DEFORMITIES IN ADULTS AND CHILDREN

T. Dreher, W. Wenz

Tech Foot Ankle Surg 2009; 8 (4): 178-89

Las transferencias tendinosas son uno de los recursos más usados en la corrección de las deformidades complejas del pie, tanto en cirugía infantil como de adultos y, frecuentemente, van asociadas a técnicas óseas para la corrección de las deformidades estructurales. Los autores detallan la planificación preoperatoria por considerarla indispensable para una correcta indicación de la técnica quirúrgica (historia del paciente, examen clínico, radiografías, estudios dinámicos de marcha e incluso análisis de marcha en 3D). Se repasan las técnicas de diferentes transferencias tendinosas, como la del tibial posterior total o parcial, la del tibial anterior, etc. Todas ellas forman parte de la corrección de las complejas deformidades del pie. Asimismo, se analizan las dificultades y complicaciones. Los procedimientos óseos solamente corrigen las deformidades estructurales, pero los componentes dinámicos de la deformidad precisan corrección con estas transferencias, que deben estar correctamente indicadas atendiendo al sustrato de la deformidad (Charcot, parálisis cerebral, polio...). Es un excelente trabajo de puesta al día sobre la cirugía en los cuadros neurológicos.

THE ROLE OF PANTALAR ARTHRODESIS IN THE TREATMENT OF PARALYTIC FOOT DEFORMITIES

P.S. Provelengios, K.A. Papavasiliou, M.J. Kyrkos, F.E. Sayegh, J.M. Kirkos, G.A. Kapetanios

J Bone Joint Surg 2010; 92A: 44-54

La artrodesis periastragalina está considerada como una intervención final en el tratamiento de las deformidades por parálisis de los músculos intrínsecos y extrínsecos del pie. Los autores analizan los resultados a largo plazo para evaluar su impacto en las articulaciones vecinas, la capacidad y habilidad par la marcha. Concluyen que la artrodesis estabiliza el tobillo, el retropié y el mediopié, siendo muy útil en los cuadros graves de parálisis. Puede observarse el desarrollo de una artrosis de rodilla ipsilateral muy a largo plazo. A pesar de ello, la intervención es muy recomendable siempre y cuando haya una estricta selección de pacientes con pie paralítico completo.

PATOLOGÍA TENDINOSA

REPAIR OF LACERATED TIBIALIS ANTERIOR TENDON USING ACHILLON LIMITED OPEN REPAIR TECHNIQUE

C. Chadwick, A. Wong, M.B. Davies

Foot Ankle Int 2009; 30 (11): 1117-9

Aportamos la posibilidad de usar el Achillon® para reconstruir el TA. Los autores, presentan un caso de ruptura muy limpia del tendón, lo que hace posible esta técnica. Buscan por encima del retináculo extensor los dos cabos y los suturan. Pero recordemos que muchas veces el TA está desgarrado, como nosotros mismos hemos señalado en trabajos reseñados en esta sección y por nuestra propia experiencia. Hecha esta consideración, parece ingeniosa la idea tanto para el TA como para otras posibles rupturas tendinosas.

CURRENT CONCEPTS REVIEW: NONINSERTIONAL ACHILLES TENDINOPATHY

X.F. Courville, M.P. Coe, P.J. Hecht

Foot Ankle Int 2009; 30 (11): 1132-41

Excelente y a la vez deprimente trabajo. Con un análisis exhaustivo en el que se revisa clínica, etiología, histología y análisis bioquímico de las tendinopatías no insercionales, se llega a la conclusión de que nada va bien y que los niveles de evidencia con cualquier tratamiento son bajísimos (incluye desde ejercicios excéntricos a todas las técnicas quirúrgicas, pasando por fisioterapias y derivados antológicos). Recomendable por todo, así como por su completa bibliografía.

