



Revista de revistas

Selected journals

M. Herrera-Pérez

Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife

Correspondencia:

Dr. Mario Herrera Pérez

Correo electrónico: herrera42@gmail.com

Recibido el 26 de mayo de 2025

Acceptado el 26 de mayo de 2025

Disponible en Internet: junio de 2025

Selección de trabajos relevantes publicados en los últimos 6 meses. En este número incluimos artículos de las siguientes revistas: *Foot & Ankle Internation-*

al, Foot and Ankle Surgery, The Journal of Foot and Ankle Surgery, Diabetologia, Bone and Joint Open y Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research.

FOOT AND ANKLE SURGERY

OPEN AND ALL-INSIDE ARTHROSCOPIC BROSTROM-GOULD FOR CHRONIC LATERAL ANKLE INSTABILITY: A COMPARATIVE ANALYSIS OF SURGICAL OUTCOMES AND LEARNING CURVES

Zhao B, Liu Y, Wang H, Zhou J, Zhao Y.

Foot Ankle Surg. 2025;31(3):247-54.

Objetivo: investigar y comparar la curva de aprendizaje y los resultados clínicos de las técnicas artroscópica y abierta en el tratamiento de la inestabilidad lateral crónica del tobillo (CLAI).

Material y métodos: análisis de cohortes retrospectivo de 100 pacientes consecutivos que recibieron cirugía artroscópica (técnica *all-inside* con dos implantes en la fíbula y refuerzo de Gould) o cirugía abierta de Brostrom-Gould, ambos grupos tratados por el mismo cirujano. Se

aplicó el análisis CUSUM para evaluar las curvas de aprendizaje de los cirujanos, determinar el punto de corte y, posteriormente, dividir a los pacientes en grupos de aprendizaje (curva no conseguida) y de competencia (curva de aprendizaje superada). Se registraron y compararon los datos basales, las puntuaciones clínicas preoperatoria y postoperatoria (AOFAS, Karlsson-Peterson y Tegner), las puntuaciones de la escala visual analógica (EVA), el tiempo transcurrido hasta la carga completa del peso, los parámetros relacionados con la cirugía (tiempo quirúrgico y estancias hospitalarias postoperatorias) y las complicaciones de ambos métodos quirúrgicos durante las fases de aprendizaje y de competencia.

Resultados: el análisis CUSUM identificó un punto de corte de la curva de aprendizaje en



<https://doi.org/10.24129/j.rpt.3901.fs2505005>

© 2025 SEMCPT. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com).

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

12 casos para la cirugía abierta y 22 casos para la cirugía artroscópica. En el grupo de cirugía abierta, se observaron diferencias significativas en el tiempo de intervención entre las fases de aprendizaje y perfeccionamiento ($p < 0,05$). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de función clínica ni en el tiempo postoperatorio de carga completa. Se observaron tendencias similares en el grupo de cirugía artroscópica, con mejoras significativas en el tiempo quirúrgico y la estancia postoperatoria en la fase de competencia en comparación con la fase de aprendizaje ($p < 0,05$). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de la función clínica entre las fases de aprendizaje y perfeccionamiento de ambos métodos quirúrgicos. Además, al comparar los dos abordajes quirúrgicos en la misma fase, se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de la EVA, el tiempo postoperatorio para soportar todo el peso, el tiempo de operación y el tiempo de hospitalización postoperatoria ($p < 0,05$), y la técnica artroscópica mostró ventajas en cuanto a la reducción de las molestias postoperatorias y los tiempos de recuperación más rápidos.

Conclusiones

- La curva de aprendizaje de la técnica artroscópica es más larga (22 casos de media) que la técnica abierta (12 casos).
- La cirugía artroscópica ofrece las ventajas de reducir las molestias postoperatorias y acelerar los tiempos de recuperación durante las fases de aprendizaje y competencia, al tiempo que consigue resultados clínicos comparables a la técnica abierta.

