

REVISTA DE REVISTAS

Dr. Ramón Rochera Vilaseca

Durante el último trimestre se ha indexado en Medline una nueva publicación dedicada al pie: *Foot & Ankle Specialist*. Debemos seguir su evolución pero, por los primeros números a los que he tenido acceso, parece que puede convertirse en una publicación de referencia. Presenta artículos de investigación, de revisión, mesa redonda de discusión, técnica quirúrgica y revisión de libros. La revista está escrita y editada por cirujanos ortopédicos (G.C. Berlet, de la Ohio State University) y Pediatras (B. Baravarian, del UCLA Medical Center y Orthopaedic Hospital). Es de periodicidad bimensual. Como ejemplo, y como situación excepcional, referenciamos el índice y sus resúmenes del último número, que es el correspondiente a agosto:

CLINICAL RESEARCH

THE IMPACT OF THE SPARTHATHION ULTRAMARATHON RACE ON ATHLETES' PLANTAR PRESSURE PATTERNS

P. Karagounis, G. Prionas, E. Armenis, G. Tsiganos, P. Baltopoulos

Foot Ankle Spec 2009; 2 (4): 173-78

Destacan cambios en los picos de presión en antepié y dedos durante la carrera y en las horas inmediatamente posteriores. Se restablecen los valores previos tras 24 horas, probablemente por una restauración de la actividad muscular normal.

REVIEW

CARTILAGE REPAIR

B.L. Clair, A.R. Johnson, T. Howard

Foot Ankle Spec 2009; 2 (4): 179-88

Actualmente, hay muchas opciones en la reparación del cartílago. Estas técnicas de reparación del cartílago, en general, pueden clasificarse en tres grupos: estimulación de la médula ósea con técnicas básicas, técnicas de transferencia osteocondral y basados en técnicas de reparación celular del cartílago. Este artículo de revisión presenta una visión general de estas técnicas, indicaciones para el uso, ventajas y desventajas de cada uno, y una revisión actual de las aplicaciones en cirugía del pie y tobillo.

ROUNDTABLE DISCUSSION

SYSTEMIC INFLAMMATORY DISEASE IN THE FOOT

Ch. Bibbo, M. Delmi, Ch.F. Hyer, A.M. Jacobs, T.S. Roukis

Foot Ankle Spec 2009; 2 (4): 189-93

TECHNIQUE

DOUBLE-CALCANEAL OSTEOTOMY WITH A UNILATERAL RAIL EXTERNAL FIXATOR FOR CORRECTION OF PES PLANUS: A CASE REPORT

N.T. Penney, S.J. Viselli, T.R. Holmes, R.D. Weiner

Foot Ankle Spec 2009; 2 (4): 194-99

Los autores proponen para el tratamiento del pie plano con gran deformidad e inestabilidad una combinación de osteotomía de desplazamiento medial del calcáneo con osteotomía de alargamiento en la columna lateral. El objetivo de este procedimiento es restaurar la alineación, estabilizar el pie y mejorar su función. Lo novedoso es que el uso de fijador externo para provocar una distracción del callo óseo en la osteotomía tipo Evans a la vez que una compresión en la posteromedial de desplazamiento.

BOOK REVIEW

MCGLAMRY'S COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF FOOT AND ANKLE SURGERY (2-VOLUME SET)

A.S. Banks, M.S. Downey, D.E. Martin, S.J. Miller

Lippincott Williams & Wilkins; 2001

ISBN-10: 0683304712 • ISBN-13: 978-0683304718

Foot Ankle Spec 2009; 2 (4): 200

Con esta pequeña reseña se puede entrever la línea de la revista y, si resulta de interés, se puede consultar en Internet o suscribirse a ella.

