

REVISTA DE REVISTAS

Dr. Ramón Rochera Vilaseca

PIE DIABÉTICO

Foot Ankle Int 2005; 26 (1)

Es interesante todo el número en su conjunto pues aborda el tema desde todos los puntos de vista incluidos los sociales y económicos. Incide en la necesidad de los equipos multidisciplinarios, y defiende y justifica la necesidad de incorporación en estos equipos de los cirujanos ortopédicos especializados en pie y tobillo. Además de sus aportaciones en el tratamiento quirúrgico, fundamentalmente las amputaciones, destaca la necesidad de actuar en la prevención de úlceras o, una vez desarrolladas, en su óptimo tratamiento de acuerdo con el tipo y grado evitando la amputación. Diferentes trabajos aportan clasificaciones de gravedad de las úlceras (Strauss Wound Xcore y Wagner Wound Grade) y, en base a ellas, las indicaciones terapéuticas más oportunas.

Imprescindible si deseas adentrarte en el tema.

PARTES BLANDAS. TENDONES

A SUBJECTIVE OUTCOME ANALYSIS OF TENDON ACHILLES RUPTURE

K. Rajasekar *et al.*

J Foot Ankle Surg 2005; 44 (1)

Los autores comparan dos series: una con tratamiento quirúrgico de la ruptura y otra paralela con tratamiento ortopédico. El grado de satisfacción del paciente y los resultados objetivos son iguales.

PERONEAL TENDON LESIONS CAUSED BY ANTIGLIDE PLATES USED FOR FIXATION OF LATERAL MALLEOLAR FRACTURES: THE EFFECT OF PLATE AND SCREW FIXATION

M. Weber

Foot Ankle Int 2005; 26 (4)

Las placas de osteosíntesis para fracturas de maléolo peroneal, son más eficaces colocadas posterolaterales. En esta situación parece haber una más alta incidencia de lesiones de los tendones peroneos. Los autores basan el estudio en observaciones clínicas o sobre cadáver: la parte más distal de la placa deberá estar colocada proximal con respecto del canal osteosinovítico de los peroneos. Este nivel anatómico, se correspondería radiográficamente con la unión del tercio proximal con el medio, del maléolo peroneal. Si la colocación es más baja, con facilidad pueden provocarse lesiones tendinosas. En caso de precisar una colocación baja para conseguir una mejor estabilidad de la fractura, los autores proponen no colocar el último tornillo y, en caso de tener que hacerlo, evitar la posición oblicua y enterrar completamente la cabeza del tornillo dentro del contorno del agujero de la placa. Finalmente, si la placa se ha colocado con alguna de estas características, debería ser retirada antes de iniciar una actividad física media, para evitar las lesiones en peroneos.

TENOSINOVITIS OF THE FLEXOR HALLUCIS: A CLINICAL STUDY OF THE SPECTRUM OF PRESENTATION AND TREATMENT

J. Michelson *et al.*

Foot Ankle Int 2005; 26 (4)

Un completísimo trabajo acerca de esta patología. Los autores remarcan la posibilidad de inicio y de desarrollo, con diferentes sintomatologías, de la lesión en tres puntos de conflicto a lo largo del trayecto del tendón: el rodete gleno-sesamoideo (*hallux rigidus*), el nudo de Henke y el canal retromaleolar.

Describen la afección sola o unida a tenosinovitis de los otros tendones retromaleolares o a síndrome de compresión del nervio tibial posterior.

En un porcentaje del 22% encuentran la presencia de un *os trigonum* en el astrágalo que los autores no relacionan con la tenosinovitis. En nuestra opinión este hallazgo contrasta con otras publicaciones que relaciona la presencia del *os trigonum* con la patología inflamatoria del flexor del primer dedo.

Es un trabajo que, por su amplitud de su planteamiento y a la minuciosidad en su desarrollo, puede quedar como

referente del tema y además, nos aporta una amplia bibliografía.

POSTERIOR TIBIAL TENDON DYSFUNCTION SECONDARY TO OS SUBTIBIALE IMPINGEMENT: A CASE REPORT

Hong Gi Park *et al.*

Foot Ankle Int; 26 (2)

Caso clínico de *os subtibiale*. Recuerdan que es un hueso supernumerario que se encuentra debajo del maléolo tibial. El interés viene dado, en mi opinión, por recordar e iconografiar este infrecuente osículo accesorio.

En el caso expuesto provoca un conflicto mecánico con el tendón del tibial posterior creando una tenosinovitis secundaria. Como tratamiento, se extirpa el osículo.

TOBILLO

UNSATISFACTORY OUTCOME FOLLOWING SURGICAL INTERVENTION OF ANKLE FRACTURES

G.M. Nilsson *et al.*

J Foot Ankle Surg; 11 (1)

Revisión sobre los resultados obtenidos en 54 pacientes operados. Considera imprescindible el obtener una total reducción de la fractura, pero en el 81% de los casos no lo consiguieron completamente. Ello incide en los resultados, que son mucho peores de lo que cabría esperar. Por debajo de 40 años fue excepcional una reincorporación completa, al cabo de tres años, a todas las actividades físicas que el paciente practicaba antes de la fractura.