THE VARIATION OF ANTICOAGULATION PRESCRIBED IN FOOT AND ANKLE SURGERY IN THE UK - UK FOOT AND ANKLE THROMBO-EMBOLISM AUDIT (UK-FATE)

Mason L, Mangwani J, Houchen-Wolloff L, Smith A, Teece L, Booth S, Malhotra K; UK-FATE Collaborative.

Foot Ankle Surg. 2025;31(1):38-43.

El tromboembolismo venoso (TEV) es una complicación conocida de la cirugía de pie y tobillo. Existen múltiples tratamientos anticoagulantes disponibles en el Reino Unido para mitigar el riesgo de desarrollar TEV. El objetivo de este estudio

es evaluar la variabilidad de la anticoagulación prescrita en pacientes sometidos a intervenciones de pie y tobillo.

Metodología: auditoría nacional, multicéntrica y prospectiva en el Reino Unido que abarcó 9 meses de recogida de todos los procedimientos realizados de pie y tobillo, llevada a cabo en 68 centros del Reino Unido entre el 1 de junio de 2022 y el 30 de noviembre de 2022, con un periodo de seguimiento adicional de 3 meses. Todos los pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico de pie y tobillo (incluido el tratamiento de la rotura del tendón de Aquiles) fueron incluidos en este estudio.

Resultados: se presentaron datos de un total de 13.569 pacientes. Tras la depuración de los datos, 11.363 pacientes estuvieron disponibles para su análisis y se dispuso de datos de anticoagulación de 11.099 pacientes. Se registraron un elevado número de tratamientos anticoagulantes diferentes en toda la cohorte. Un total de 3.630 (31,95%) pacientes no recibieron anticoagulación. Los pacientes que recibían medicación anticoagulante podían dividirse en 4 grupos principales. La anticoagulación recibida con más frecuencia fue la heparina de bajo peso molecular (HBPM) (6.303, el 84,4% de los pacientes que recibieron anticoagulación química). Se administró ácido acetilsalicílico al 4,1% (308 pacientes), un inhibidor del factor Xa al 10% (744 pacientes) y otros anticoagulantes (por ejemplo, warfarina) al 1,5% (114 pacientes).

La tasa global de TEV en este subanálisis de pacientes que recibían anticoagulación fue del 1,1% (83 casos de un total de 7.469). No se observaron diferencias significativas en la incidencia de TEV entre los distintos tipos de anticoagulantes cuando se tuvieron en cuenta los factores de confusión. La duración de la profilaxis química postoperatoria utilizada por los participantes para la mayoría de los anticoagulantes fue de 6 semanas (64,50%).

Conclusiones

- Existe una variabilidad significativa de los anticoagulantes notificados en el estudio, con 11 anticoagulantes diferentes utilizados.
- El anticoagulante más utilizado fue la HBPM.
- No se pudo determinar la eficacia comparativa o la superioridad de un anticoagulante concreto en la prevención del TEV.

- Un aspecto común entre los centros participantes fue la duración prescrita del tratamiento anticoagulante, independientemente del anti-coagulante específico utilizado, siendo de aproximadamente 6 semanas.

TRADITIONAL POSTERO-MEDIAL ANKLE APPROACH FOR BARTONÍCEK TYPE III IN VOLKMANN FRACTURES: IS IT USEFUL?

Grillo JE, Cano DP, Íñiguez LT, Vidal CM, Reinales ÁF, Oliva XM.

Foot Ankle Surg. 2025;31(4):358-64.

Excelente trabajo en el que participan autores de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía de Pie y Tobillo (SEMCP) en el que se plantea la hipótesis de que el abordaje posteromedial tradicional para el tratamiento de fracturas del maléolo posterior de tipo III es válido para acceder a más del 60% de la tibia distal posterior. Este trabajo es relevante porque existen evidencias de que la presencia de una fractura del maléolo posterior (PMF) empeora el pronóstico de las fracturas de tobillo. Este estudio examina la relación entre la visualización de la superficie distal posterior de la tibia mediante un abordaje posteromedial tradicional (TPM) en un patrón de fractura simulado equivalente a las fracturas de Bartonícek de tipo III estudiadas previamente con imágenes axiales de tomografía computarizada (TC).

