

REVISTA DE REVISTAS

Mariano Núñez-Samper

CARTA A LOS LECTORES

Durante todos estos últimos años, Ramón Rochera ha dirigido esta sección de forma magistral y va a ser muy difícil igualar su maestría a la hora de comentar los trabajos.

Nosotros recogemos el testigo y, debido al escaso tiempo del que hemos dispuesto, no podemos resumir más trabajos que los que ahí se exponen.

Esperemos que para el próximo número os presentemos algo más de lo que aquí os resumimos.

Mariano Núñez-Samper

TÉCNICA DEL TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD LATERAL CRÓNICA DEL TOBILLO CON INJERTO AUTÓLOGO DE PERONEO LATERAL CORTO POR MÍNIMA INVASIÓN

A. Estrada, F. Torres Roldán, L. Valdés Martínez

Acta Ortopédica Mexicana 2009; 23 (1): 3-8

Describen una técnica original realizada con cirugía de mínima incisión ayudada por artroscopia, consistente en trasplantar el tendón del peroneo lateral corto, previamente desinsertado a través de un túnel labrado en el maléolo y otro a nivel del cuello del astrágalo que fijan con un tornillo biodegradable.

Este procedimiento, realizado en 10 casos con un seguimiento medio de 15 meses, presenta unos resultados favorables según la escala de AOFAS del 93%.

DISTAL CHEVRON OSTEOTOMY WITH DISTAL SOFT TISSUE PROCEDURE FOR MODERATE TO SEVERE HALLUX VALGUS DEFORMITY

L.B. Bai, B. Leek, C.Y. Seo, E.K. Song, T.R. Yoon

Foot Ankle Int 2010; 8: 638-8

El trabajo revisa 86 pies en 76 pacientes que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico mediante una osteotomía distal "en Chevron" al que añadieron un tiempo de partes blandas (capsulotomía y tenotomía del aductor).

Refieren resultados excelentes en un 92,9% de los casos aplicando las escalas AOFAS con modificación del AIM al 7,3% y del ángulo del *hallux valgus* en un 12,4% de media. No refieren ningún caso de necrosis de la cabeza metatarsiana, recomendándose este procedimiento para *hallux valgus* leves o moderados.

REPAIR OF INSERTIONAL ACHILLES TENDINOSIS WITH A BONE-QUADRICEPS TENDON GRAFT

R. Philippot, J. Wegrzyn, S. Grosclaude, J.L. Besse

Foot Ankle Int 2010; 9: 802-6

Aunque el tratamiento conservador puede ser satisfactorio en la mayoría de los casos, la rotura parcial en el punto de inserción del calcáneo es una preocupación cuando hay tendinitis en la inserción del tendón de Aquiles.

Los autores presentan los resultados de una técnica quirúrgica para el tratamiento de estas lesiones del tendón de Aquiles utilizando un injerto de hueso-tendón, obtenido a partir del sistema extensor de la rodilla.

Su serie de casos retrospectivos incluye 25 intervenciones quirúrgicas realizadas en 24 pacientes, 19 hombres y 5 mujeres, con una edad media de 47 (rango: 30-59) años, 18 de los cuales eran atletas. El periodo de seguimiento medio fue de 52 (rango: 12-156) meses.

Todos los pacientes fueron sometidos antes de la cirugía a un examen de resonancia magnética que reveló la rotura parcial del tendón de Aquiles.

Los pacientes fueron capaces de reanudar su actividad deportiva después de un promedio de 6,7 meses. En el último examen sobre su actividad física deportiva se obtuvo 5,2 en la escala de 10 puntos de Tegner. El valor medio de la AOFAS fue del 98,4, y el examen con resonancia magnética mostró una buena integración del injerto un año después de la operación.

ULTRASOUND-GUIDED POPLITEAL BLOCK DISTAL TO SCIATIC NERVE BIFURCATION SHORTENS ONSET TIME: A PROSPECTIVE RANDOMIZED DOUBLE-BLIND STUDY

A. Prasad, A. Perlas, R. Ramlogan, R. Brull, V. Chan

Reg Anesth Pain Med 2010; 35 (3): 267-71

El bloqueo del nervio ciático poplíteo en combinación con el bloqueo del nervio safeno proporciona anestesia y analgesia para el pie y facilita operaciones en el tobillo. El objetivo es bloquear el nervio ciático en su bifurcación. El bloqueo de sus dos principales ramas tibial y peroneo común por separado se asocia con un tiempo de latencia más corto que el bloqueo proximal a la bifurcación.

Cincuenta pacientes programados para cirugía de tobillo fueron anestesiados aleatoriamente con anestesia guiada por ecografía, 5 cm proximal (grupo P) o 3 cm distal (grupo D) de su bifurcación en el hueso poplíteo.

Se requirieron 30 mL de una solución estandarizada de anestésico local de volúmenes iguales de lidocaína al 2% y bupivacaína a 0,5% con epinefrina 1:200.000. Las evaluaciones motoras se realizan cada 5 minutos por un observador hasta el completo bloqueo sensorial y motor desarrollado en los dos territorios del nervio tibial y peroneo común.

Todos los pacientes en ambos grupos desarrollaron un bloque completo. Los del grupo D presentaron una anestesia de inicio un 30% más corto de los dos sentidos (21,4 [desviación típica (DT): 9,9] frente a 31,4 [DT: 13,9] minutos) ($p = 0,005$) y el bloque del motor (21,5 [DT: 11,3] frente a 32,4 [DT: 14,9 min]) ($p = 0,006$) que los del grupo P. El tiempo del procedimiento, las molestias relacionadas y la satisfacción de los pacientes fueron similares en ambos grupos.