Este semestre continúan apareciendo múltiples trabajos sobre tendinopatías no insercionales con visiones menos apocalípticas que la que transmite la referencia anterior. Es un tema que está de máxima actualidad y se aportan, entre otras, técnicas de reparación de roturas del Aquiles por vía endoscópica y/o mínimamente invasiva. Todas ellas son ingeniosas y necesitan el soporte iconográfico que aportan los autores para ser comprendidos. Los interesados pueden encontrarlo en las cuatro referencias que se mencionan a continuación:

Neglected rupture of the Achilles tendon treated with a percutaneous technique

R. Bertelli, L. Giani, M. Palmonari

Foot Ankle Surg 2009; 15 (4): 169-73

Endoscopic assisted repair of acute Achilles tendon rupture with Kcrackow suture: an anatomic study

K.B. Chan, T.H. Lui, L.K. Chan

Foot & Ankle Surg 2009; 15 (4): 183-6

Endoscopic assisted repair of chronic Achilles tendon rupture with flexor Hallucis longus augmentation

W. Gossage, J. Kohls-Gatzoulis, M. Solan

Foot Akle Int 2010; 31 (4): 343-7

Comparative functional analysis of two different Achilles tendon surgical repairs

L. Quagliarella, N. Sasanelli, A. Notarnicola,

G. Belgiovine, L. Moretti, B. Moretti

Foot Akle Int 2010; 31 (4): 306-15

En este trabajo se comparan resultados mediante técnicas abiertas y endoscópicas. No aparecen evidentes ni mejores signos funcionales a favor de ninguna de las dos técnicas en los resultados referentes a potencia de salto y potencia de fase de despegue.

GASTROCNEMIUS RECESSION TO TREAT ISOLATED FOOT PAIN

J.D. Maskill, D.R. Bohay, J.G. Anderson

Foot Ankle Int 2010; 31 (1): 19-23

El alargamiento del gastrocnemio se realiza en los equinos derivados de la retracción aislada del gastrocnemio que puede acompañar a determinadas patologías del adulto. Se ha descrito que la sobrecarga provocada es causa de dolor y deformidad en el pie, pudiéndose manifestar como fascitis plantar, metatarsalgia, disfunción del tendón tibial posterior, artrosis y úlceras (en pies neuropá-

ticos). Los autores revisan los resultados del alargamiento del gastrocnemio aplicado a pies dolorosos y en ausencia de deformidades estructurales que justifiquen el dolor y en los que los tratamientos conservadores han fallado y que presentan una contractura aislada del gastrocnemio. La serie la componen 34 pies sometidos a la intervención y con un follow up de 20 meses. Los autores concluyen que con esta técnica y una correcta selección de pacientes se obtienen importantes mejoras en cuanto a la presencia de dolor.

FOOT & ANKLE CLINICS: ACHILLES TENDON

G.A. Murphy (ed.)

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 617-804

Número monográfico dedicado al tendón de Aquiles, del que reseñamos todo su contenido por ser una puesta al día imprescindible para el conocimiento de estas patologías.

Anatomy and biomechanical aspects of the gastrosoleus complex

J.C. Cohen

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 617-26

Achilles lengthening procedures

L. Chen, J. Greisberg

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 627-37

Insertional Achilles tendinosis: pathogenesis and treatment

B.D. den Hartog

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 639-50

Surgical treatment of non-insertional Achilles tendinitis

G.A. Murphy

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 651-61

Conservative treatment of Achilles tendinopathy: emerging techniques

J.E. Lake, S.N. Ishikawa

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 663-74

Non-surgical management of Achilles ruptures

G. Tan, B. Sabb, A.R. Kadakia

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 675-84

Minimal incision techniques for acute Achilles repair

M.S. Davies, M. Solan

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 685-97

Open repair of acute Achilles tendon ruptures

S. Rosenzweig, F.M. Azar

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 699-709

Chronic Achilles tendon ruptures

T.G. Padanilam

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 711-28

Tendon transfers for Achilles reconstruction

J.L. Lin

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 729-44

Complications of the treatment of Achilles tendon ruptures

A. Molloy, E.V. Wood

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 745-59

Posterior calf injury

J.T. Campbell

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 761-71

Achilles tendon rehabilitation

A.C. Strom, M.M. Casillas

Foot Ankle Clin 2009; 14 (4): 773-782

SURGICAL ANATOMY OF THE PROXIMAL RELEASE OF THE GASTROCNEMIUS: A CADAVERIC STUDY

P.D. Hamilton, M. Brown, N. Ferguson,

M. Adebibe, J. Maggs, M. Solan

Foot Ankle Int 2009; 30 (12): 1037-41

Interesante y práctico estudio anatómico sobre cadáver que muestra cómo las estructuras neurológicas y vasculares discurren por la mitad externa de la cara posterior de la parte proximal de la pierna, por lo que la desinserción-sección proximal del gastrocnemio interno puede hacerse con relativa tranquilidad.