TREATMENT OF MALUNION AND NONUNION AT THE SITE OF THE ANKLE FUSION WITH THE ILIZAROFF APPARATUS

D. Katsenus *et al.*

J Bone Joint Surg 2005; 87 (2)

Un recuerdo de que los métodos de fijación externa, en este caso el sistema Ilizaroff, son útiles en los casos que no se consiga una correcta fusión de las artrodesis de tobillo.

THE USE OF CIRCULAR WIRE EXTERNAL FIXATION IN THE TREATMENT OF SALVAGE ANKLE ARTHRODESIS

E. Zarutskii *et al.*

J Foot Ankle Surg 2005; 44 (1)

Los autores también usan el sistema de Ilizaroff para el tratamiento de las graves lesiones de tobillo que precisen artrodesis. Destacan en este trabajo dos observaciones: La incidencia de complicaciones es similar para los Charcot, post-prótesis, necrosis de astrágalo o sépticas; en cambio, aumentan en pacientes diabéticos, fumadores y obesos.

En las series a largo plazo aumenta el porcentaje de pseudoartrosis, por lo que se considera que la rápida presunción de consolidación puede ser errónea.

ANTEPIÉ

MONOGRÁFICO SOBRE HALLUX VALGUS

Foot Ankle Clin March 2005; 10 (1)

Amplia monografía, con trabajos de autores de primera línea. Se abordan técnicas quirúrgicas, óseas y de partes blandas, complicaciones y su tratamiento.

ARTHRODESIS COMPARED TO MAYO RESECTION OF THE FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT IN TOTAL RHEUMATOID FOREFOOT RECONSTRUCTION

L. Grondal *et al.*

Foot Ankle Int; 26 (2)

Llama la atención este trabajo realizado en Estocolmo y publicado por médicos rehabilitadores. Presentan 31 pacientes afectados de deformidad reumática en antepié. A 16 se les practica una operación de Mayo en el primer metatarsiano, alineación metatarsal en los restantes y tenotomía de extensores. A otro grupo paralelo se practica una artrodesis de la primera metatarsofalángica con alineación de los restantes. La edad media de los pacientes es de 54 años, y el tiempo de seguimiento, de 52 meses. El resultado comparativo, con trabajo estadístico muy serio, es a favor de la operación de Mayo, por lo que es ésta la opción que defienden los autores.

Amplia bibliografía que, sin embargo, no incluye autores, pasados o presentes, de nuestro entorno.

LONG TERM RESULTS OF THE MODIFIED HOFFMAN PROCEDURE IN THE RHEUMATOID FOREFOOT

S. Thomas *et al.*

J Bone Joint Surg Am 2005; 87 (4)

Trabajo que ofrece resultados obtenidos en 37 pies con un seguimiento de cinco años y medio. Se trata de pacientes

con una deformidad importante en antepié secundaria a su artritis reumatoide. Se ha realizado una resección de las cinco cabezas metatarsianas. Los autores ofrecen unos resultados subjetivos buenos o muy buenos, aunque plantean que estos resultados pueden no ser iguales si se usan escalas objetivas como la de Mann. A pesar de ello, y por los buenos resultados, recomiendan la operación.

Después de leer los dos trabajos referenciados nos preguntamos sorprendidos, ¿vamos al redescubrimiento de la denostada alineación metatarsal pero con toque sajón?

CORRELATION OF HALLUX VALGUS SURGICAL OUTCOME WITH AOFAS FOREFOOT SCORE AND RADIOLOGICAL PARAMETERS

D. Thordarson et al.

Foot Ankle Int; 26 (2)

Trabajo en el que de forma muy rigurosa se comparan tres técnicas quirúrgicas para corrección del *hallux valgus*: *lapidus* (18 casos), osteotomía proximal con tiempo sobre partes blandas en met-falángica (72 casos) y osteotomía de Chevron (106 casos).

El tipo de intervención se valora según el grado de deformidad. Evaluando todos los parámetros recogidos, los autores llegan a la conclusión que se obtiene el mismo resultado con cualquiera de las técnicas e independientemente de la intensidad de la deformidad.

PHALANGEAL OSTEOTOMY VERSUS FIRST METATARSAL DECOMPRESSION OSTEOTOMY FOR THE SURGICAL TREATMENT OF HALLUX RIGIDUS

T.E. Kilmartin

J Foot Ankle Surg 2005; 44 (1)

El autor compara resultados entre osteotomías de acortamiento de metatarsiano y osteotomías de acortamiento de falange. Concluye que las de falange no mejoran el espacio articular pareciendo, incluso, que aceleran el pinzamiento y la disminución de la movilidad. Por el contrario, las de metatarsiano mejoran el espacio y la movilidad, pero en un alto porcentaje aparecen metatarsalgias por transferencia. Se considera que el tema quirúrgico para el *hallux rigidus* no está resuelto

PATHOLOGY OF THE FIFTH TOE. QUINTUS VARUS. SURGICAL TREATMENT

F. Álvarez et al.

J Foot Ankle Surg 2005; 11 (1)

El equipo de San Rafael de Barcelona publica una técnica de corrección del juanete de sastrer con técnica de osteotomía en "V" de la metáfisis proximal del 5º metatarsiano y exostectomía de la cabeza del 5º metat con cerclaje fibroso de la cápsula articular.

