

REVISTA DE REVISTAS

Dr. Ramón Rochera Vilaseca

PATOLOGÍA TENDINOSA

BILATERAL ACHILLES TENDON RUPTURE TREATED CONSERVATIVELY FOLLOWING FLEVOFLOXACIN AND STEROI THERAPY

F.A. Caroll *et al.*

J Foot Ankle Surg 2005; 11 (2)

Recuerda el peligro potencial provocado por la administración de quinolonas (flevofloxacino) y esteroides en el tejido tendinoso. Como ejemplo aporta el presente caso en el que el tendón, no solamente degenera, sino que llega a la ruptura. El tratamiento de la lesión fue la inmovilización con yeso, con lo que se obtuvo un excelente resultado.

PERONEAL TENDON SUBLUXATION IN ATHLETES: FIBULAR GROOVE DEEPENING AND RETINACULAR RECONSTRUCTION

David Porter MD *et al.*

Foot Ankle Int 2005 June; 26

Analiza los resultados obtenidos en 14 tobillos afectados de luxación recidivante de peroneos usando una técnica quirúrgica para aumentar la profundidad del canal peroneo y reconstrucción del retináculo. Del extremo posterior de la metáfisis-epífisis peroneal, extrae un injerto óseo de forma alargada de arriba abajo: se crea una profundización del canal peroneo. Recoloca en el lecho del canal profundizado la superficie cortical del injerto extraído, para suavizar el contacto hueso-tendón. Anclaje del retináculo. La rehabilitación funcional es precoz. Usa yesos "de quita y pon". A la semana lo retiran para iniciar ejercicios de rehabilitación y recolocarlos para la marcha. Permiten todos los movimientos excepto la dorsiflexión con eversión, que inician al mes de la intervención. Se reincorporan a la actividad deportiva a los 3 meses. La movilidad completa la recuperan en un alto porcentaje y puede persistir alguna molestia postoperatoria que no limita la actividad física.

El programa rehabilitador postoperatorio, muy detallado en el trabajo, es una aportación muy válida y útil, especialmente para aplicar a pacientes deportistas.

THE PERONEAL GROOVE DEEPENING PROCEDURE: A BIOMECHANICAL STUDY OF PRESSURE REDUCTION

Craig I. Title MD *et al.*

Foot Ankle Int 2005 June; 26

Los autores aumentan la profundidad del canal peroneo en especímenes de cadáver. Colocan tres sensores en la parte más proximal, la medial y la distal de dicho canal y uno más en el ligamento calcáneo-peroneo. Simulan las presiones recibidas durante la marcha. Con el canal profundizado, y comparando resultados con los obtenidos previamente a la profundización, concluyen que esta técnica disminuye significativamente las presiones sobre las partes media y distal del canal aunque aumenta no significativamente, y en cualquier posición del tobillo, las presiones sobre el ligamento calcáneo peroneo y en la parte más proximal del canal, excepto en dorsiflexión (sin embargo, las presiones en este tercio proximal son muy inferiores a las del resto del canal).

Con el análisis de estos resultados, los autores piensan que la profundización del canal es una intervención útil para indicar en casos de luxación recidivante recomendando asociarla a desbridamiento-sinovectomía en casos con tenosinovitis crónica o rupturas parciales de tendón peroneo.

SUBLUXATION OF TIBIALIS POSTERIOR POST-TARSAL TUNNEL RELEASE

Sherif Sokkar *et al.*

J Foot Ankle Surg 2005; 11 (2)

Tras realizar una liberación del retináculo del tendón flexor y del túnel tarsiano aparece, sólo a la semana de la intervención, una luxación del TP. Se describe la técnica quirúrgica usada para la reestabilización: labrado de un túnel en la

parte posterior del maleolo tibial y reposición del TP, y se cubre con un pequeño injerto extraído de la fascia lata.