Los objetivos que se plantean son:

1. Determinar el porcentaje de visualización anatómica del plafón tibial posterior distal a través del abordaje TPM del tobillo y su relación con las imágenes de TC.
2. Identificar los fragmentos de fractura del maléolo posterior, según la clasificación de Bar-

tonícek de tipo III, que son visibles a través del abordaje TPM.

Métodos: estudio anatómico transversal analítico experimental. Se examinaron 20 especímenes cadavéricos de tobillo/pie de adulto, para cada espécimen se realizó el abordaje posteromedial tradicional (en el plano entre el tibial posterior y el FDL hacia medial y el paquete neurovascular hacia lateral) y, a continuación, se efectuaron las mediciones anatómicas. Posteriormente, se diseñó y generó un patrón de fractura Bartonícek de tipo III para cada uno de ellos. Por último, se correlacionó la vista anatómica con las imágenes axiales de TC para cada uno y se evaluó el patrón de fractura. Se registraron las medidas de la superficie de visualización anatómica (AVS), la anchura total del músculo posterior (TWPM), la superficie de visualización de imágenes (IVS) y la superficie de visualización total de imágenes (TIVS).

Resultados: la media de la AVS fue de $24,1 \pm 7,49$ mm. La media de la TWPM fue de $30,55 \pm 7,19$ mm. La media de visualización fue de $77 \pm 11\%$. La media de la IVS fue de $30,23 \pm 6,1$ mm. La media de la TIVS fue de $37,53 \pm 3,45$ mm. Mientras que la media de visualización en TC fue del $80 \pm 11\%$. Se obtuvo un grado de concordancia (CCI) con un valor de $0,667$ IC 95% ($0,1773-0,8672$). Es decir, el CCI se considera bueno (valor de CCI entre $0,4$ y $0,75$).

Conclusiones

- El abordaje TPM sigue siendo una alternativa válida para el acceso quirúrgico y la visualización del maléolo posterior, incluidas las fracturas complejas de Bartonícek de tipo III.
- El abordaje TPM consigue una visualización axial del plafón tibial posterior distal del $77 \pm 11\%$.

INJURY

INTRAOPERATIVE ASSESSMENT OF SYNDESMOTIC INSTABILITY: WHAT TECHNIQUE MINIMIZES SURGEON ERROR?

Rushing CJ.

Injury. 2025;56(4):112237.

La evaluación de la inestabilidad sindesmótica intraoperatoria sigue siendo un tema controvertido.

El objetivo de este estudio fue evaluar la fiabilidad de 5 métodos de evaluación de la sindesmosis (test de Cotton, maniobra de rotación externa, artroscopia, palpación directa y visualización directa).

Métodos: estudio cadavérico que incluyó un total de 20 evaluaciones primarias para cada espécimen (160 evaluaciones en total) en 4 condi-

ciones anatómicas de la sindesmosis: 1) intacta; 2) lesión ventral; 3) lesión de 2 ligamentos; y 4) lesión de 3 ligamentos. Para simular la lesión, la sindesmosis del tobillo se desestabilizó secuencialmente seccionando el ligamento tibiofibular anterior inferior para la lesión ventral o anterior aislada, los 10 cm distales del ligamento interóseo para las condiciones de lesión de 2 ligamentos y el ligamento tibiofibular posterior inferior y el ligamento tibiofibular transversal inferior para la condición de lesión de 3 ligamentos. Para simular una lesión sindesmótica completa, se insertó un osteotomo entre la tibia y el peroné para producir una brecha sindesmótica de 5 mm, lo que provocó una deformación plástica, que se mantuvo durante un periodo de 2 minutos.