GENERALES

JOINT CURETTAGE ARTHRODESIS TECHNIQUE IN THE FOOT: A HISTOLOGICAL ANALYSIS

J. Jhonsosn, J. Schuberth, S. Thomson, J. Christensen

J Foot Ankle Surg 2009; 48 (5): 558-64

Constituye un trabajo muy interesante. Los autores analizan, en especímenes cadavéricos, el aspecto de las diferentes articulaciones del pie tras la práctica de un curetaje que, en el ser vivo, debería provocar una artrodesis. Los autores encuentran, en todos los casos, una capa de detritus cartilaginoso que se interpone entre las superficies cruentadas, con lo que consideran que el efecto artrodesis va a quedar muy dificultado.

THE EFFECT OF PRE-OPERATIVE COUNSELLING ON SMOKING PATTERNS IN PATIENTS UNDERGOING FOREFOOT SURGERY

N.M. Walker, S.A. Morris, L.B. Cannon

Foot Ankle Surg 2009; 15 (2): 86-9

Presten atención: la guerra a los fumadores llega a la cirugía del pie; si quiere dejar de fumar, opérese el antepié. Es un estímulo para lograrlo con el que los autores aportan unos resultados espléndidos.

THE EFFECT OF CIGARETTE SMOKING ON RADIOGRAPHIC BONE HEALING ALTER ELECTIVE FOOT SURGERY

K. Krannitz, H. Fong, L. Fallat, J. Kish

J Foot Ankle Surg 2009; 48 (5): 525-7

Los autores muestran estadísticamente un incremento del 42% en el tiempo de consolidación de las artrodesis en el pie. Este trabajo se incluye en la misma línea que el anterior, en contra del tabaco.

THE EFFECT OF HINDFOOT REALIGNEMENT IN TRIPLE ARTHRODESIS

B. Child, J. Hix, A. Catanzarati

J Foot Ankle Surg 2009; 48 (3): 285-93

Puesta al día de los resultados que pueden obtenerse con las artrodesis para la corrección de deformidades del retropié. El trabajo no tiene mayor interés pero se incluye en la sección porque los pocos malos resultados que aporta están relacionados con la condición de fumadores de los pacientes.

COELIAC DISEASE PRESENTING WITH BILATERAL FIBULAR STRESS FRACTURES

J. Gilbody, M. Trevett

Foot Ankle Surg 2009; 15 (2): 96-100

Una publicación interesante que nos obliga a tener en cuenta la posibilidad de enfermedad celíaca oculta en pacientes que consulten por fracturas de *stress* repetitivas. El motivo sería la osteopenia secundaria al déficit nutricional.

IMPROVEMENT IN SURGICAL CONSENT WITH A PREOPERATIVE MULTIMEDIA PATIENT EDUCATION TOOL: A PILOY STUDY

B. Beamond, A. Beischer

Foot Ankle Int 2009; 30 (7): 619-26

Se recoge la experiencia en grupos de pacientes que iban a ser operados de artrodesis metatarsofalángica del pie. A uno de ellos se le hace leer y se le explica el consentimiento informado. En otro grupo se les informa con un material multimedia de la operación y sus riesgos. Este segundo grupo, al ser interrogados sobre su operación, resultan mucho mejor informados y con un mayor nivel de comprensión sobre lo que significa la artrodesis, los riesgos y posibles complicaciones. Todo ello redundará en un mayor grado de aceptación y de satisfacción hacia la operación y hacia la relación con el cirujano.

EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA

THE REVERSE COLEMAN BLOCK TEST RADIOGRAPH

E. Wood, A. Syed, N. Geary

Foot Ankle Int 2009; 30 (7): 708-10

Resulta muy ingeniosa la proyección radiográfica que se describe para cuando nos interese concretar la articulación subluxada del arco interno del pie en los pies planos. Situación frecuente en los pies planos por disfunción del tibial posterior. Con el pie en descarga, colocan el talón en posición neutra, presionan la cabeza del primer metatarsiano hacia

arriba hasta que el quinto quede horizontal contra el suelo. La altura entre la cabeza del primero y la del quinto les da la medida de un bloque de madera que insertan bajo la cabeza del primer meta en bipedestación. Con este bloque colocado, hacen una proyección radiográfica: el arco interno aparece levantado hasta la articulación colapsada por la deformidad. El artículo se acompaña de una iconografía que hace que todo el método aquí resumido sea fácil de entender.