Estos datos sugieren que la anestesia poplíteo distal de la bifurcación tiene un tiempo de latencia más corto que proximal a la bifurcación y, por tanto, puede ser una buena opción para realizar un rápido bloqueo anestésico.

A TWO-STAGE PERCUTANEOUS APPROACH TO CHARCOT DIABETIC FOOT RECONSTRUCTION

A. Prasad, A. Perlas, R. Ramlogan, R. Brull, V. Chan

J Foot Ankle Surg 2010; 49 (6): 517-22

Los objetivos de corrección de la deformidad de Charcot son restaurar la alineación ósea, recuperar la estabilidad del pie y evitar los decúbitos. Los enfoques tradicionales de cirugía reconstructiva implican incisiones grandes para modificar la estructura del hueso y el uso de fijación interna para fusionar las articulaciones luxadas.

Tales operaciones pueden resultar con acortamiento del pie y corrección incompleta de la deformidad. La falta de

fijación, los problemas de incisión, la infección y el uso a largo plazo de yesos son inconvenientes para el tratamiento de estos pacientes.

Los autores recomiendan una técnica quirúrgica mínimamente invasiva para el tratamiento de la deformidad de Charcot, que realizaron en 11 pies de 8 pacientes. La realineación ósea se logró a través de distracción de las articulaciones mediante fijación externa, y después realizaron una artrodesis mínimamente invasiva con fijación interna rígida.

El porcentaje de complicaciones fue mínimo, sin infecciones ni ulceraciones recurrentes.

La gradual corrección del pie de Charcot con el marco espacial de Taylor, más artrodesis mínimamente invasiva, se demostró como un tratamiento eficaz.

DELTOID LIGAMENT RECONSTRUCTION WITH PERONEUS LONGUS AUTOGRAFT IN FLATFOOT DEFORMITY

S.J. Ellis, B.R. Williams, A.D. Wagshul, H. Pavlov, J.T. Deland

Foot Ankle Int 2010; 31 (9): 781-9

El estadio de la IV de la disfunción del tendón tibial posterior se caracteriza por la presencia de la inclinación del astrágalo en el marco de una deformidad del pie plano que resulta de la insuficiencia del ligamento deltoideo.

La corrección del valgo en el momento de la reconstrucción de pie plano puede evitar el colapso futuro y la necesidad de procedimientos conjuntos. El propósito de este estudio es mostrar los resultados a medio plazo de los pacientes que se sometieron a la reconstrucción del ligamento deltoideo con una transferencia del tendón del peroneo lateral largo.

Cinco pacientes (edad media: 67 \pm 5,3 años) que se sometieron a la reconstrucción del pie plano, junto con la reconstrucción del ligamento deltoideo con un autoinjerto del tendón peroneo lateral largo, fueron evaluados con la escala AOFAS, presentando una media de 8,9 \pm 1,7 años después de la cirugía.

La corrección de la inclinación del astrágalo se determinó con estudio radiográfico del tobillo en carga.

El promedio de la valoración AOFAS pre y postoperatoria fue 68,3 (rango: 55,2-85,0) y 75,7 (rango: 40-92), respectivamente. El valgo mejoró de 7,7 grados a 2,1 grados. El promedio de movimiento del movimiento del tobillo fue de 47 grados (rango: 40-55).

Según refieren los autores, la reconstrucción del ligamento deltoideo con una transferencia del tendón peroneo lateral largo es una técnica útil para reducir la inclinación tibio-astragalina en el marco de la deformidad de pie plano en estadio IV.

INSERT POSITION IN THREE-COMPONENT TOTAL ANKLE REPLACEMENT

A. Barg, A. Elsner, B. Chuckpaiwong, B. Hintermann

Foot Ankle Int 2010; 31 (9): 754-9

El reemplazo total de tobillo se ha convertido en una valiosa opción de tratamiento para la osteoartritis en fase terminal.

La generación más reciente de implantes cuenta con un componente entre el inserto astragalino y el componente tibial. Esto puede permitir una mejor adaptación de la posición entre los componentes del implante, y evitar así la carga fisiológica de los ligamentos del tobillo y reducir el desgaste del polietileno.

Los autores evaluaron las radiografías de 368 tobillos con artroplastia primaria HINTEGRA, para determinar la relación espacial entre los componentes del astrágalo y la tibia en el momento de la cirugía y durante el seguimiento. El tiempo medio de seguimiento final fue de 51,2 meses (rango: 11-98). Se analizó el desplazamiento antero-posterior como la distancia entre el centro de la articulación tibioastragalina y el eje longitudinal de la tibia.

La media de relación anteroposterior desplazamiento fue de $0,0 \text{ Å} \pm 0,06$ (rango: $-0,21-0,16$), y se mantuvo constante en el tiempo.

Estos datos sugieren que la función mejora con prótesis de tres componentes sobre la prótesis de dos por permitir una posición individual de la pieza de polietileno en respuesta a la carga de los tejidos blandos.

HALLUX RIGIDUS: ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

J. Asunción Márquez, X. Martín Oliva

Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología 2010; 54 (5): 321-8

Los autores hacen una revisión del *hallux rigidus*, desde las teorías clásicas de su origen hasta las que comportan una etiología hereditaria, biomecánica, inflamatoria, etc., aunque confirman que la causa exacta no se ha podido establecer.

Inciden en que para el diagnóstico es fundamental la exploración clínica y complementaria antes de valorar las distintas opciones terapéuticas.

A este respecto, utilizan la clasificación de Coughlin y Shurnas en cuatro estadios, exponiendo un algoritmo para cada uno de ellos: cheilectomía, osteotomías, artrectomía, artrodesis o prótesis metatarso-falángica.

La bibliografía, minuciosa y rigurosamente actualizada, constituye una valiosa aportación por la puesta al día que supone.