Resultados: en general, la visualización directa fue la más fiable para discernir la disrupción sindesmótica, independientemente del estado de la lesión ($p = 0,01$). La evaluación artroscópica fue fiable en condiciones de lesión de 2 y 3 ligamentos ($p < 0,05$), mientras que el test de Cotton y la rotación externa fueron fiables en lesiones de 3 ligamentos ($p = 0,01$; $p = 0,04$). Las valoraciones artroscópica, test de Cotton y de rotación externa no fueron fiables para discernir una lesión ventral o anterior aislada (ligamento tibiofibular anterior inferior).

Conclusiones

- La visualización directa de la superficie articular anterolateral del tobillo fue el método más fiable para diagnosticar una lesión sindesmótica.
- Los cirujanos deben ser conscientes de la subjetividad inherente y la fiabilidad limitada de los métodos de evaluación de la sindesmosis históricamente popularizados (Cotton y rotación externa forzada).

IS ROUTINE IMPLANT REMOVAL NECESSARY AFTER OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION OF LISFRANC INJURIES? COMPARING FUNCTIONAL OUTCOMES OF ROUTINE AND ON-DEMAND REMOVAL: A MULTICENTER STUDY

Muto S, Takegami Y, Nakashima H, Mishima K, Kumagai H, Imagama S.

Injury. 2025;56(4):112240.

Introducción: las lesiones de la articulación de Lisfranc son una causa grave de alteración de

la estabilidad y la función del pie, y a menudo requieren una intervención quirúrgica como la reducción abierta y la fijación interna (RAFI). La necesidad de retirar sistemáticamente los implantes sigue siendo controvertida.

Objetivo: comparar la recuperación funcional y las complicaciones postoperatorias de los pacientes a los que se retiró el implante de forma sistemática, a demanda o sin retirar el implante, tras una RAFI por una lesión de Lisfranc.

Metodología: estudio retrospectivo multicéntrico; se analizaron 188 pacientes divididos en 3 grupos: extracción rutinaria (RR), extracción a demanda (ODR) si el paciente lo solicitaba o había motivos clínicos para hacerlo, y no extracción (NR). Los **criterios de exclusión** fueron: artrodesis primaria, uso exclusivo de agujas de Kirschner, uso exclusivo de botones de sutura, amputación de miembros inferiores y casos con un método quirúrgico poco claro. La razón de estos criterios es que las cirugías que utilizan solo agujas de Kirschner se basan en el supuesto de que los implantes serán retirados, mientras que en las cirugías que utilizan solo botones de sutura, se supone que los implantes permanecerán en su lugar. Los resultados funcionales se evaluaron mediante la puntuación del mediopié de la escala AOFAS.

Resultados: las principales razones para la retirada del implante en el grupo ODR (retirada a demanda) fueron dolor neuropático (4 casos, 14,3%), dolor de la herida (13 casos, 46,4%), sensación de cuerpo extraño (7 casos, 24%), rotura del implante (2 casos, 7,1%), aflojamiento del implante (1 caso, 3,6%), artrosis (1 caso, 3,6%) e infección profunda (1 caso, 3,6%). Las puntuaciones medias de la AOFAS del mediopié en el seguimiento final fueron 92 (IQR 83,00-95,00) en el grupo RR, 95 (IQR 85,00-95,00) en el grupo ODR y 95 (IQR 82,00-95,00) en el grupo NR, sin diferencias significativas entre los 3 grupos ($p > 0,05$). Las complicaciones relacionadas con los implantes fueron comparables entre los grupos, aunque la irritación fue significativamente más frecuente en el grupo ODR (42,9%) que en los grupos RR (24,4%) y NR (11,9%) ($p = 0,013$). Se produjeron complicaciones posteriores a la extracción en 2 casos del grupo RR, incluido un caso de pérdida de la corrección que requirió reintervención. Se observaron complicaciones en la cicatrización de la herida en 4 pacientes (9,8%) del grupo RR, 7 pacientes