BONE SUTURE ANCHOR FIXATION IN THE LOWER EXTREMITY: A REVIEW OF INSERTION PRINCIPLES AND A COMPARATIVE BIOMECHANICAL EVALUATION

Pierce E. Escranton *et al.*

Foot Ankle Int 2005 July; 26

Práctico estudio en el que se pone en cuestión la seguridad de los anclajes para fijación de tendones, ligamentos, etc., al hueso. Con facilidad se arrancan al someterse a tracciones mínimas.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se aconseja que el cirujano esté experimentado, que siga las indicaciones de los folletos comerciales del anclaje usado y se destaca especialmente que las fijaciones (en mi opinión las importantes), se realicen con dos anclajes... por si falla uno.

TOBILLO Y RETROPIÉ

ENHANCEMENT OF SYNDESMOTIC FUSION RATES IN TOTAL ANKLE PROSTHESIS WITH THE USE OF AUTOLOGOUS PLATELET CONCENTRATE

Craig R. Barrow *et al.*

Foot Ankle Int 2005 June; 26

Remarca la necesidad de conseguir una sólida fusión de la tibioperonea inferior para evitar la migración del componente tibial en las prótesis totales de tobillo.

Además de injertar la tibioperonea, aconsejan complementarlo con otros métodos –factores de crecimiento u otros (los autores usan concentrado autólogo de Depuy)–.

RESULTS OF MICROFRACTURE IN THE TREATMENT OF ARTICULAR CARTILAGE DEFECTS OF THE TALUS

Cristoph Becher *et al.*

Foot Ankle Int 2005 Aug; 26

En los últimos años vienen apareciendo trabajos, cada vez con más frecuencia, sobre el efecto de practicar microfracturas en las lesiones condrales. Con ellas, y realizando movilidad precoz, se han obtenido buenos resultados en las lesiones condrales de rodilla. En el presente trabajo se describe la técnica y se indica en las lesiones osteocondríticas y degenerativas condrales del tobillo. Se revisan 30 tobillos que se examinan periódicamente hasta 1 año tras el tratamiento.

La técnica quirúrgica que se describe es artroscópica con cánula de 2,5 o 2,7 mm. Usan 3 portales: antero-medial, antero-lateral y supero-medial (se localiza 1 cm por encima de la interlínea). Se realiza una sinovectomía parcial y se desbridan los fragmentos cartilaginosos inestables. Se realiza la técnica si la capa de hueso subcondral está sana. Las microfracturas se practican perpendiculares a la superficie y separadas entre ellas por 3 o 4 mm y con una profundidad de 2 a 4 mm hasta que se desprendan gotas oleosas de la esponjosa. Consustancial con la técnica es que en el postoperatorio se realice una movilización precoz y continuada de la articulación del tobillo.

Los resultados que presentan son muy buenos en general.

Histológicamente se genera un tejido fibrocartilaginoso.

La base de la técnica es, en nuestra opinión, la de las denostadas “perforaciones”. Sabido era que el tejido esponjoso es capaz de generar fibrocartilago. Sin embargo, la técnica aparece ahora mucho más sistematizada y tecnificada.

Como prueba de su actualidad, citemos que, en el último congreso IFAS en Nápoles, hubo presentaciones sobre el tema, incluyendo su aplicación en la 1ª metatarsofalángica.

LESIONES OSTEOCONDRALES DEL ASTRÁGALO

Aaron K. Schachter *et al.*

Journal of the American Academy of Orthopedic Surgery (ed. española) Julio-Agosto 2005; 4 (4)

En este artículo los autores elaboran un resumen de la etiología, clasificación, clínica y pruebas diagnósticas complementarias de las lesiones osteocondrales del astrágalo. Ponen especial énfasis en la correlación con traumatismos y microtraumatismos previos, tanto por las lesiones que afectan a la porción interna de la cúpula (entre el 64 y el 82%, según las diferentes series estudiadas) como por las lesiones del ángulo supero-externo (entre el 98 y el 100%).

La RM es la prueba diagnóstica más completa ya que permite visualizar la superficie del cartilago, el hueso subcondral y el edema alrededor de la lesión. Por último, se analizan las diferentes opciones terapéuticas, tanto conservadoras como quirúrgicas, destacando cómo los autoinjertos osteocondrales cicatrizan con colágeno tipo II, a diferencia de las perforaciones múltiples, que producen fibrocartilago.

