

REVISTA DE REVISTAS

Mariano Núñez-Samper

CARTA A LOS LECTORES

En esta sección pretendemos comentar también trabajos de autores españoles, publicados en revistas extranjeras o nacionales.

Necesitamos para ello que nos remitáis el trabajo entero o un amplio resumen con los datos de publicación al correo electró-

nico de la editorial **Acción Médica** (cgonzalez@accionmedica.com), con la indicación "Para comentar en Revista de Revistas. Dr. M. Núñez-Samper". De esta manera, podremos conocer trabajos que se están publicando fuera de nuestra revista y que, a buen seguro, serán de interés para toda la sociedad.

Mariano Núñez-Samper

INTRA-AARTICULAR OSTEOID OSTEOMA OF THE FIRST METATARSAL

Asunción J, Torrent J, González C, Poggio D

Foot Ankle Int 2013; 34: 408

Los autores comunican un caso de osteoma osteoide de localización intraarticular en la cabeza del primer metatarsiano. El tumor presentaba las características típicas del osteoma osteoide, dolor nocturno que cedía con antiinflamatorios.

El diagnóstico se complementó con un estudio radiográfico en el que se observó un *nidus* en el interior del hueso reactivo esclerótico en la cabeza del primer metatarsiano. El estudio con resonancia magnética nuclear y tecnecio 99 confirmó el diagnóstico clínico de presunción.

El cuadro de metatarsalgia que motivó la consulta debe diferenciarse de la producida por artritis inflamatorias o por enfermedades de depósito como la gota. El tratamiento quirúrgico se realizó mediante resección completa en bloque usando una trefina y la cavidad rellena con injerto esponjoso, desapareciendo la sintomatología original en el postoperatorio.

La anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

Comentarios:

El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno formador de hueso relacionado en su etiología, según algunos autores, con procesos infecciosos y fracturas de estrés. En el pie su localización es infrecuente haciéndolo fundamentalmente en las metáfisis de los metatarsianos centrales. Su ubicación intraarticular en la epifisis distal del primer metatarsiano hace de éste una localización muy infrecuente.

En algunas ocasiones el tratamiento se puede realizar mediante coagulación con radiofrecuencia guiada por tomografía axial computarizada. En este caso se optó por la excisión completa del mismo y relleno de esponjosa, opción que habitualmente nosotros también utilizamos y que garantiza la curación de la lesión.

TRANSMETATARSAL LATERAL RELEASE IN HALLUX VALGUS SURGERY: TECHNICAL TYPE

Asunción J, Poggio D

Foot Ankle Int 2012; 33: 844

Habitualmente se recomienda un tiempo lateral de partes blandas en la cirugía del *hallux valgus* consistente en una capsulotomía y sección del tendón aductor, como complemento, para facilitar la corrección del primer metatarsiano y el valgo del primer dedo.

El procedimiento que se expone se realiza a través del espacio intraóseo de la osteotomía para, de esta manera, evitar otra incisión.

La finalidad de este tiempo quirúrgico es seccionar la contractura de las estructuras laterales: la cápsula, el ligamento suspensorio del sesamoideo lateral, el tendón aductor y el ligamento lateral del sesamoideo externo, estructuras que, según los autores, a veces dificultan la corrección del valgo del dedo.

También refieren que mediante este procedimiento se evitan lesiones neurovasculares o del cartílago articular porque se visualizan directamente estas estructuras.

Comentarios:

La sección de las estructuras laterales de la articulación metatarsofalángica es un procedimiento que habitualmente se lleva a cabo bien mediante cirugía abierta o por cirugía de mínima incisión, para facilitar la corrección del valgo, sobre todo en deformidades graves o estructuradas.

No en todas las publicaciones al respecto se complementa la osteotomía mediante este tiempo de partes blandas. Algunos autores incluso piensan que puede condicionar una necrosis avascular de la cabeza del primer metatarsiano. Mediante este procedimiento anteriormente descrito es difícil que se produzca la sección del paquete vasculonervioso.

APPROACH AND TREATMENT OF THE ADULT ACQUIRED FLATFOOT DEFORMITY

Vulcano E, Deland JT, Ellis SJ

Ref Musculoskeletal 2013 June 14

El pie plano adquirido del adulto abarca diferentes deformidades, consistentes en el fracaso del tendón del tibial posterior, la cápsula y los ligamentos del pie. No obstante, cada paciente presenta unas características individuales, por lo que se requieren tratamientos personalizados, más o menos complejos según el grado de deformidad.