RADIOGRAPHIC MEASUREMENTS IN PATIENTS WITH HALLUX VALGUS BEFORE AND AFTER CRESCENTIC PROXIMAL OSTEOTOMY

H. Shima, R. Okuda, T. Yasuda, Y. Jotoku, N. Kitano, M. Kinoshita

J Bone Joint Surg Am 2009; 91 (6): 1369-76

Curioso trabajo en el que los autores practican las mediciones usando el eje del primer metatarsiano y el del segundo para sus evaluaciones. Tiene unos resultados poco correlacionables con la clínica, por lo que concluyen que, aun siendo el eje intermetatarsal, un buen método de medición no es el adecuado para el trabajo que se propusieron.

THE HIP-KNEE-ANKLE ANGLE IN CHILDREN: REFERENCE VALUES BASED ON A FULL-LENGTH STANDING RADIOGRAPH

S. Sabharwa, C. Zhao

J Bone Joint Surg Am 2009; 91 (10): 2461-8

A veces nos sorprende cómo en revistas de gran prestigio internacional se publican trabajos con conclusiones que han sido ya muy difundidas. Creo que deberíamos perder la vergüenza y animarnos a publicar más en revistas internacionales.

El trabajo en cuestión concluye que, a partir de los 7 años, los ejes de la extremidad son iguales a los del adulto. Hasta esta edad con frecuencia se asiste a valgus o varos.

PATOLOGÍA DE TENDÓN, NERVIOS Y FASCIA

SHORT TERM OPERATIVE OUT-COME OF TARSAL SYNDROME DUE TO BENIGN SPACE-OCCUPYING LESIONS

S. Sung, S. Jun Park

Foot Ankle Int 2009; 30 (8): 741-5

Se revisan 20 casos de síndrome de túnel tarsiano. En 13 de ellos se identificaron estructuras que comprimían al tibial posterior. La más frecuente fue el ganglión seguido de condromatosis, Schwannoma y coalición astrágalo-calcánea. Lo

más interesante del trabajo son los resultados. Objetivamente, según escalas de AOFAS y VAS, el resultado fue muy bueno. Subjetivamente, fue mucho menor de lo esperado: sólo un 54% de los pacientes estaban satisfechos de la intervención por continuar presentando síntomas. Por todo ello, los autores aconsejan ser cautos y no dar grandes expectativas de buenos resultados cuando se informe a los pacientes.

TARSAL TUNEL SYNDROME. ASSESSMENT OF TREATMENT OUTCOME WITH AN ANATOMIC PAIN INTENSITY SCALE

W.H. Gondreing, E. Trepman, B. Shields

Foot Ankle Surg 2009; 15 (3): 133-38

Los autores estudian dos grupos. El primero se trata de forma conservadora y el segundo quirúrgicamente. En el segundo es donde encuentran los niveles más altos de lesión nerviosa en la rama plantar y la calcánea. La mejoría en el grupo quirúrgico tras la intervención fue evidente en los territorios calcáneo y plantar, pero no en el de la rama plantar externa.

THE PREVALENCE OF SYMPTOMATIC POSTERIOR TIBIALIS TENDON DYSFUNCTION IN WOMEN OVER THE AGE OF 40 IN ENGLAND

J. Kohls-Gatzoulis, B. Wods. J.C. Angel, D. Singh

Foot Ankle Surg 2009; 15 (2): 75-81

Los autores remiten un cuestionario en el que interrogan a 1.922 mujeres de 40 años o más de edad. Intentan averiguar la prevalencia de las disfunciones del tibial posterior en la población, aun antes de haber comenzado a acudir al médico o recibir ningún tipo de tratamiento. Concluyen que la disfunción del tibial posterior está presente en un 3,3% de la población femenina de más de 40 años. Según los autores es el primer trabajo que se publica aportando este dato estadístico. Se incluye el cuestionario, que puede ser de utilidad como modelo para otras búsquedas similares.

