

REVISTA DE REVISTAS

Ramón Rochera Vilaseca

EXPLORACIÓN

ARTHROSCOPIC TREATMENT FOR ANTERIOR IMPINGEMENT OF THE ANKLE: APPLICATION OF THREE DIMENSIONAL COMPUTED TOMOGRAPHY

Masato Takao y cols.

Foot & Ankle International. Vol. 25, n.º 2. February 04

Tras la resección artroscópica de osteofitos tibiales y astragalinos en los síndromes de *impingement*, los autores obtienen sus buenos resultados gracias a la completa y total resección de los mismos. Consideran imprescindible conocer el número, la localización y el tamaño exacto de todos ellos previamente a la intervención.

THE ANTERIOR ANKLE IMPINGEMENT SYNDROME: DIAGNOSTIC VALUE OF OBLIQUE RADIOGRAPHS

Johannes L. Tol y cols.

Foot & Ankle International. Vol. 25, n.º 2. February 04

Las radiografías oblicuas de tobillo son imprescindibles para detectar la existencia de osteofitos anteromediales en tibia o astrágalo que pueden pasar totalmente desapercibidos en las proyecciones Ap y P.

MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND SURGICAL CORRELATION OF PERONEUS BREVIS TEARS

Bradley M. Lamm DPM y cols.

The Journal of Foot & Ankle Surgery. Vol. 43, n.º 1 February 04

RELATIONSHIP BETWEEN FOOT ANGLES AND HYPERMOBILITY SCORES AND ASSESSMENT OF FOOT TYPES IN HIPERMOBILE INDIVIDUALS

Anyhan Kamanii y cols.

Foot & Ankle International. Vol. 52, n.º 2. February 04

Aporta datos y mediciones en las diferentes articulaciones del pie. Se objetiviza el concepto de pie hiper móvil.

TOBILLO Y RETROPIÉ

BILATERAL SIMULTANEOUS TRAUMATIC ACHILLES TENDON RUPTURE

Audenaert E. A. y cols.

Foot & Ankle Surgery. Vol. 10, n.º 1. 2004

Describen un caso de ruptura espontánea y bilateral de Aquiles sin ningún factor de riesgo previo. Coincide con la práctica de deporte y se observa la existencia de una degeneración previa del tejido tendinoso. Se trata con sutura término-terminal con buen resultado.

Creo que es destacable la presencia de esta patología sin ninguna base predisponente, y más teniendo en cuenta, como destacan los autores, el incremento de población que practica deportes hasta edades avanzadas.

FRACTURAS DE ASTRÁGALO

F. Ladero, V. Concejero

Rev Ortop Traumatol. Vol. 48, n.º 2

Se trata de un excelente trabajo de revisión y puesta al día. Para la clasificación de las fracturas de cuello usan la escala de Hawkins. En el mismo trabajo se analiza asimismo la Osteonecrosis y fracturas de *os trigonum* y del proceso lateral. Muy recomendable la bibliografía aportada por los autores.

OPERATIVE TREATMENT OF OSTEOCHONDRAL LESIONS OF THE TALAR DOME: CURRENT CONCEPTS REVIEW

Sandro Giannini y cols.

Foot & Ankle International. Vol. 25, n.º 3 March 04

Aporta reflexiones y primeras experiencias sobre el tratamiento de las lesiones condrales de más de 2 cm², localizadas en la cúpula astragalina mediante injertos osteocondrales y trasplantes de condrocitos. Se desprende del trabajo que es un tema no resuelto, pues los estudios histológicos no son demasiado positivos.

Es un tema de candente actualidad y posiblemente con un gran futuro, por lo que recomiendo su lectura.

EVALUATION AND TREATMENT OF CHRONIC ANKLE PAIN

Mark S. Mizel, Paul J. Heght, Jhon V. Marymont, Thomas Temple

J. Bone Joint Surg. Vol. 86/A, n.º 3. March 2004

Se trata de la publicación de los trabajos presentados en un "Instructional Course Lecture" de la Academia Americana.

Constituye un aconsejable y muy útil repaso de la patología más frecuente de tobillo.

Los autores remarcan cómo llegar al diagnóstico a partir de los síntomas que relata un paciente. Consideran que las exploraciones de rutina de un tobillo doloroso deben incluir la búsqueda de signos clínicos, radiografías, TAC y RNM. No mencionan el papel de la ecografía que, según estudios recientes, aquí mismo comentados, puede sustituir o incluso aportar más datos que la RNM en patología tendinosa.

Destacan la importancia de los análisis de marcha, el tipo de calzado o las modificaciones ortopédicas que el paciente pueda usar. También incluyen las exploraciones neurovasculares para descartar problemas tromboembólicos o afecciones neurológicas periféricas o centrales.