IMPINGEMENT POSTERIOR DEL TOBILLO CAUSADO POR MÚSCULOS ANÓMALOS. Informe sobre cuatro casos

Alistar Best *et al.*

J Bone Joint Surgery 2005 Sept; 87-A (9)

Tras un resumen de los posibles factores etiológicos del *impingement* posterior del tobillo, los autores destacan cómo

la presencia de músculos anómalos puede ser causa de esta patología en deportistas.

Los más frecuentes son: el *peroneus quartus*, peroneo *calcaneus internus*, el músculo accesorio largo del cuadrado plantar y el músculo *peroneus quartus*. Los autores destacan que su presencia puede pasar desapercibida al realizar exploración con RMN.

Pese al tratamiento de estos *impingements* no se debe olvidar la exéresis del músculo anómalo.

ANTEPIÉ

THE VALUE OF RADIOGRAPHIC PARAMETERS IN THE SURGICAL TREATMENT OF *HALLUX RIGIDUS*

Thomas Zgonis DPM *et al.*

J Foot Ankle Surg 2005 May/June; 44 (3)

Los autores analizan radiográficamente 51 pies diagnosticados clínica y radiográficamente de *hallux rigidus*. Los comparan con una serie del mismo número pero considerados normales. Su interés se fija en evaluar la importancia, como factor etiológico, de presentar un primer meta largo o una primera falange larga. También miden la protrusión metatarsal: en realidad se trata de medir la parte del primer meta que sobresale del segundo. Ojo, porque si se revisa el original habría que fijarse en las figuras del trabajo que sigue al aquí referenciado. El gráfico explicativo está –creo– mal impreso, y no se entiende el concepto de “protrusión”.

Los autores, tras tomar estas y otras mediciones de longitud, llegan a la conclusión de que una mayor longitud no puede relacionarse con el desarrollo de un *hallux rigidus*, lo cual, consecuentemente, hace que se planteen dudas sobre la eficacia de todas aquellas técnicas quirúrgicas que buscan una descompresión articular acortando el metatarsiano.

RADIOGRAPHIC INVESTIGATION OF ANGULAR AND LINEAR MEASUREMENTS INCLUDING METATARSO-PHALANGEAL JOINT DORSIFLEXION AND REARFOOT TO FOREFOOT AXIS ANGLE

Michael J. Taranto *et al.*

J Foot Ankle Surg 2005 May/June; 44 (3)

Trabajo interesante porque ofrece la correcta imagen de protrusión metatarsal, como hemos comentado anteriormente. El resto es digno y destaca una amplia bibliografía en relación con mediciones radiológicas y otras exploraciones.

THE MODIFIED DISTAL HORIZONTAL METATARSAL OSTEOTOMY FOR CORRECTION OF BUNIONETTE DEFORMITY

Roman Radl MD *et al.*

Foot Ankle Int 2005 June; 26

Se describe una osteotomía oblicua de dorsal-distal a plantar-proximal. El trazo comienza dorsalmente al final de la superficie cartilaginosa de la cabeza metatarsal y acaba muy distal en diáfisis. Osteotomía paralela al suelo. Aumenta la superficie de contacto y compresión a la marcha. Fijada con uno o dos tornillitos.

FREIBERG'S INFRACTION IN IDENTICAL TWINS: A CASE REPORT

Neal M. Blitz *et al.*

J Foot Ankle Surg 2005 May/June; 44 (3)

Se describe un caso de afectación por osteocondritis de la cabeza del 2º y 3º metatarsiano en pies opuestos en dos gemelos univitelinos. Con ello los autores refuerzan las teorías que sugieren un trasfondo genético en el desarrollo de la enfermedad de Freiberg.

MALFORMACIONES ADQUIRIDAS

EL PIE PLANO-VALGO. EVOLUCIÓN DE LA HUELLA PLANTAR Y FACTORES RELACIONADOS

C. Revenga-Giertych *et al.*

Revista de Ortopedia y Traumatología Julio-Agosto 2005; 49 (4)

Los autores presentan los resultados de un estudio epidemiológico transversal sobre una población escolar de 1.014 individuos entre 3 y 11 años de edad.