TOBILLO

ARTRODESIS TIBIO-ASTRÁGALO-CALCÁNEA CON CLAVO INTRAMEDULAR RETRÓGRADO

P. Sánchez Gómez, J.E. Salinas, F. Lajara, J.A. Lozano

Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2010; 54 (1): 50-8

Se presentan los casos de ocho pacientes con una edad media de 60 años con afección en tobillo y subastragalina e importante discapacidad funcional y dolor. La serie engloba procesos como artrosis, secuelas postraumáticas, deformidades secundarias a accidente cerebrovascular y pseudoartrosis. La muestra está muy diversificada, pero, a pesar de ello,

concluyen con buenos resultados clínicos y radiográficos que no difieren de otras series más amplias publicadas con anterioridad. Sin embargo, es un artículo excelente como puesta al día de la técnica, reflexiones sobre la misma, opiniones comparativas y con el regalo, además, de una excelente bibliografía sobre el tema.

EVIDENCE-BASED CLASSIFICATION OF COMPLICATIONS IN TOTAL ANKLE ARTHROPLASTY

M.A. Glazabrook, K. Arseault, M. Dunbar

Foot Ankle Int 2009; 30 (10): 945-9

Las artroplastias de tobillo vienen ofreciendo buenos resultados en los últimos años. Sin embargo, las complicaciones vienen aportadas en trabajos retrospectivos de nivel IV sin aportar un sistema para clasificarlas. Por este motivo, los autores revisan la literatura existente, incluyendo en su estudio los trabajos con un mínimo de 25 casos y seguimiento de 24 meses. Así encuentran que los porcentajes de fallo protésico oscilan entre el 1,3 y el 32,3% con un promedio del 12,4% a los 64 meses. Las complicaciones encontrados han sido: fracturas intraoperatorias o postoperatorias, problemas de curación de herida, infección profunda, aflojamiento aséptico, no integración al hueso, fallo de implante, hundimientos y errores técnicos. Atendiendo a la repercusión e incidencia esquematizan estas complicaciones en tres grados: bajo grado (infrecuentemente causan el fallo de la prótesis), fracturas intraoperatorias y problemas de cicatrización de herida; grado medio (están considerados como causa del fallo protésico por debajo del 50% de casos): errores técnicos, hundimiento protésico y fractura postoperatoria; alto grado (por encima del 50%): infección profunda, aflojamiento aséptico y fallo del implante.

WOUND BREAKDOWN AFTER TOTAL ANKLE ARTHROPLASTY

J.L. Whalen, S.C. Spelsberg, P. Murray

Foot Ankle Int 2010; 31 (4): 301-5

Llaman la atención sobre la alta incidencia de problemas de cicatriz que pueden derivar en infecciones profundas de la prótesis de tobillo. Consideran importante buscar los factores de riesgo antes de la intervención, pues éstos aumentan de forma estadísticamente significativa la aparición de problemas: fumar mas de 12 paquetes/año, enfermedad vascular periférica y enfermedad cardiovascular son citados como los factores a tener en cuenta.

CONVERSION OF PAINFUL ANKLE ARTHRODESIS TO TOTAL ANKLE ARTHROPLASTY

B. Hintermann, A. Barg, M. Knupp, V. Valderrábano

J Bone Joint Surg Am 2010; 92 A (Suppl 1): 55-66

Se evalúan los casos de 30 tobillos dolorosos correspondientes a 28 pacientes y con una edad media de 58,2 años, a los que se ha implantado una prótesis de tobillo tras rescatar una artrodesis dolorosa. El seguimiento mínimo es de 55,6 meses. Se analizan parámetros clínicos y radiográficos (55,6 meses). El implante usado fue no constreñido y con tres componentes. En la escala AOFAS pasan de 34,1 puntos preoperatorios a 70,6 puntos postoperatorios. El 82,7% de los pacientes quedaron satisfechos con el resultado. Cinco tobillos quedaron totalmente asintomáticos, 21 moderadamente dolorosos y en 3 persistieron los dolores. La movilidad se recupera muy parcialmente y radiográficamente, como incidencia más destacable, aparece la migración del componente astragalino en 4 tobillos aunque en 2 de ellos era asintomático. Sólo un tobillo fue reartrodesado por persistencia del dolor.