Tras el recuerdo de la exploración clínica agrupan los síndromes que afectan al retropié en:

1. Dolor postero-medial de tobillo. Incluyen:
 - Patología del tibial posterior, descrita de forma corta, pero suficiente en un trabajo de estas características.
 - Trastornos del flexor largo del primer dedo: Posible siempre que se realicen actividades repetitivas que impliquen una gran amplitud de movimientos del tobillo. Nos parece interesante la relación con la posible presencia de un *os trigonum*. Como tratamiento aconsejan el desbridamiento del tendón con resección de los posibles nódulos y reconstrucción de los posibles desgarros. El *os trigonum*, de existir, debe ser resecado.
 - Síndrome del túnel tarsiano: destacan que no necesariamente el electromiograma debe ser positivo para llegar a su diagnóstico, aunque se muestran muy reservados en cuanto a la indicación de tratamiento quirúrgico, pues hacen referencia a series de otros autores con un muy alto porcentaje de no mejoría tras el tratamiento.
 - Tendinitis del Aquiles. Diferencian las de inserción de las que ocurren en el cuerpo, generalmente en la

zona avascular. Las primeras se asocian habitualmente a una exóstosis de Hadlung. Deben ser tratadas de forma conservadora y, como último recurso con cirugía sobre peritendón, con exéresis de las zonas inflamadas y tendón con desbridamientos. Si la exóstosis de Hadlung no responde a tratamiento conservador puede ser resecada.

2. Dolor anterior y externo de tobillo:
 - Esguinces de tobillo en su forma aguda o formando parte de un síndrome de inestabilidad crónica.
 - Entorsis de subastragalina e inestabilidad crónica: Difícil de diferenciarlos de los anteriores, aconsejan objetivarlos con proyecciones radiográficas forzadas descritas por Broden.
 - Síndrome del seno del tarso.
 - *Impingement* anterior y anterolateral: aparece dolor asociado a la dorsiflexión.
 - Lesiones neurológicas.
 - Lesiones de los peroneos.

RECOVERY OF THE POSTERIOR TIBIAL MUSCLE AFTER RECONSTRUCTION FOLLOWING TENDON RUPTURE

Valderrabano V. y cols.

Foot & Ankle International. Vol. 25, n.º 2. February 04

El grupo de Hintermann propone el estudio de la recuperación de la función y tamaño del músculo t.p. tras la reparación de lesiones en su tendón. Parcialmente el músculo recupera su función.

ANTEPIÉ

ROLE OF THE FIRST RAY HYPERMOBILITY IN THE OUTCOME OF THE HOHMANN AND LAPIDUS PROCEDURE: A PROSPECTIVE, RANDOMISED TRIAL INVOLVING ONE HUNDRED AND ONE FEET

Frank W.M. Faber y cols.

J Bone Joint Surg. Vol. 86/A, n.º 3. March 04

MODIFIED LAPIDUS ARTHRODESIS: RATE OF NON UNION IN 227 CASES

Sandeep Patel DPM y cols.

The Journal of Foot & Ankle Surgery. Vol. 43, n.º 1 February 04

La publicación reciente de trabajos sobre la técnica de Lapidus pone en evidencia que existe interés en el papel

de la articulación cuneometarsiana en el desarrollo del *hallux valgus*. Ambos trabajos se sustentan en las teorías de que la hiper movilidad cuneometarsiana puede estar ligada con la deformidad.

Que es una articulación extremadamente móvil queda patente en el alto porcentaje de pseudoartrosis que desarrolla esta articulación. En el trabajo de Sandeep, a pesar de mejorar la técnica de curetaje de superficies articulares, usar dos tornillos de fijación y extremar los cuidados y el no apoyo postoperatorio, se aporta un 5,3% de pseudoartrosis. Esta cantidad es significativamente más baja que la reportada por otros autores.

Sin embargo, el concepto de hiper movilidad de la primera cuneometarsiana no tiene todavía parámetros objetivos para ser definida. Faber reconoce que se ha basado únicamente en criterios clínicos y subjetivos para diagnosticarla, pues discute los parámetros radiográficos descritos hasta la actualidad.

La comparación entre las técnicas de Lapidus y Hohman realizada por los autores del trabajo no ofrece diferencias sustanciales. En su conclusión dicen que nada sustenta la realización de una artrodesis cuneo-metatarsiana en la corrección del *hallux valgus*. Sin embargo –y a nuestro entender es un hallazgo muy significativo–, mencionan que con la técnica de Lapidus han tenido menos metatarsalgias por transferencia a los radios centrales.

Probablemente queda un camino de investigación abierto y en los próximos años veremos un incremento en las investigaciones sobre cinemática y biomecánica de esta articulación y su relación con el *hallux valgus*.

TRANSARTICULAR DISTAL SOFT-TISSUE RELEASE AN ARTHROSCOPIC BLADE FOR HALLUX VALGUS CORRECTION

Emmanouil D. Stamatis y cols.