EVALUATION OF THE HALLUX MORBIDITY OF SINGLE INCISION FLEXOR HALLUCIS LONGUS TENDON TRANSFER

D. Richardson, J. Willers, B. Cohen, W.H. Davis, C.P. Jones, R.B. Anderson

Foot Ankle Int 2009; 30 (7): 627-30

Este trabajo desmitifica el flexor propio del dedo gordo. Los autores revisan el resultado funcional en 48 pacientes tratados por tendinopatías del Aquiles mediante una transferencia del flexor. Si bien clínicamente presentan un menor grado de flexión de la interfalángica distal, esto no se traduce en ninguna repercusión clínica, por lo que concluyen que es solamente un hallazgo de laboratorio.

OPERATIVE TREATMENT OF PLANTAR FASCITIS PRESERVING THE FUNCTION OF THE PLANTAR FASCIA: TECHNIQUE TIP

R. Stoita, M. Walsh

Foot Ankle Int 2009; 30 (10): 1022-5

Los autores presentan una técnica para respetar la totalidad de la fascia plantar para evitar recidivas dolor o inflamación. Consiste en el perforado con un Kischner delgado de unos 10 puntos en el calcáneo por encima de la fascia, a la que mantiene protegida y rechazada hacia abajo con un osteotomo o un separador de Bristow. En el caso de existir un espolón, se extirpa con el osteotomo.

PERCUTANEOUS FENESTRATION OF THE ANTEROMEDIAL ASPECT OF THE CALCANEUS FOR THE RESISTANT HEEL PAIN SYNDROME

F.O. Hassan

Foot Ankle Surg 2009; 15 (2): 90-5

Los autores introducen, a través de una incisión de 5 mm en la parte interna del talón, un clavo de Steinman. Llegan a la superficie anteroinferior del calcáneo, por encima del espolón, y perforan la cortical en todos los sentidos. Respetan el espolón. Aportan muy buenos resultados.

PIE DIABÉTICO

ASSESSMENT OF THE EFFECTS OF DIABETES ON MIDFOOT JOINT PRESSURES USING A ROBOTIC GAIT

D.G. Lee, B.L. Davis

Foot Ankle Int 2009; 30 (8): 67-72

Sabida es la gran frecuencia con que el pie de los diabéticos evoluciona hacia un colapso del mediopié con luxación del Lisfranch y deformidad hacia la planta, que se vuelve convexa y frecuentemente se ulcera. Desde un punto de vista mecánico es como asistir a un círculo vicioso: el colapso del arco produce un aumento de presiones en el mediopié y el aumento de las presiones articulares aumentan el colapso articular. Los autores mantienen la hipótesis de que los puntos de presión en el mediopié son mas altos en los diabéticos. Para ello desarrollan un estudio con ocho pies de cadáver control y ocho de cadáver de diabético. Usan un diseño de simulador de marcha (Universal Musculoskeletal Simulator). Realizan mediciones en la primera cuneometatarsiana, la primera y segundo cuneoescafoidea y la primera intercuneiforme. Las mediciones evidenciaron un 46% de incremento en los puntos de presión en todas las articulaciones testadas, en los pies diabéticos durante la simulación de la fase de apoyo monopodal. Estos hallazgos sugieren que los pacientes diabéticos estarían

predisuestos al colapso del mediopié aun antes de que fueran visibles alteraciones articulares u óseas en el mediopié. Resulta de gran interés el trabajo previo (por este motivo la reseña ha sido relativamente amplia). Gracias a él, comprendemos mejor los dos trabajos reseñados a continuación y que tienen importantes repercusiones en el tratamiento de estos pies