PERCUTANEOUS DRILLING FOR THE TREATMENT OF ATRAUMATIC OSTEONECROSIS OF THE ANKLE

G.A. Marulada, M. McGrath, S.D. Ulrich, T.M. Seyler, R. Delanois, M. Mont

J Foot Ankle Surg 2010; 49 (1): 20-4

Bajo control fluoroscópico, los autores perforan el astrágalo con un Steimann de 3,2 mm hasta llegar a la zona de lesión. Realizan tres perforaciones cuidando de no atravesar la cubierta cartilaginosa y, especialmente, no penetrar en cavidad articular. Presentan los resultados obtenidos con una serie de 44 tobillos tratados entre 2002 y 2005. En el postoperatorio recomiendan un compresivo los primeros días, seguido de deambulaci3n con carga parcial con bastones durante 4 semanas y dependiendo de la evoluci3n radiográfica reintegraci3n a carga completa nunca antes de 8 semanas tras la intervenci3n.

OSTEOCHONDRAL LESIONS OF THE TALUS TREATED WITH FRESH TALAR ALLOGRAFTS

D.B. Hahn, M.E. Aanstoos, R.M. Wilkins

Foot Ankle Int 2010; 31 (4): 277-82

Los autores defienden el empleo de implante de un injerto fresco de cadáver tratado con lavados y antibioterapia. Los injertos provienen de cadáveres de menos de 24 horas y con edades comprendidas entre 15 y 44 años. Lo consideraran indicado en pacientes jóvenes y muy activos. Su serie consta de 13 pacientes. Primero, legan y excavan un lecho en la zona condral hasta alcanzar superficie ósea sangrante aunque ello implique aumentar el tamaño del foco lesional. Modelan un fragmento osteocartilaginoso del injerto con la misma forma, tamaño y curvatura de la zona de cúpula a tratar para una perfecta adaptaci3n. Fijaci3n con *pins* o tornillitos biodegradables. Presentan unos resultados parcialmente

buenos en cuanto a desaparición del dolor y restitución de la función y con una integración radiográfica del injerto entre los 4 meses y los 8 de un caso extremo. Tienen complicaciones con los pins que obligan a su retirada en 4 casos. En 2 casos evidencian la aparición de cambios artrósicos.

FRESH OSTEOCHONDRAL ALLOGRAFTING FOR OSTEOCHONDRAL LESIONS OF THE TALUS

S. Gortz, A.J. de Young, W.D. Bugbee, La Jolla

Foot Ankle Int 2010; 31 (4): 283-90

Con la misma técnica que el anterior presenta una serie con 12 pacientes adultos jóvenes e incide en los buenos resultados a corto-medio plazo: Integración a los 6 meses. Un caso con degeneración artrósica a los 34 meses.

FRESH OSTEOCHONDRAL ALLOGRAFTS FOR LARGE VOLUME CYSTIC OSTEOCHONDRAL DEFECTS OF THE TALUS

S.M. Raikin

J Bone Joint Surg 2009; 91 A: 2818-26

Se revisan 15 pacientes con una edad promedio de 41,9 y afectos de lesión osteocondral en astrágalo de gran tamaño (volumen promedio de 6.059 mm³). Todos ellos pudieron ser revisado 54 meses después de la cirugía (legrado, cruentación y relleno con injertos troceados). La mejora en escala AOFAS fue de 38 pre a 83 post: 5 pacientes resultado excelente, 6 bueno, 2 pobre y 2 malo (artrodesis como operación final).

BIPOLAR FRESH OSTEOCHONDRAL ALLOGRAFT OF THE ANKLE

S. Giannini, R. Buda, B. Grigolo, R. Bevoni, F. Di Caprio, A. Ruffilli, M. Cavallo, G. Desando, F. Vannini

Foot Ankle Int 2010; 31 (1): 38-46

El grupo de Giannini se atreve con el uso de injerto de cadáver tanto de superficie tibial como astragalina. Extraen del donante dos láminas de aproximadamente 1 cm. De grosor de hueso y cartílago de superficies tibial y astragalina. Lo indican como alternativa a la artrodesis o la prótesis y, junto a la dificultad técnica, resaltan la necesidad de retrasar mucho el apoyo y de tratamiento inmunológico.

