

REVISTA DE REVISTAS

Mariano Núñez-Samper Pizarroso

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 Pizarroso

TENDOSCOPIC GROOVE DEPENDING FOR CHRONIC SUBLUXATION OF THE PERONEAL TENDONS

Vega J, Batista JP, Golanó P, Dalmau A, Viladot R

Foot Ankle Int 2013; 34 (6): 832-40

Los autores describen un procedimiento mediante técnica endoscópica, poco invasiva, para tratar esta patología frecuente en deportistas jóvenes, a los que esta lesión les produce dolor e inestabilidad del tobillo durante su actividad deportiva.

La serie es de 7 pacientes intervenidos con una media de edad de 26,4 años. Todos referían inestabilidad durante el deporte, con sensación extraña detrás del maléolo externo. El seguimiento postoperatorio osciló entre 8 y 25 meses.

Se realizaron estudios previos clínico y de imagen (radiografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, ecografía, etc.) para confirmar el diagnóstico. En todos los casos, los pacientes presentaban un surco retromaleolar aplanado, lesión de la retináculo y, en algún caso, desgarro del tendón peroneo lateral corto, que fue desbridado.

Todos fueron tratados quirúrgicamente mediante tenoscopia, realizando una profundización del surco retromaleolar y reconstrucción de la retináculo de los tendones peroneos.

Se utilizaron lentes de 2,7 mm de 30° de alcance largo e instrumental pequeño de cirugía artroscópica a través de portales estándar proximal y distal retromaleolar.

El surco se profundizó con una fresa de 3,5 mm, y la retináculo fue reforzada en todos los casos. Antes de terminar se comprobó la estabilidad del tobillo mediante maniobras de inversión y flexión dorsal.

La valoración de la AOFAS mejoró de 75 a 93 puntos, y la reintegración al deporte tuvo lugar a los 3 meses por término medio.

No refieren ninguna complicación y sí, en cambio, ventajas, sobre todo una menor agresividad sobre las partes blandas,

menos dolor en el postoperatorio y mejor cosmética. Este procedimiento permite que en caso de fracaso se pueda reintervenir quirúrgicamente el paciente utilizando técnicas convencionales.

Comentarios:

La luxación recidivante de los peroneos está asociada frecuentemente con esguinces de tobillo; de ahí que a veces se enmascare el diagnóstico. Eckert y Davis las clasificaron en tres grupos, en función de la ubicación de los tendones o avulsión ósea marginal asociada, pero ninguno de los grupos valora la profundidad o el aplanamiento del surco, que a veces facilita la luxación de los propios tendones.

La reinserción directa de la vaina (Meary y Tomeno), técnicas óseas, el colgajo perióstico pediculado, tenoplastias y cambios de dirección de los tendones del canal retromaleolar también ofrecen buenos resultados, pero presentan en su realización una mayor agresión que con este procedimiento, en el que la agresión es mínima y cuenta además con la ventaja de la reinserción de la retináculo por vía endoscópica, lo que estabiliza la mecánica de los peroneos y le permite al paciente volver a practicar deporte en un corto periodo de tiempo, como avalan los resultados.

ARTICULAR CHONDRAL DAMAGE OF THE FIRST METATARSAL HEAD AND SESAMOID: ANALYSIS OF CADAVER HALLUX VALGUS

Doty JF, Coughlin MJ, Schutt S, Hirose C, Kennedy M, Grebing B, Smith B, Cooper T, Golano P, Viladot R, Remington R

Foot Ankle Int 2013; 34 (8): 1090-6

La evidencia de éxito en la cirugía del *hallux valgus* a veces no es contrastada por los pacientes, que siguen presentando dolor en la articulación 1.ª metatarsofalángica (MTTF) aunque la corrección de la deformidad sea satisfactoria.