(25,0%) del grupo ODR y 3 pacientes (7,1%) del grupo NR, con una incidencia significativamente mayor en el grupo ODR. La incidencia de irritación fue de 10 pacientes (24,4%) en el grupo RR, 12 pacientes (42,9%) en el grupo ODR y 5 pacientes (11,9%) en el grupo NR, mostrando un riesgo significativamente mayor en los grupos ODR y RR en comparación con el grupo NR. Se produjeron alteraciones sensoriales en 5 pacientes (12,2%) del grupo RR, 2 pacientes (7,1%) del grupo ODR y 4 pacientes (9,5%) del grupo NR. Se observaron trastornos del movimiento de los dedos de los pies en 1 paciente (2,4%) del grupo RR, 2 pacien-

tes (7,1%) del grupo ODR y 2 pacientes (4,8%) del grupo NR.

Conclusiones

- La extracción rutinaria del implante en las lesiones de Lisfranc no mostró resultados superiores en cuanto a recuperación funcional o tasas de complicaciones en comparación con la extracción selectiva o la retención del implante.
- La retención del implante o la extracción selectiva en función de las necesidades individuales minimiza las complicaciones y optimiza los resultados de los pacientes.

THE JOURNAL OF FOOT AND ANKLE SURGERY

IATROGENIC MEDIAL MALLEOLAR FRACTURE AND STRESS FRACTURE CONSIDERATIONS IN TOTAL ANKLE JOINT REPLACEMENT: A MULTICENTER RETROSPECTIVE STUDY

Cottom JM, Badell JS, Dunn KW, Ekladios J.

Foot Ankle Surg. 2025;S1067-2516(25)00135-8.

La artroplastia total de tobillo (TAR) es una opción de tratamiento exigente pero gratificante para la artrosis de tobillo primaria o postraumática. Sin embargo, las fracturas agudas (intraoperatorias o postoperatorias) y de estrés latentes del maléolo medial (MM) suponen una complicación potencial frecuente. Actualmente, la incidencia de fractura del MM en la PTT es del 2-10% (considerando agudas y de estrés). El objetivo de este estudio es muy interesante desde el punto de vista práctico, pues pretende determinar a partir de qué umbral del diámetro del MM aumenta el riesgo de fractura y valdría la pena su fijación profiláctica (técnica que actualmente se realiza según el criterio del cirujano en la mayoría de los casos).

Metodología: estudio retrospectivo multicéntrico en el que se destacan las consideraciones relativas a las fracturas iatrogénicas del maléolo medial durante y después de la cirugía de TAR mediante la evaluación de las relaciones entre las fracturas y la anchura del MM (MMW). Se seleccionaron 159 pacientes sometidos a TAR primarias sin fijación tibial profiláctica entre 2016 y 2022 de múltiples instituciones. El MMW (mm) se

midió como la distancia entre la colocación del componente de la bandeja tibial y la cortical externa del maléolo medial utilizando radiografías anteroposteriores (AP) estándar del tobillo intra- y postoperatoriamente. Los datos demográficos incluían el índice de masa corporal (IMC), el sexo, la edad y el tipo de implante.

La MMW media de los 148 pacientes sin fractura fue de 11,12 mm. La MMW media fue de 9,43 mm en los 11 pacientes que sufrieron fractura intraoperatoria del MM (n = 7) o desarrollaron fractura de estrés postoperatoria (n = 4). La fijación tibial solo se realizó en el grupo de fractura. La diferencia en la MMW entre los 2 grupos fue estadísticamente significativa (p < 0,05). La media del seguimiento, la edad y el IMC fueron de 20,9 meses, 64,4 años y 30,4, respectivamente, y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los datos demográficos.

Conclusiones

- La incidencia de fractura del MM (tanto aguda como de estrés) es del 6,9% (de acuerdo con el 2-10% descrito en la literatura).
- Estos datos demuestran cómo una menor anchura del MM, concretamente un umbral de 9,43 mm o inferior puede asociarse con una mayor probabilidad de fractura intraoperatoria o postoperatoria por estrés del maléolo medial (y debería valorarse su fijación profiláctica).