MIDFOOT ULCERS TREATED WITH GASTROCNEMIUS SOLEUS RESECTION

J. Laborde

Foot Ankle Int 2009; 30 (9): 842-6

En 10 pacientes con úlceras tróficas y, ya sin signos de sobreinfección, se les practica una sección del gastrocnemio según técnica de Vulpius. Seis semanas de yeso con apoyo parcial. A los 2 años, los pacientes siguen presentando la curación de sus úlceras. En un caso de recidiva, se practica una fusión astragaloescafoidea, tras la cual la ulceración remite. Las fotografías que presentan son espectaculares por la remisión de las lesiones tanto clínicas como radiográficas. El autor reconoce que su serie es limitada y, por tanto, no ofrece conclusiones en su trabajo, aunque sí recomienda el uso del alargamiento, aun antes de realizar ninguna cirugía osteoarticular. Ésta será practicada en un segundo tiempo si las ulceraciones no remiten.

MIDFOOT CHARCOT ARTHROPATHY WITH IMPROVEMENT OF ARCH AFTER ACHILLES TENDON LENGTHENING: A CASE REPORT

S.M. Holthusen, P. Kolodziej

Foot Ankle Int 2009; 30 (9): 891-4

Trabajo que se suma a los anteriormente reseñados. Para interesados en el tema, su bibliografía es más completa que la del anterior.

PIE ZAMBO

EARLY RESULTS OF THE PONSETI METHOD FOR THE TREATMENT OF CLUBFOOT ASSOCIATED WITH MYELOMENINGOCELE

D.J. Gerlach, C.A. Gurnett, N. Limpaphayom, F. Alaei, Z. Zhang, K. Porter, M. Kirchofer, M.D. Smyth, M.B. Dobbs

J Bone Joint Surg Am 2009; 91 (6): 1350-9

Se analizan dos series paralelas, una compuesta por 27 pies zambos en pacientes con mielomeningocele y la otra por 25 pies idiopáticos. El tiempo de revisión es de 35 meses de media para ambos grupos. Los autores comprueban unos excelentes resultados iniciales en ambos grupos. Sin embargo, la recidiva a los pocos meses fue de un 26% en el

grupo de pies zambos idiopáticos, frente a un 68% en el de los pies con mielomeningocele. Por todo ello, concluyen que puede ser un buen método inicial de tratamiento, aunque en los pies zambos con mielomeningocele deben extremarse las precauciones de control para evitar complicaciones.

TOBILLO

PROSPECTIVE CONTROLLED TRIAL OF STAR TOTAL ANKLE REPLACEMENT VERSUS ANKLE FUSION: INITIAL RESULTS

Ch.L. Saltzman, R. Mann, J. Ahre

Foot Ankle Int 2009; 30 (7): 579-90

Se analizan dos series paralelas de forma inicial y a más largo plazo. Los autores concluyen, tras análisis estadístico, que los pacientes operados con artroplastia presentan una mejor función y con la misma gradación de mejora del dolor que los operados con artrodesis. Con el prestigio de un autor como Man, constituye una verdadera inyección de optimismo que manifiesta una opinión actualizada de algunas prótesis de tobillo.

ANKLE FUNCTION AND SPORTS ACTIVITY AFTER ANKLE ARTHROPLASTY

M.P. Bonnin, J.-R. Laurent, M. Casillas

Foot Ankle Int 2009; 30 (10): 933-44

Revisión de 197 prótesis de tobillo colocadas entre 1997 y 2005. Los pacientes con buena colocación de la prótesis son capaces de retomar actividades físicas y deportivas suaves (bicicleta) pero no aquellas que requieren impacto contra el suelo.

OSTEOCHONDRAL AUTOLOGOUS GRAFT IN THE TREATMENT OF AN OPEN TALAR FRACTURE: A CASE REPORT

J. Bowakim, J. López Goenaga, J. Mayo, J. del Río

J Foot Ankle Surg 2009; 48 (5): 585-8

Espectacular caso el de este paciente con una amputación supracondílea traumática y una fractura conminuta de astrágalo en el lado contralateral. Los compañeros de Madrid aprovechan los condilos amputados como zona donante de injertos osteocondrales para reconstruir el astrágalo dañado.