El propósito de este trabajo es evaluar la relación entre las lesiones condrales de la cabeza del primer metatarsiano que presentan estas deformidades y el ángulo del *hallux valgus* (AHV) intermetatarsal y de cobertura en concordancia con el algoritmo terapéutico y analizar las perspectivas de éxito.

El estudio fue realizado en 39 cadáveres portadores de un *hallux valgus*, en el Departamento de Anatomía y Embriología Humana de la Universidad de Barcelona, con una edad media de 79 años; 12 eran varones y 22 mujeres.

Fueron realizadas radiografías del pie incluyendo la articulación MTTF, midiendo y valorando los ángulos antes citados.

La cabeza metatarsal se dividió en 9 zonas, y los sesamoideos en 2.

Las lesiones condrales observadas por disección se valoraron según la escala ICRS (Cartilage Repair Society) de 0 a 4 en función de la extensión, lado y profundidad, relacionándolas con la deformidad y los ángulos plantares.

Veintinueve especímenes presentaban lesión condral con 15° de AHV o más, 4 presentaban ausencia de lesión, y 3 tenían lesión con AHV menor de 15°.

Encontraron un 74,4% de erosiones en las zonas 5 y 10 que corresponden a la zona superior central de la cabeza y al sesamoideo interno; asimismo observan una correlación estadística entre el aumento del tamaño de la erosión y el mayor valor de los ángulos metatarsales. El tamaño de la lesión era mayor según el aumento del valor del AHV.

Los autores refieren que estas lesiones que se observan en las formas moderadas y graves pueden justificar la presencia de dolor tiempo después de la cirugía, aunque se obtenga una buena corrección anatómica.

Comentarios

El trabajo describe y clasifica de forma clara y anatómica las lesiones del cartilago articular que se han producido durante la patocronia de la deformidad, causantes del dolor articular y que no son visibles en el estudio radiográfico previo a la cirugía.

Estas erosiones, que a veces dejan expuesto el tejido subcondral, son productoras de limitación articular y dolor posquirúrgico a pesar de que la corrección de la deformidad sea satisfactoria.

El estudio que ha sido realizado en especímenes de cadáveres confirma que la gravedad de la erosión condral está en relación con la gravedad de la deformidad, que a su vez es clasificada según el aumento del valor de los ángulos plantares que han utilizado los autores.

Sin duda, el trabajo responde a las preguntas de aquellos pacientes que después de la cirugía siguen teniendo dolor con buena corrección y son remitidos a rehabilitación sin una explicación concreta de cuál es el origen del mismo.

METATARSOPHALANGEAL JOINT PATHOLOGY IN CROSSOVER SECOND TOE DEFORMITY: A CADAVERIC STUDY

Coughlin MJ, Schutt SA, Hirose CB, Kennedy MJ, Grebing BR, Smith BW, Cooper MT, Golano P, Viladot R, Alvarez F
Foot Ankle Int 2012; 33 (2): 133-40

Los autores han realizado un estudio en 16 especímenes de pies de cadáver que presentaban una deformidad en garra del 2.º dedo asociada a un *hallux valgus* o a un *hallux rigidus*.

Las piezas se estudiaron radiográficamente, midiendo los ángulos metatarsofalángico (MTTF)-2 y MTTF-3, así como el estado de la articulación MTTF.

Posteriormente fueron disecadas desde la falange proximal hasta la cabeza del metatarsiano, exponiendo la placa plantar y las lesiones de las partes blandas, cápsula y ligamentos, para clasificarlas a continuación según los grados de rotura, descritos por Coughlin y Neri (The Physician and Sportsmedicine 39.3.2011). Éstos oscilan desde 0 a 5 según el porcentaje de desgarro de la placa plantar y de las partes blandas.

Observaron que, según aumentaba la deformidad, aumentaba el desgarro de las partes blandas (cápsula y ligamentos laterales) hasta la ruptura total en los casos más avanzados, donde existía una luxación completa de la articulación.

De los 16 casos 5 eran del grado 1; 4 del 2; 5 del 3; y 2 del grado 4, en los que había una disrupción completa.