FOOT AND ANKLE INTERNATIONAL

NEW CLASSIFICATION SYSTEM FOR PROXIMAL FIFTH METATARSAL FRACTURES: INTRAOBSERVER AND INTEROBSERVER RELIABILITY ASSESSMENT

Fernández-Rojas E, Araya-Bonilla V, Barra-Dinamarca E, Pastor-Villablanca J, Mortada-Mahmoud A, Alvarado-Livacic C, Vilá-Rico J.

Foot Ankle Int. 2025;46(2):246-54.

La clasificación de Lawrence y Botte para las fracturas del tercio proximal del quinto metatarsiano, que identifica 3 zonas principales, es la más utilizada, pero muestra una concordancia interobservador moderada. En este interesante trabajo, en el que participan autores españoles, se propone una nueva clasificación con el objetivo de evaluar la concordancia intra- e interobservador.

Metodología: estudio transversal que incluyó un total de 52 casos recogidos retrospectivamente para evaluar la fiabilidad de este sistema. Estos casos fueron evaluados por 3 cirujanos independientes especializados en pie y tobillo, que clasificaron las fracturas basándose en el nuevo sistema de clasificación establecido. Al cabo de 10 meses, los mismos evaluadores volvieron a clasificar las fracturas. El nivel de acuerdo entre los evaluadores, tanto interna como externamente, se evaluó mediante el coeficiente kappa, siguiendo los criterios establecidos por Landis y Koch. Este marco categoriza los niveles como escaso (0,00-0,20), aceptable (0,21-0,40), moderado (0,41-0,60), sustancial (0,61-0,80) o casi perfecto (0,81-1,00).

Resultados: se detectaron 52 fracturas y se realizaron 312 evaluaciones. La concordancia interobservador fue sustancial cuando se evaluaron los 2 tipos principales, con un valor κ de 0,73, y siguió siendo sustancial incluso cuando se consideraron los subtipos, con un valor κ de 0,67. De forma similar, la concordancia intraobservador demostró resultados sustanciales cuando se evaluaron los 2 tipos principales, con un valor κ de 0,79. Del mismo modo, la concordancia intraobservador demostró resultados sustanciales al evaluar los 2 tipos principales, con un valor κ de 0,79. Mantuvo su significación al incluir los subtipos, con un valor κ de 0,77.

Conclusiones

- El nuevo sistema propuesto de clasificación

de fracturas del quinto metatarsiano se centra solo en 2 zonas principales y muestra una mejor concordancia interobservador.

- El presente estudio introduce un marco más preciso y reproducible que revela la coherencia entre varios observadores, incluido el mismo observador.
- Este marco puede ser beneficioso para la investigación biomédica, ya que mejora la capacidad de comparar resultados entre diferentes estudios.

SOFT TISSUE COMPLICATIONS FOLLOWING TEMPORARY EXTERNAL FIXATION VS. SPLINTING OF TRIMALLEOLAR ANKLE FRACTURES

Joseph EG, Kocan J, Scull M, Mercado P, Wilson AW, Rohrbacher B, Cunningham BA, Kiner D, Gardner W 2nd.

Foot Ankle Int. 2025:10711007251337743.

La literatura científica se encarga cada cierto tiempo de poner en duda conceptos y tratamientos aceptados que teníamos como inamovibles y este artículo es uno de esos ejemplos. El tratamiento temporal de las fracturas trimaleolares cerradas de tobillo puede implicar la reducción cerrada y la aplicación de una férula frente a la fijación externa (ex-fix). Una de las principales preocupaciones del uso de férulas es la pérdida de reducción y el compromiso de los tejidos blandos. El objetivo de este estudio era determinar si existe una diferencia clínicamente significativa en las complicaciones de los tejidos blandos (CTB) a corto plazo en pacientes con fracturas de tobillo trimaleolares o trimaleolares equivalentes tratadas con reducción cerrada temporal y ferulización frente a ex-fix.