Los autores describen los diferentes accesos quirúrgicos según el procedimiento que se vaya a utilizar: acceso medial para el tratamiento de la lesión tendinosa, acceso lateral y retro-maleolar externo para las osteotomías del calcáneo y accesos más complejos en el caso de indicar una artrodesis.

Comentarios:

Es un artículo muy básico para unos autores del Hospital Surgery de Nueva York, pero entendemos que es interesante que de alguna manera se revisen las diferentes vías de abordaje de las que podemos disponer para el tratamiento del pie plano del adulto.

NAVICULAR SUBLUXATION AS A RADIOGRAPHIC FINDING IN CHARCOT NEUROARTHROPATHY

Stess A, Marc Kuand M, Charlton TP, Thordarson AB

Foot Ankle Int 2013 June 4

El tratamiento del antepié deformado en pacientes con artropatía de Charcot se hace más difícil por la lesión anatómico-patológica que presentan estos pacientes y que ha sido muy poco evaluada en todos los estudios publicados.

Los autores presentan una serie de 143 pacientes con neuroartropatía de Charcot durante los años 2004-2011 en los que han sido estudiadas y evaluadas las subluxación del escafoides con el astrágalo.

La media del ángulo de cobertura del escafoides ha sido de 1,5°, y el del grupo control, de 12,1° ($p > 0,5$).

La no cobertura evaluada en el grupo de pacientes con pie de Charcot fue del 12,2%, y la del grupo control, del 22%.

Como conclusión, refieren que la subluxación medial del escafoides es más frecuentes en pacientes con pie de Charcot que en los normales debido a que el tendón tibial posterior no mantiene su tensión y desestabiliza la columna interna.

Comentarios:

En el trabajo no se comenta si el talón está en varo o en valgo; no obstante, la subluxación medial del escafoides también se produce en otras patologías como la enfermedad

de Müller-Weiss, pero requiere en estas patologías un varo de talón y un origen mecánico producido por la hiperpresión del segundo radio sobre la cuña y el borde lateral del escafoides.

Por ello pensamos que además de la disminución de tensión del tendón tibial posterior deben influir razones mecánicas para producir la desestructuración articular que los pacientes con un pie de Charcot presentan.

NEAR-ANATOMIC ALLOGRAFT TENODESIS OF CHRONIC LATERAL ANKLE INSTABILITY

Miller AG, Raikin SM, Ahmad J

Foot Ankle Int 2013 June 14

La reparación del ligamento lateral externo del tobillo por inestabilidad lateral requiere habitualmente métodos que utilizan tejidos de la zona y no consiguen reconstrucciones anatómicas. Recientes estudios han modificado estos conceptos desarrollando plastias más anatómicas que utilizan aloinjertos tendinosos.

En este estudio los autores han intervenido a 28 pacientes en los que se ha utilizado aloinjerto tendinoso del semitendinoso con un seguimiento de 32 meses. Once pacientes habían sido intervenidos previamente y 4 presentaban una enfermedad de Ehlers-Danlos con tejidos muy elásticos. De la serie, 5 presentaban 30° de varo, y 12 tenían asociado un retropié en varo. El resto presentaba una estructura osteoarticular normal.

Previamente se realizó una valoración clínica mediante la escala visual analógica valorando el dolor, la movilidad y la actitud del pie y tobillo; asimismo se valoró en el postoperatorio la corrección radiográfica, la satisfacción del paciente y las complicaciones (FAAM).

Veinticinco pacientes refirieron después de la intervención quirúrgica un alto grado de satisfacción, y 3 refirieron un resultado bueno.

Los autores concluyen el trabajo recomendando la utilización de aloinjerto tendinoso en lugar de emplear los tendones peroneos para tratar la inestabilidad lateral del tobillo, realizando el diseño de la plastia según los modelos habitualmente utilizados.

Comentarios:

Nos parece interesante este trabajo que viene a confirmar lo que nosotros publicamos en la Revista del Pie y Tobillo, Tomo XVII, N.º 2, diciembre 2003, en el que exponíamos como técnica original la utilización de aloinjerto tendinoso criopreservado, concretamente el tendón peroneo lateral largo, con el diseño de la plastia de Castaing 2 para tratar la inestabilidad lateral crónica del tobillo, en lugar de utilizar el peroneo lateral corto, como casi todas las técnicas recomiendan, y así no desestabilizar la articulación tibioastragalina.