Respecto al término *crossover second toe*, refieren que no es correcto porque la articulación no sólo está afectada en el plano sagital sino también en el transversal, pudiendo presentar desviación dorsal, medial o lateral.

Comentarios

La insuficiencia ligamentosa de la 2.ª articulación MTTF, asociada a una garra digital, viene siendo tratada hace años principalmente por procedimientos quirúrgicos indirectos que estabilizan los tejidos blandos o bien acortando el metatarsiano, habitualmente más largo, a costa de desalinearse en ocasiones el arco metatarsal anterior.

Con frecuencia corregimos la deformidad del primer radio, y la patología del 2.º se abandona, o nos limitamos a hacer una resección artroplastia de la interfalángica proximal para corregir exclusivamente el dedo. En ninguno de los dos casos solucionamos el problema de base, que radica en la articulación MTTF.

El tratamiento quirúrgico de estas deformidades no debe limitarse al primer radio exclusivamente, sino a todas las deformidades de antepié. De ahí el interés de este trabajo, que nos permite conocer y valorar clínicamente en qué medida está lesionada la placa plantar y optar así por la mejor técnica terapéutica.

CHRONIC PLANTAR FASCIITIS: PLANTAR FASCIOTOMY VERSUS GASTROCNEMIUS RECESSON

Monteagudo M, Maceira E, García-Virto V, Canosa R

Int Orthop 2013; 37 (9): 1845-50

El objetivo del estudio fue comparar los resultados del tratamiento quirúrgico de la fasciotomía parcial proximal (PPF) con la liberación proximal del gastrocnemio interno (PMGR) para el tratamiento de la fascitis plantar crónica (CPF).

El método consistió en hacer un estudio retrospectivo y comparar 30 pacientes con CPF en que se hizo PPF con 30 en que se intervino con PMGR.

Ambos grupos fueron emparejados en términos de tratamientos anteriores y tiempo del comienzo de los síntomas previos a la cirugía. Posteriormente se valoraron los resultados clínicos, funcionales y de satisfacción mediante las escalas VAS, Likert y AOFAS.

Los autores evidenciaron que la fasciotomía plantar presentaba resultados clínicos y funcionales satisfactorios en el 60% de los pacientes, y en un promedio de 10 semanas volvían a realizar su trabajo habitual y deporte.

En el grupo de pacientes en que se hizo la liberación del gastrocnemio, el resultado clínico y funcional favorable alcanzó el 95%, pudiendo los pacientes trabajar y hacer deporte a las 3 semanas.

Comentarios

El sistema aquileo-calcáneo-plantar es una unidad anatómofuncional cuya integridad es determinante para realizar el segundo y tercer *rocker* de la marcha. Las entesopatías insercionales del gemelo o no insercionales o las de la fascia plantar van a cursar con dolor (talalgia) e impotencia funcional, que se va a ver acrecentada en ocasiones por la existencia de un gastrocnemio corto.

La importancia del gastrocnemio en el mantenimiento de estas patologías está siendo puesta de manifiesto recientemente en diferentes publicaciones (Barouk), y la sección del gemelo interno, en cualquiera de sus formas, permite disminuir la tensión mecánica del sistema, mejorando la sintomatología, como han confirmado los autores de este trabajo, en el que todos los pacientes intervenidos tenían un gastrocnemio corto. Además, evitan una posible alteración del efecto *windlass* del arco plantar cuando se realiza una fasciotomía.

Se menciona la importancia de realizar la maniobra de Silfverskiöld al explorar una fascitis plantar; sin duda, la maniobra determinante para valorar si el origen de la lesión es un gastrocnemio corto o si se debe a otras causas, e indicar así la cirugía en el gemelo interno o en la fascia plantar.

Los resultados clínicos y funcionales avalan la bondad de la técnica y la reintegración social rápida de los pacientes.

(In memoriam a nuestro compañero Rafael Canosa Sevillano)