OSTEOCHONDRAL LESIONS OF TALUS ASSOCIATED WITH ANKLE FRACTURES

S. Boraiah, O. Paul, R.J. Parker, A. Miller, K.D. Hent

Foot Ankle Int 2009; 30 (6): 481-5

Aun reconociendo que el trabajo tiene muchas limitaciones, los autores sugieren que las lesiones osteocondrales

asociadas a las fracturas articulares no comprometen el resultado final, cuando menos a corto plazo, por lo que no serían una prioridad de tratamiento.

BILATERAL OSTEOCHONDRAL LESIONS OF THE TALUS

E. Hermanson, R. Ferkel

Foot Ankle Int 2009; 30 (8): 723-7

Revisan 52 pacientes con lesión bilateral y concluyen que sólo las de amplia superficie serán dolorosas y, por tanto, tributarias de tratamiento quirúrgico.

RETROPIÉ

LIGAMENT RECONSTRUCCIÓN AND CALCANEAL OSTEOTOMY FOR OSTEOARTHRITIS OF THE ANKLE

H.S. Lee, K.L. Wapner, S.S. Park, J.S. Kim,

D.H. Lee, D.W. Sohn

Foot Ankle Int 2009; 30 (6): 475-80

Los autores se proponen analizar los resultados clínicos y radiográficos obtenidos con la práctica de una osteotomía calcánea correctora de varo, un desbridamiento articular, liberación del ligamento deltoideo y una reconstrucción del sistema capsuloligamentoso externo del tobillo. La indicación sería en artrosis de tobillo iniciales o de moderada intensidad con evidente bostezo en varo de la interlínea. Esta situación es frecuente en algunos pies cavos con lesión de ligamento lateral externo.

Como detalles de interés, los autores refieren deslizamientos en unos 5 mm de media de la tuberosidad calcánea y la desinserción de la parte anterior de los fascículos superficial y profundo del ligamento deltoideo que lo facilitan provocando una rotación externa del astrágalo. En ningún caso lo seccionan completamente. Los autores aportan una iconografía en la que se aprecia una mejoría muy evidente y, consecuentemente, unas conclusiones muy satisfactorias con una restauración de la función del tobillo y aparente regresión del proceso artrósico.

El trabajo parece muy útil y práctico, pues plantea un problema frecuente en la práctica diaria, frente al que disponemos de escasos recursos,

SYMPTOMATIC OS TRIGONUM IN CHILDREN

Y. Glard, S. Jacopin, E. Soucanye de Landevoisin,

F. Launay, J.L. Louve Gerard Bollini

Foot Ankle Surg 2009; 15 (2): 82-5

Es interesante recordar que la clínica de compartimento posterior puede estar presente en la fase final de crecimiento (11 a

17 años). Los autores los tratan mediante exéresis por abordaje posteromedial y ofrecen buenos resultados, como en el adulto.

HINDFOOT MOTION FOLLOWING RECONSTRUCTION FOR POSTERIOR TIBIAL TENDON DYSFUNCTION

J. Brodsky, D. Charlick, S. Coleman, F. Pollo, Ch. Roller

Foot Ankle Int 2009; 30 (7): 613-8

El grupo de Brodsky evalúa el movimiento del retropié y del tobillo tras una reconstrucción del tibial posterior en pacientes con disfunción del TP en estadio 2. Realizan una transposición del flexor largo a la tuberosidad del escafoides, reconstrucción del ligamento calcáneo-escafoideo y osteotomía de deslizamiento medial del calcáneo. Seguimiento medio de un año. En la publicación no se aporta ninguna iconografía demostrativa de la corrección obtenida, aunque realmente el trabajo está totalmente centrado en parámetros de marcha. Desde este punto de vista concluyen que la velocidad de marcha, cadencia de paso, longitud de paso es normal (igual al grupo normal de control). El tiempo de apoyo monopodal fue significativamente menor. En cuanto a flexión plantar y dorsal, movimientos de varo-valgo y despegue del talón del suelo, no hubo diferencias significativas estadísticamente. Por todo ello concluyen que la mejoría que se obtiene con este tipo de operación es muy apreciable.