CURRENT CONCEPT REVIEW: OSTEOCHONDRAL LESIONS OF THE TALUS

P.J. McGahan, S.J. Pinney

Foot Ankle Int 2010; 31 (1): 90-101

Con 101 citas bibliográficas, es una excelente puesta al día. De lectura o consulta obligada.

RETROPIÉ

THE TREATMENT OF INTRA ARTICULAR CALCANEUS FRACTURES WITH SEVERE SOFT TISSUE WITH A HINGED EXTERNAL FIXATOR OR INTERNAL STABILIZATION: LONG TERM RESULTS

L. Besch, J.S. Waldschmidt, M. Daniels-Wredenhageh, D. Varoga, M. Muller, R.E. Hilgert, G. Mathiak, S. Oestern, S. Lippross, A. Seekamp

J Foot Ankle Surg 2010; 49-1: 8-15

Basándose en la frecuente afección de partes blandas, con posibilidades de desarrollar síndromes compartimentales, la posibilidad de infecciones profundas y de importantes complicaciones usando cirugía abierta para fijaciones internas, los autores analizan los resultados obtenidos usando un fijador externo. La intervención se realiza en el mismo momento del ingreso del paciente en el Servicio de Urgencias. Analizan 214 casos tratados durante el periodo 1993-1998. Lo interesante del trabajo es que muestran y concluyen cómo, tras una correcta reducción de la fractura y estabilización con el fijador externo, llegan al periodo de curación y retirada del mismo sin necesidad de recurrir a fijaciones internas. El estudio de dos grupos, uno sólo con fijador externo, otro con retirada del fijador y colocación de placa interna, muestra menos complicaciones y excelentes resultados cuando se ha usado solamente el fijador externo.

ARTRODESIS SUBASTRAGALINA SECUNDARIA MEDIANTE SISTEMA VIRA® EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE CALCÁNEO

F. López-Oliva, F. Forriol, T. Sánchez-Lorentec, Y. Aldomar

Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2010; 54 (1): 44-9

Análisis retrospectivo de 23 pacientes afectos de artrosis subastragalina sintomática tras fractura de calcáneo. La artrodesis se realiza en una media de 22 meses tras la fractura. Tiempo medio de seguimiento: 18 meses. Todos los pacientes del grupo habían sido tratados de forma ortopédica. La mayoría de casos fueron sometidos a artrodesis subastragalina aislada, aunque en algunos se procedió, además, a la descompresión canalicular lateral o a realizar osteotomías correctoras en calcáneo por deformidad post-traumática en varo o valgo. En cualquier caso, la técnica de osteosíntesis es unitaria con un sistema Vira® y se empleó como injerto únicamente el material óseo extraído por la implantación del implante en ala tuberosidad calcánea. Todos los casos mejoran de su sintomatología principal-

mente en los casos con artrodesis simple. Como grandes ventajas los autores señalan las derivadas del propio diseño del material: la estabilidad y resistencia del implante permite la carga inmediata, incluidos los casos con osteotomía correctora, no precisa aporte de injerto de otro foco, pues es suficiente con el conseguido por el propio fresado del calcáneo para introducir la síntesis y en último lugar la técnica se realiza con un abordaje poco invasivo que aleja las posibilidades de complicaciones presentadas con las vías clásicas.

MEDIOPIÉ

MIDTARSAL ARTHRODESIS IN THE TREATMENT OF CHARCOT MIDFOOT ARTHROPATHY

V.J. Sammarco, G. James, E.W. Walker, R.P. Guia
J Bone Joint Surg 2010; 92 A (Suppl 1): 1-19

La fractura luxación del mediopié con colapso del arco longitudinal es frecuente en pacientes con artropatía neuropática del pie. Los autores describen una técnica de artrodesis del mediopié conseguida mediante fijación con tornillos intramedulares axiales. Concluyen que es una técnica válida con la que consiguen mejorar la deformidad y, especialmente, estabilizar la deformidad para que ésta no progrese.