Foot & Ankle International. Vol. 25, n.º 1. January 04

En el otro extremo de la deformidad, se recupera la importancia de las retracciones del ligamento sesamoideo externo, de la parte externa de la cápsula metatarsofalángica y del tendón del abductor del *hallux* y la necesidad de liberarlas a todas ellas y completamente. Recomiendan su sección artroscópica por las dificultades o imposibilidad de realizarlo por vías de abordaje dorsales o transarticulares.

Personalmente pensamos que no es imposible realizarlo, pues venimos haciéndolo desde hace, años pero sí que consideramos importante que se preste atención a este aspecto que en los últimos años parecía un poco olvidado.

HALLUX VALGUS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

García de León M. A. y cols.

Re Ortop Traumatol. Vol. 48, n.º 2

Nuestros compatriotas resaltan la tendencia de realizar la cirugía del *hallux valgus* en régimen ambulatorio. No encuentran diferencias significativas en cuanto a calidad asistencial entre los pacientes operados con ingreso o los realizados con sistema ambulatorio, aunque recomiendan la selección del paciente según su capacidad de criterio y responsabilidad.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS

FACTORS PREDICTIVE OF OUTCOME AFTER USE OF THE PONSETTI METHOD FOR THE TREATMENT OF IDIOPATHIC CLUBFEET

Matthew B. Dobbs y cols.

J Bone Joint Surg. Vol. 86/A, n.º 1. January 04

Se trata de un estudio de resultados obtenidos con el sistema de tratamiento descrito por Ponsetti. Corroboramos los buenos resultados que ya se conocían, pero aporta como aspecto fundamental en la consecución de una buena corrección el entorno familiar del paciente. Los niños con padres con mejor nivel cultural, con situación familiar estable y con más participación obtienen mejores resultados. Tanto es así, que proponen que cuando se sospeche una escasa colaboración se realicen cursos de formación o se les controle con visitas a domicilio por parte de una enfermera especializada (la observación es importante y, aunque evidentemente en nuestro entorno no es factible, podemos buscar otros recursos). Llegan a aconsejar, razonándolo muy correctamente, que en un subgrupo de pacientes con altísimo riesgo de que no se cumplan estos cuidados se les indiquen técnicas quirúrgicas fáciles, pero de resultados más definitivos.

ABSENT POSTERIOR TIBIAL ARTERY ASSOCIATED WITH IDIOPATHIC CLUBFOOT: A CASE REPORT

Matthew B. Dobbs y cols.

J Bone Joint Surg. Vol. 86/A, n.º 3. March 04

Describen dos casos de ausencia de arteria tibial posterior. Si bien la ausencia o atrofia de la tibial anterior está muy bien documentada, el caso descrito es excepcional.

Teniendo en cuenta este hallazgo se aconseja proteger extremadamente la arteria peroneal cuando se opere un pie zambo. Especulan sobre la posibilidad de realizar un estudio arterial previo.

Personalmente nos parece útil en casos de recidiva en los que la circulación arterial pueda estar yatrogénicamente más comprometida.

RESECTION OF TALOCALCANEAL COALITION: THE EFFECT ON SUBTALAR JOINT MOVEMENTS

Fleming P. y cols.

Foot & Ankle Surgery. Vol. 10, n.º 1. 2004

Tras analizar el resultado obtenido en 14 casos de resección, confirman que, valorando parámetros comparativos pre y postintervención, mejora la movilidad activa y pasiva del retropié. Sin embargo, no encuentran ninguna mejoría respecto a la deformidad en valgo de talón preexistente.

En mi opinión, los resultados parecen lógicos y redundarían a favor de la tendencia que existe en sectores de nuestro entorno a colocar un implante corrector en la articulación subastragalina en el mismo acto quirúrgico de la resección.

CLINICAL OUTCOME OF SURGICAL TREATMENT OF THE SYMPTOMATIC ACCESSORY NAVICULAR

Franz J. Kopp y cols.

Foot & Ankle International. Vol. 25, n.º 1. January 04

Insisten, y estamos totalmente de acuerdo con ellos, en la necesidad de reconstruir anatómicamente las inserciones del tibial posterior que se hayan alterado con la extirpación del hueso accesorio. Tras la intervención desaparecen los síntomas, pero no se modifica el arco interno.

SÓLO PARA MUY AMANTES DE TÉCNICAS DE MINIINCISIÓN

PERCUTANEOUS REMOVAL OF METALWORK AROUND ANKLE: OUR EXPERIENCE WITH FIRST 12 CASES

M. Ramakrishman y cols.

Foot & Ankle Surgery. Vol. 10, n.º 1. 2004

Describe la extracción de placas de osteosíntesis mediante técnica percutánea.