Se ha realizado la exploración clínica y podoscópica valorando la morfología del pie, el grado de pie plano y la presencia de valgo de talón, junto a una encuesta realizada a los padres preguntando antecedentes de afecciones ortopédicas y las opciones terapéuticas elegidas (ejercicios, plantillas, calzado especial o ninguna).

Los autores en la discusión afirman que se puede considerar fisiológico un grado III-IV de pie plano hasta los 6 años de edad. Un 74% de los tratamientos ortésicos realizados era sobreindicado, por estar tratando pies planos de grado I-II. En la población escolar estudiada, ni la huella plantar ni el valgo del retropié se veían influenciados por el diferente inicio de la deambulación, el uso del calzado, el tipo del calzado o la fórmula digital del pie.

Se reafirma la idea de la poca necesidad de usar plantilla en la gran mayoría de los pies planos infantiles, aunque debemos hacer hincapié en el hecho de que en algunas etiologías o grados especiales sí les son útiles.

PLANTAR PRESSURES IN THE FOREFOOT AFTER LATERAL COLUMN LENGTHENING: a cadaver study comparing the Evans osteotomy and calcaneocuboid fusion

Tudor R. Tien

Foot Ankle Int 2005 July; 26

Se reconoce el hecho de que tanto la osteotomía de Evans como la artrodesis calcáneo-cuboidea para alargar el arco externo del pie provocan un incremento significativo de presiones en el borde externo del pie, con posible aparición de artrosis o subluxaciones calcáneo-cuboideas en el caso del Evans y dolores en apoyo del 5º o incluso fracturas de estrés en el caso de artrodesis. Asimismo, el antepié se puede varizar con ambas técnicas. Se ve adecuado artrodesar simultáneamente –para acortar– el arco interno o realizar osteotomías de apertura plantar en el mediopié.

POSTERIOR TIBIAL INSUFFICIENCY: WHICH LIGAMENTS ARE INVOLVED?

Jonathan T. Deland *et al.*

Foot Ankle Int 2005 June; 26

Se estudia un grupo de 31 pacientes afectados de disfunción del tibial posterior y se los compara con un grupo sano. El estudio consiste en realizar resonancias de alta resolución y analizar las alteraciones que puedan presentarse en los siguientes ligamentos: los fascículos supero-medial e infero-medial del *spring ligament*, el ligamento interóseo, los ligamentos corto y largo plantares, la fascia plantar, el ligamento deltoideo, el escafo-cuneano plantar y los tarso-metatarsales.

Evalúa las posibles lesiones en una escala del 0 al 4 en la que 0 sería el estado normal y 4 el de una afectación de más del 50% del grosor del ligamento.

El trabajo concluye en que prácticamente todos se afectan cuando existe una disfunción del TP, siendo los más susceptibles los fascículos supero-medial e infero-medial del ligamento calcáneo escafoides y el ligamento interóseo.

Se supone que esta afección va a ser progresiva y va a contribuir al agravamiento de las deformidades óseas.

El trabajo es muy interesante, pues nos muestra múltiples imágenes de lesiones ligamentosas. Ahonda en la técnica de realización de la RMN y recalca la necesidad de que la exploración sea realizada por especialistas bien preparados en este tema. Es recomendable, para pasarlo a los especialistas, que nos informen de las RMN.

OTROS TEMAS

OPERATION IRAQI FREEDOM: The Landstuhl regional medical experience

Major Brent A. Johnson DPM, USAF, MC *et al.*

J Foot Ankle Surg 2005 May/June; 44 (3)

Los americanos hacen estadística de sus heridos en Irak. Las heridas en extremidad inferior, y más especialmente en pie, son las que presentan la incidencia más alta. Se trata de heridas múltiples, fracturas abiertas, etc., pero también pequeña traumatología.

Para las grandes lesiones, tras la primera asistencia, los pacientes son trasladados a Rota o a otros lugares y desde allí, si lo precisan, directamente a EE UU, donde consideran tener más infraestructura y medios para abarcar todos los aspectos del tratamiento.

El trabajo es actual, curioso e invita a la reflexión.