REALIGNMENT AND EXTENDED FUSION WITH USE OF A MEDIAL COLUMN SCREW FOR MIDFOOT DEFORMITIES SECONDARY TO DIABETIC NEUROPATHY

M. Assal, A. Ray, R. Stern
J Bone Joint Surg 2010; 92 A: 20-31

Trabajo con similares resultados al anterior, aunque destacan los resultados menos espectaculares. Consiguen buenas correcciones. Presentan algunos casos de pseudoartrosis, aunque solamente una de ellas debió de ser reintervenida.

OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION VERSUS PRIMARY ARTHRODESIS FOR LISFRANC INJURIES: A PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY

J.A. Henning, C.B. Jones, D.L. Sietsema, D.R. Bohay, J.G. Anderson, G. Rapids
Foot Ankle Int 2009; 30 (10): 913-22

Los autores destacan muy pocas diferencias entre la una y la otra.

ANTEPIÉ

RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE REGNAULD PARA EL TRATAMIENTO DE LOS HALLUX VALGUS Y HALLUX RIGIDUS EN 147 CASOS A LOS 3 AÑOS

A. Santamaría, J. Muriano, A. Ruiz-Nasarre, V. Adamuz, V. Vega, X. Vial, M. Delclos, J. Girós

Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2009; 53 (6): 371-80

Se trata de un estudio retrospectivo con una serie de 147 pies, seguidos durante una media de 3 años tras haber sido tratados quirúrgicamente con técnica de Regnaud. Indicada en pacientes con *hallux valgus* o *hallux rigidus* y con una media de edad de 70 años. En 73 pies se asocian otras técnicas que están excelentemente concretadas en el trabajo: osteotomía de Akin, plicatura capsular hasta 11° de ángulo IM, hasta 14° IM osteotomía tipo Chevron, entre 14° y 18° Scarff, entre 18° y 22° osteotomía de la base y por encima de 22°, artrodesis tipo lapidus o dobles osteotomías. El trabajo me ha llamado poderosamente la atención, pues la técnica de Regnaud, que en su momento (1968) fue paradigma de sofisticación quirúrgica, estaba relativamente olvidada, a pesar de los buenos resultados que con ella se consiguieron. La dificultad técnica y la minuciosidad de la que precisa limitaron una mayor expansión (aunque recuerdo haber visto a Regnaud practicarla perfectamente y a gran velocidad con la única ayuda de su instrumentista (su esposa). Los compañeros de L'Hospitalet se han atrevido con ella y aportan unos resultados excelentes, muy bien elaborados y razonados, además de actualizar su empleo combinándolo con técnicas más recientes.

COMPARISON OF DISTAL CHEVRON OSTEOTOMY WITH AND WITHOUT LATERAL SOFT TISSUE RELEASE FOR THE TREATMENT OF HALLUX VALGUS

L. Ho-Jin, Ch. Jin-Wha, Ch. In-Tak, K. Yoon-Chung
Foot Ankle Int 2010; 31 (4): 291-5

Los autores señalan la frecuencia de complicaciones reportada con la técnica de liberación externa de partes blandas en la cirugía del *hallux valgus*. Para demostrar la necesidad de este tiempo quirúrgico, los autores comparan los resultados clínicos y radiográficos obtenidos en la corrección mediante osteotomía distal de chevrón con y sin tiempo de partes blandas externas. Analizan una serie de 86 pacientes (152 pies). Grupo A: 74 pies sometidos a chevrón con tiempo lateral; Grupo B (78 pies) sometidos solamente a chevrón. Seguimiento medio 1,7 años y 2,1 años, respectivamente. El ángulo *hallux valgus* (HVA) y el intermetatarsal (IMA),

así como la escala AOFAS fueron evaluados prooperatoriamente y tras un año de seguimiento. También se evaluaron las complicaciones. Aportan los siguientes resultados: los cambios en HVA, IMA y escala AOFAS fueron insignificantes ($p > 0,05$) entre ambos grupos. Sin embargo, la excursión en flexoextensión de la articulación fue menor en el grupo A ($p < 0,05$). Complicaciones como digital y alteraciones cosméticas sólo fueron encontradas en el grupo A. No aparecieron necrosis de cabeza ni pseudoartrosis en ninguno de los dos grupos. Por todo ello, concluyen que no es necesario el tiempo de liberación externa, cuando menos en los casos lleves o moderados.