FOOT THICKNESS AND SWELLING AFTER HALLUX VALGUS CORRECTION WITH REVERDIN-ISHAM PROCEDURE: A 4 MONTH FOLLOW UP STUDY

C. Piqué Vidal

J Foot Ankle Surg 2005; 11 (1)

Piqué presenta los resultados de parte de su serie de *hallux valgus* tratados con técnicas de mini-incisión. La serie se compone de 146 pies en los que se valora, especialmente, la evolución postoperatoria, que está presentada de forma muy clara, concreta y, como indica el título, sin obviar las complicaciones.

La editorial de *Foot and Ankle* comete el error de publicar el artículo en la sección Case Report.

MALFORMACIONES ADQUIRIDAS. PIE PLANO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PIE PLANO FLEXIBLE MEDIANTE LA PRÓTESIS DE GIANNINI

F.A. Miralles-Muñoz et al.

Revista de Ortopedia y Traumatología 2005; 49 (2)

Los autores revisan los resultados obtenidos con un grupo de 20 pacientes (27 pies) operados con una media de edad de 9.8 años. Han usado una técnica de artrorrisis subastragalina mediante implante de prótesis de Giannini. Con un seguimiento medio de 16,6 meses ofrecen una valoración con buenos resultados aunque insisten mucho en la necesidad de indicar correctamente este tipo de cirugía a niños sintomáticos.

EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA ARTRORRISIS SUBASTRAGALINA EN EL PIE PLANO

M.R. Sánchez-Crespo et al.

Revista de Ortopedia y Traumatología 2005; 49 (2)

Presentan una serie con criterios de inclusión similares a la serie del trabajo anteriormente referenciado. Los pacientes han sido tratados con el mismo tipo de implante. Se valoran 41 pies correspondientes a 23 niños operados con una edad

media de 10 años. Los resultados de esta serie se publicaron con anterioridad. A los 13 años de la intervención se consigue reagrupar a 16 de aquellos pacientes que en la actualidad tienen una media de edad de 22.5 años.

El planteamiento del trabajo, con una doble revisión, confiere un interés especial. En la primera revisión presentaron 20 excelentes, 7 buenos y 3 malos. En la revaloración de estos pies once años después, los excelentes pasan a 22, los buenos pasan a 5 y los malos se mantienen en 3 casos.

Estos tres casos malos son atribuidos fundamentalmente a aflojamientos precoces de la prótesis.

La coincidencia, en el mismo número, de dos trabajos sobre tratamiento quirúrgico del pie plano infantil reactualiza el tema. Es de gran interés ver la coincidencia en los criterios de selección que concretan la indicación en aproximadamente el 1% de pies planos infantiles tratados ortopédicamente.

Sin embargo, al usarse la misma prótesis en ambas revisiones se da, en mi opinión, un protagonismo desmesurado a este implante. Es sabido que se obtienen buenos resultados con la prótesis de Giannini, pero no podemos olvidar todas las existentes con resultados similares. Ahondando en ello referenciamos las siguientes:

CURRENT TOPIC REVIEW: SUBTALAR ARTHROEREISIS FOR THE CORRECTION OF FLEXIBLE FLAT FOOT

R. L. Needleman

Foot Ankle Int 2005; 6 (4)

El presente trabajo en el que iniciándose con la historia de la cirugía del pie plano se continúa con un amplísimo recor-

datorio de sus bases, tipos de prótesis, autores, técnicas quirúrgicas, resultados etc.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADULT FLAT FOOT

M. S. Lee *et al.*

J Foot Ankle Surg 2005; 44 (2)

Excelente trabajo de revisión y puesta al día sobre el pie plano adulto. Se abordan todos los tipos etiológicos de pie plano. Aunque no aporta grandes novedades, el conjunto es recomendable. Buena iconografía. Especialmente útiles son las tablas que presenta explicando la evolución, el tratamiento, formas clínicas, etc. La bibliografía consta de 223 citas. Es muy didáctico.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS

SINOSTOSIS CONGÉNITA DEL TARSO

J. Minguella *et al.*

Revista de Ortopedia y Traumatología 2005; 49 (2)

Se revisan 86 casos de sinostosis astrágalo-calcáneas y calcáneo-escafoideas. Tras un exhaustivo control de datos, los autores concluyen que son de difícil diagnóstico si sólo se usan criterios de sospecha radiográfica.

El diagnóstico es más precoz en niñas. El tratamiento quirúrgico ofrece mejores resultados para las calcáneo-escafoideas.