Métodos: estudio retrospectivo multicéntrico de 2 centros de trauma de nivel 1; se identificaron pacientes con fracturas de tobillo trimaleolares cerradas tratadas quirúrgicamente desde 2017 hasta 2022. Se revisaron y recopilaron datos demográficos, detalles quirúrgicos, datos radiográficos y detalles postoperatorios para determinar las complicaciones postoperatorias de los tejidos blandos.

Resultados: en general, 488 pacientes cumplieron los criterios de inclusión; 395 pacientes

(80,9%) fueron manejados con férula temporal y 93 con ex-fix (19,1%). La mediana de seguimiento fue de 24 semanas (rango 8-292). La tasa de CTB de la cohorte fue del 8,4% (41 de 488), incluido el 2,9% (14 de 488) que requirió reintervención y el 5,5% (27 de 488) que requirió tratamiento no quirúrgico.

Las CTB se produjeron en 6 de 93 pacientes ex-fix (6,5%) y en 35 de 395 pacientes con ferulización temporal (8,9%) –diferencia de riesgo -2,4% (IC del 95%: -7,1 a 4,9%); OR: 0,70 (IC del 95%: 0,28-1,74); $p = 0,45$ -. La reoperación por CTB se produjo en 3 de 93 pacientes con ex-fix (3,2%) y en 11 de 395 pa-

cientes con ferulización temporal (2,8%) –diferencia de riesgo 0,4% (IC del 95%: -2,5 a 6,4%); OR: 1,16 (IC del 95%: 0,31-4,25); $p = 0,73$ -.

Conclusiones

- Se registran tasas similares de complicación de las partes blandas con fijación externa y ferulización temporal antes de la fijación definitiva de las fracturas de tobillo con un componente maleolar posterior.
- Los cirujanos deben plantearse si resulta beneficioso utilizar ex-fix, teniendo en cuenta el coste adicional y la carga para los pacientes.

FOOT AND ANKLE ORTHOPAEDICS

ACHILLES TENDON RUPTURE TREATMENT SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

España Fernández de Valderrama S, García Martínez B, Ezquerro Herrando L.

Foot Ankle Orthop. 2025;10(2):24730114251327219.

Excelente revisión realizada por autoras del Hospital Universitario Miguel Servet sobre un tema siempre controvertido. El estudio compara el tratamiento quirúrgico y conservador de la rotura del tendón de Aquiles (RTA) aguda, examinando los datos demográficos, la tasa de rerrotura, las complicaciones y la escala funcional Achilles Total Tendon Rupture Score (ATRS).

Métodos: se realizó una revisión bibliográfica que incluyó ensayos clínicos aleatorizados y cohortes prospectivas. Se empleó el programa informático RevMan para determinar la heterogeneidad I^2 , con vistas a determinar si debía utilizarse un modelo de efectos fijos o aleatorios para el metaanálisis. Los resultados se expresaron como diferencia de medias o riesgo relativo (RR), según el caso, con un IC del 95%.

Resultados: se incluyeron en el análisis 10 estudios, publicados después de 2010. Del total de 1.327 participantes, el 57,8% recibió tratamiento quirúrgico y el 42,2% tratamiento no quirúrgico. El seguimiento fue de entre 12 y 24 meses. La tasa de rerrotura fue menor en el tratamiento quirúrgico (RR: 0,28; IC del 95%: 0,15-0,50; $p < 0,0001$), aunque se acompañó de un mayor riesgo de complicaciones (RR: 2,39; IC del 95%: 1,57-3,63; $p < 0,0001$). La satisfacción de los pacientes fue comparable entre los 2 grupos de tratamiento, sin diferencias estadísticamente significativas en la escala ATRS (DM: 0,87; IC del 95%: -1,18 a 2,92; $p = 0,40$).

Conclusiones

- La reparación quirúrgica de la RTA aguda reduce significativamente el riesgo de rerrotura, pero se asocia con una mayor tasa de complicaciones.
- No existen diferencias significativas en las distintas escalas funcionales en cuanto a la satisfacción de los pacientes entre los 2 tratamientos.