PROGNOSIS OF PAINFUL PLANTAR CALLOSITY AFTER HALLUX VALGUS CORRECTION WITHOUT LESSER METATARSAL OSTEOTOMY

L. Keun-Bae, P. Ju-Kwon, P. Young-Hoon, S. Hyung-Yeon, K. Myung-Sun

Foot Ankle Int 2009; 30 (11): 1048-105

Con un nivel de evidencia 4, nos recuerdan que, tras la intervención de HV, desaparecen las callosidades y el dolor bajo las cabezas metatarsales. Para ello presentan una serie de 40 pies con callosidades bajo las cabezas de los metatarsianos laterales y tratados todos ellos con osteotomía de chevrón y liberación externa de partes blandas entre septiembre de 2004 y junio de 2007. La evaluación se realiza con escala AOFAS y visual analógica. Evaluación de la corrección radiográfica de deformidades con el ángulo intermetatarsal y el ángulo metatarso-falángico. Tras la intervención, desaparece el dolor y las callosidades metatarsales en el 80% de pacientes y en un 12,5% solamente el dolor. Sólo un 7,5% no obtienen mejoría en ninguno de los dos parámetros. En todos los parámetros estudiados, AOFAS, Rx..., obtienen mejorías importantes (no destacables por ser iguales a otros trabajos publicados). Este trabajo tiene un interés recordatorio: en un momento en que prodigamos las osteotomías metatarsales, y teniendo en cuenta que no están exentas de complicaciones de difícil resolución, es interesante recordar el beneficio que tiene, sobre la metatarsalgia, la corrección aislada del *hallux valgus*. Curiosamente, no se hace ninguna mención al concepto de insuficiencia del primer radio, ya sea por antepié griego o por insuficiencia funcional.

ROTURA DEL FASCÍCULO MEDIAL DEL FLEXOR HALLUCIS BREVIS SECUNDARIA A ENTESITIS CALCIFICANTE DISTAL. CASO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

J. Ramberde

Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2010; 54 (1): 69-72

Es caso realmente excepcional el descrito en esta aportación. Se repasan todas las posibles afecciones de la primera metatarsofalángica y falange-sesamoidea, y se llega a la conclusión de tendinopatía calcificante con migración distal por rotura del fascículo medial, reseñándose que no se ha localizado otro caso en la literatura. Realmente la excepcionalidad del caso justifica la publicación, aunque se echan en falta los hallazgos macroscópicos y, muy especialmente, los estudios anatomopatológicos y búsqueda de cristales para cerrar completamente las acertadas reflexiones etiopatogénicas del autor.

RELATIONSHIP BETWEEN PLANTAR PRESSURE AND SOFT TISSUE STRAIN UNDER METATARSAL HEADS WITH DIFFERENT HEEL HEIGHTS

K. Ping-Hsin, H. Tzu-Yu, K. Jiunn-Horng, W. Tyng-Guey, S. Yio-Wha, W. Chung-Li

Foot Ankle Int 2009; 30 (11): 1111-6

La metatarsalgia en relación con la altura del tacón ha sido ampliamente descrita. Sin embargo, el efecto del tacón sobre los tejidos blandos bajo la cabeza metatarsal son bastante poco conocidos, lo que mueve a los autores al presente estudio. Para ello, analizan una serie de 21 sujetos expuestos a diferentes alturas de tacón y medida, la presión plantar, con una célula de carga y ecógrafo de 10 MHz. El aumento de la altura del tacón aumenta la presión en la parte medial del antepié. Sin embargo, la almohadilla plantar presenta mediciones estables a partir de los 2 cm de altura del tacón. La relevancia clínica, para los autores, estaría en que les permite sugerir zapatos de no más de 2 cm (difícil de conseguir en nuestro ambiente) y almohadilla bajo metatarsianos mediales para amortiguar el exceso de presión y aumentar el confort. Parece especialmente útil a la hora del diseño de descargas y almohadillados subcapitales, pues generalmente los que se encuentran en el mercado están diseñados para los metatarsianos centrales y no los mediales.