AN ANOMALOUS HINDFOOT INSERTION OF THE POSTERIOR TIBIALIS TENDON

T. Barwick, P. Meckennney

The Foot 2009; 19 (4): 236-7

Los autores presentan los hallazgos macroscópicos e histológicos de una inserción anómala del tibial posterior en el *sustentaculum tali* en un paciente adulto con pie plano.

ARTHROSCOPIC TRIPLE ARTHRODESIS IN PATIENTS WITH MULLER WEISS DISEASE

T.H. Lui

Foot Ankle Surg 2009; 15 (3): 119-22.

Para los que hemos sufrido mucho realizando dobles artrodesis a lo Ombredanne Ducroquet Launay, es casi ciencia ficción ver la posibilidad técnica de llevarlas a cabo vía artroscópica. Los portales usados son: lateral (en el borde plantar y externo correspondiente a la calcáneo cuboidea), dorsolateral (en el punto de unión entre astrágalo-escafoidea y calcáneo cuboidea), medial (dorsal a la inserción del tibial posterior) y dorsomedial (en el punto medio entre los portales medial y dorsolateral). Las superficies cruentas permiten las correcciones que se deseen y se fija con tornillos canulados de 4 mm. Los autores presentan resultados muy aceptables.

ANTEPIÉ

HALLUX VALGUS

INSTABILITY OF THE FIRST METATARSAL CUNEIFORM JOINT: DIAGNOSIS AND DISCUSIÓN OF AN INDEPENDENT PAIN GENERATOR IN THE FOOT

A. Cooper, P. Clifford, V.K. Parikh, N.D. Steinmetz, M.S. Mizel

Foot Ankle Int 2009; 30 (10): 928-32

Los autores analizan la posibilidad de dolor en la cuneo-metatarsiana como entidad patológica independiente.

Concluyen que las exploraciones radiográficas de la articulación son muy poco específicas. Por el contrario, la infiltración anestésica guiada con fluoroscopia puede conseguir un alivio completo de los síntomas. En estos casos, los autores realizan la artrodesis articular ofreciendo una pequeña serie con buenos resultados.

THERMAL PROPERTIES OF FIRST METATARSAL OSTEOTOMIES

P. Hall, A. Landsman, A.S. Banks, L. Dalmia

J Foot Ankle Surg 2009; 48 (4): 432-8

Los autores recuerdan y demuestran en especímenes cadavéricos el aumento de temperatura, hasta límites dañinos, al realizar osteotomías, fresados o atornillados. Demostrando un efecto necrotizante sobre el hueso, los autores insisten en la necesidad de irrigar con suero salino durante su práctica.

HALLUX RIGIDUS

THE IMPORTANTE OF THE LENGTH OF THE FIRST METATARSAL AND THE PROXIMAL PHALANX OF HALLUX IN THE ETIOPATHOGENY OF THE HALLUX RIGIDUS

A. Calvo, R. Viladot, J. Giné, F. Álvarez

Foot Ankle Surg 2009; 15 (2): 69-74

Nuestros compañeros describen un nuevo método de medida digitalizada con la que comparan la longitud total del pie con la del primer metatarsiano, la longitud total del pie con la de la falange y la longitud total del pie con la de la suma primera falange/primer metatarsiano. La medición de este índice lo aplican, por un lado, a un grupo de control sin patología en el pie constituido por 72 individuos y, por el otro, a 248 casos diagnosticados de *hallux rigidus* en diferentes

estadios. Es la segunda serie más extensa publicada. Los autores concluyen que no encuentran diferencias estadísticamente valorables en relación con la longitud de la falange y, por el contrario, sí que aparecen respecto de la mayor longitud del primer metatarsiano.

HALLUX RIGIDUS: A CROSS-SECTIONAL STUDY TO EVALUATE CLINICAL PARAMETERS

P. Beeson, C. Philips, S. Corr, W.J. Ribbans

The Foot 2009; 19 (2): 80-92

Se cuestionan muchos de los parámetros que se dan como ciertos en el HR, como son la longitud de primer radio o el aplanamiento de la bóveda. Destaca la rotundidad con que se concluye que no existe ninguna relación entre el *hallux rigidus* y el acortamiento del Aquiles.

MEDIAL CAPSULAR INTERPOSITINAL ARTHROPLASTY FOR SEVERE HALLUX RIGIDUS

M.P. Hahn, N. Gerhard, D. Thordarson

Foot Ankle Int 2009; 30 (6): 494-9

Los autores reportan los resultados iniciales obtenidos con una técnica en la que realizan una resección mínima de la base de la falange (Keller modificado). La línea de corte está inclinada hacia abajo y proximal con la idea de respetar las inserciones del flexor corto e interponen un colgajo de la cápsula medial: respetan las inserciones en la base de la falange y, de forma transversal la insieren entre la base de la falange y la cabeza del primer meta recubriendo, especialmente, la parte dorsal. La indicación la realizan en *hallux rigidus* de grados 3-4. Consiguen una buena alineación y estabilidad de la articulación y una más que aceptable recuperación del arco de flexo-extensión. Por todo ello, concluyen que sus resultados son satisfactorios y consideran una técnica útil en casos de *hallux rigidus* muy evolucionados.

TOTAL SESAMOIDECTOMY FOR PAINFUL HALLUX RIGIDUS: A MEDIUM-TERM OUTCOME STUDY

M. Tagore, H.A. Brown, S.M. Rees

Foot Ankle Int 2009; 30 (7): 640-6

Se revisan los resultados de 36 operaciones de sesamoidectomía completa entre 2 y 4 años de *follow-up*. La indicación ha sido por *hallux rigidus* grados 2-3, en los que no está indicada ni la artrodesis ni la artroplastia. Aportan buenos resultados en cuanto a función. No señalan metatarsalgias locales ni de transferencia. En definitiva, reseñan la no creación de yatrogenia por el hecho de extirpar los sesamoideos.

FIRST METATARSAL HEAD OSTEOARTICULAR TRANSFER SYSTEM FOR SALVAGE OF A FAILED HEMICAP IMPLANT: A CASE REPORT

M. Hopson, P. Stone, M. Paden

J Foot Ankle Surg 2009; 48 (4): 483-7

Aportación tan interesante como arriesgada. Los autores describen un caso de fallo y descementación de una hemiarthroplastia de cabeza del metatarsiano. Proceden a retirarla, quedando una pérdida de sustancia de 15 x 12 mm correspondiente a zona osteocartilaginosa. Extraen un injerto del mismo tamaño del cóndilo femoral y lo impactan en el lecho con efecto *presfit*. A las 6 semanas observan una completa consolidación radiográfica. Buen resultado funcional y desaparición del dolor previo.

HALLUX VALGUS

CORRECTION OF METATARSUS PRIMUS VARUS AN OPENING WEDGE PLATE: A REVIEW OF 18 PROCEDURES

D. Wukich, A. Roussel, D. Dial

J Foot Ankle Surg 2009; 48 (4): 420-6

Para la corrección del varo del primer metatarsiano en el tratamiento del *hallux valgus*, los autores proponen el uso de placas especialmente diseñadas para las osteotomías de apertura. No colocan injerto y no presentan ningún tipo de complicación el 88,89% de los casos. Seguimiento medio de 11 meses en una serie con 18 osteotomías realizadas en 16 pacientes.