MODIFIED BIPLANAR CHEVRON OSTEOTOMY

N.M. Corte-Real, R.M. Moreira

Foot Ankle Int 2009; 30 (12): 1149-53

Trabajo publicado por colegas de la Sociedad Portuguesa. Analizan una serie compuesta por 23 pies con un ángulo articular metatarsal distal aumentado. Se practica una osteotomía de chevrón modificada: el corte plantar se hace más horizontal al suelo y únicamente se extrae una cuña de el corte dorsal que está en un ángulo de aproximadamente 80° respecto del corte plantar. Obtienen buenos resultados funcionales con un valor AOFAS de 87. El promedio del ángulo de *hallux valgus* va de 28° pre a 14° post. El intermetatarsal de 12° a 7° y el articular distal de 20° a 7°.

COMPARISON OF THE PROXIMAL CHEVRON AND LUDLOFF OSTEOTOMIES FOR THE CORRECTION OF HALLUX VALGUS

Ch. Woo Jin, Y. Han Kook, Y. Hang Seob, K. Bom Soo, L. Jin Woo

Foot Ankle Int 2009; 30 (12): 1154-60

Recordemos que la osteotomía de Ludoff es proximal y consiste en un corte oblicuo de dorsal a plantar que se prolonga hasta más de la mitad del metatarsiano. Se fija con un tornillo. Ambas osteotomías, la proximal y la distal, ofrecieron equivalentes resultados clínicos y radiográficos. La Ludoff es más estable y no precisa de la retirada de osteosíntesis. Únicamente puede achacársele una mayor tendencia al acortamiento del primer metatarsiano.

LA CHIRURGIE DU COUPLE DE TORSIÓN DU PIED DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏD

R. Viladot-Pericé, F. Álvarez-Goenaga, A. Viladot-Voegeli, E. Rodríguez-Boronat

Med Chir Pied 2009; 25; 77-80

Los autores delimitan tres situaciones clínicas a la hora de abordar quirúrgicamente un retropié en el pie plano reumático: 1. Afección limitada a la astrágalo-escafoidea: artrodesis selectiva de la misma. 2. Pie valgo reductible: colocación de endortesis en la subastragalina complementada con una tenosinovectomía del tibial posterior si éste está afectado. 3. Pie valgo irreductible: técnica de doble abordaje externo para abordar subastragalina e interno para la astragaloescafoidea. Siempre realizan la maniobra de corrección descrita por A. Viladot y frecuentemente tenotomías parciales tipo Green del Aquiles si éste está retraído.

PIE CAVO

LAMBRINUDI ARTHRODESIS WITH POSTERIOR TIBIALIS TRANSFER IN ADULT DROP-FOOT

A. Elsner, A. Barg, S.A. Stufkens, B. Hintermann

Foot Ankle Int 2010; 31 (1): 30-7

El grupo de Hintermann actualiza la técnica de la doble artrodesis clásica siguiendo la técnica original de Lambri-nudi para conseguir tanto una correcta estabilización lateral al corregir el componente de varo y supinación como una correcta capacidad de dorsiflexión con la transferencia del tibial posterior al dorso del pie. En general, consiguen una buena satisfacción del paciente y una mejora en escala AOFAS que pasa de 38,9 pre a 73,2 post, así como la posibilidad de calzar un zapato normal.

PIE PLANO

THE STOP SCREW TECHNIQUE. A SIMPLE AND RELIABLE METHOD IN TREATING FLEXIBLE FLATFOOT IN CHILDREN

J. Jerosch, J. Schunk, H. Abdel-Aziz

Foot Ankle Surg 2009; 15 (4): 174-8

Revisitación de la técnica del calcáneo stop de Recaredo Álvarez, evidentemente sin citarlo. El trabajo está muy dignamente presentado, aunque en la iconografía habrían podido buscar una imagen prooperatoria más demostrativa. Evidentemente, se destacan los excelentes resultados obtenidos con la técnica y la ausencia de complicaciones importantes. Respecto a la bibliografía, se destaca la presencia, si no la de Recaredo, sí la de A. Viladot, R. Viladot R y de Andrés Carranza.

PLANTAR PRESSURES IN PATIENTS WITH AND WITHOUT LATERAL FOOT PAIN AFTER LATERAL COLUMN LENGTHENING

S.J. Ellis, J.C. Yu, A.H. Johnson, A. Elliott, M. O'Malley, J. Deland

J Bone Joint Surg 2010; 92 A: 81-91

Confirman que el dolor es debido a un aumento en las presiones sobre la columna externa del pie y que, para cuantificarla, no bastan las exploraciones clínicas y radiográficas, sino que se precisan mediciones de presión.