

REVISTA DE REVISTAS

Dr. Ramón Rochera Vilaseca

GENERALES

HIGHLIGHTS OF THE TWENTIETH ANNUAL SUMMER MEETING OF THE AMERICAN ORTHOPAEDIC FOOT & ANKLE SOCIETY (SEATTLE, WASHINGTON: JULY 29-31, 2004)

E. Trepman *et al.*

Foot & Ankle Surg 2005; 11 (4): 183-91

Se trata de una notificación, a modo de miniresumen y por temas, de todos los aspectos expuestos en el Congreso. Te enteras de los temas tratados y de las novedades.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO NO TRAUMÁTICO DEL PIE EN EL NIÑO

F.J. Downey-Carmona *et al.*

Rev Ortop y Traum 2006; 50 (1): 43-7

Para no olvidar que en el pie infantil pueden darse los síndromes compartimentales, referenciamos el siguiente caso en su publicación española (también en *J Foot & Ankle Surg 2006; 45 (14): 52-5*).

Se presenta súbitamente, aunque en los antecedentes el niño presentaba un hemangioma en el segundo dedo del pie.

CHLORHEXIDINE PROVIDES SUPERIOR SKIN DECONTAMINATION IN FOOT AND ANKLE SURGERY: A PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY

C. Bibbo *et al.*

Clin Orthop Relat Res 2005; 438: 204-8

Estudio comparativo entre el uso del pincelado con povidona yodada comparada con el lavado de piel con clorhexidina y pincelado con isopropanol. Este último consigue una mayor reducción de la carga bacteriana en la piel del paciente a intervenir.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS

PIE ZAMBO: REVISIÓN DE TRATAMIENTOS ACTUALES

A. Dimeglio, F. Canavese

Rev Ortop Traumatol 2006; 50: 156-63 (Presentado como Temas de Actualización)

Puesta al día que hace especial hincapié en los tratamientos conservadores.

Cuantifican la gravedad con una escala que oscila entre los 0 y 20 puntos.

Insiste en la necesidad de iniciar el tratamiento rehabilitador corrector desde el mismo momento del nacimiento y marca el final del mismo cuando el pie deja de mejorar, momento en el que se indica la cirugía. Llama la atención el empleo de un aparato de movilizaciones pasivas, construido a tamaño del pie del niño de meses. Aunque no debe usarse como tratamiento único, refuerza los efectos del tratamiento funcional.

La cirugía se indica entre los 6 y 9 meses de vida, aunque los 3 meses son cruciales para valorar el pronóstico de la deformidad. Repasa técnicas de alargamiento de Aquiles con capsulotomía posterior, transferencias tendinosas y osteotomías de calcáneo.

ESTUDI CLÍNIC I BIOMECÀNIC DE LA FIXACIÓ DE LES TRANFERÈNCIES TENDINOSES EN CIRURGIA DEL PEU

D. Pacha Vicente *et al.*

Rev Cirurg Ortop i Traum 2006; 3 (1): 33-7

El equipo del hospital Vall d'Hebron de Barcelona publica en la revista catalana un estudio comparativo entre diferentes métodos de fijación tendón-hueso en las transferencias tendinosas del pie. Destacan las realizadas en pies zambos neurológicos.

Se apoyan en un estudio biomecánico en pies de cadáver comparando la resistencia a la tensión máxima entre el anclaje con botón y con grapa estriada. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Llevado a la práctica clínica, el uso de la grapa se muestra más beneficioso por menos problemas locales, y se desaconseja el uso de anclaje a través de túneles óseos por la facilidad de ruptura de los mismos y la necesidad de mayor longitud tendinosa, no siempre fácil de conseguir. Los anclajes con arpón ofrecen la mayor resistencia pero tampoco los aconsejan debido a la dificultad de conseguir una correcta tensión –pues no podemos realizar maniobras de pretensado–, porque la fijación depende de la calidad ósea y de la resistencia del hilo de sutura y porque solamente aproxima el borde del tendón seccionado a la superficie ósea mientras que otros métodos permiten una cruentación que garantiza mejor integración.

CORRECTION OF NEGLECTED CLUBFOOT USING THE ILIZAROV EXTERNAL FIXATOR

R. Cardenuto Ferreira *et al.*

Foot & Ankle Int 2006; 27 (4)

Se presenta en este ensayo una serie de 38 pies zambos en edades comprendidas entre los 5 y 39 años con deformidad rígida, todos ellos previo tratamiento ortopédico o quirúrgico, sobre partes blandas.

El sistema externo es colocado durante 16 semanas seguidas de un periodo de 6 semanas con botina de yeso para mantener la corrección obtenida. Posteriormente, durante 6 semanas colocan una ortesis estabilizadora de retropié. Con un seguimiento medio de 58 meses obtienen una corrección completa y ausencia de dolor en el 78,9% de los casos. Únicamente un caso les planteó problemas arteriales graves que obligaron a amputar dedos, y en los pocos casos en que persistía dolor o tendencia a recidiva, realizan triple artrodesis con resecciones mínimas evitando los grandes acortamientos.

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC FEATURES OF OPERATIVELY TREATED STIFF CLUBFOOT AFTER SKELETAL MATURITY. ETIOLOGY OF THE DEFORMITIES AND HOW TO PREVENT THEM

P.L. Docquier *et al.*

Foot & Ankle Int 2006; 27 (1): 29-37

Nos recuerdan que el pie zambo siempre va a presentar alguna alteración esquelética a pesar del tratamiento. Es un repaso a las deformidades residuales o provocadas por el tratamiento. Hacen hincapié en que la presencia de éstas puede no comprometer un excelente resultado clínico.

RETROPIÉ

PROSPECTIVE CT SCAN EVALUATION OF HINDFOOT NONUNIONS TREATED WITH REVISION SURGERY AND LOW-INTENSITY ULTRASOUND STIMULATION

P. Carroll *et al.*

Foot & Ankle Int 2006; 27 (4): 229-35

Los autores evalúan 13 pseudoartrosis en artrodesis del retropié. Para el diagnóstico de las mismas y para el control evolutivo tras la reintervención, aconsejan la práctica de un TAC. Es esperanzador el resultado que obtienen aplicando durante el posoperatorio inmediato ultrasonidos de baja intensidad de los que destacan la ausencia de complicaciones y de contraindicaciones.

CORALLINE HYDROXYAPATITE BONE GRAFT SUBSTITUTE IN HINDFOOT SURGERY

M.J. Coughlin *et al.*

Foot & Ankle Int 2006; 27 (1): 19-22

Se reportan buenos resultados en el uso de este sustitutivo óseo en la práctica de artrodesis y reartrodesis del retropié.

OPERATIVE TREATMENT OF HAGLUND'S SYNDROME. BASICS, INDICATIONS, PROCEDURES, SURGICAL TECHNIQUES, RESULTS AND PROBLEMS

J. Shunck, J. Jerosch

Foot & Ankle Surg 2005; 11 (3)

Es una puesta al día síntomas sobre exostosis de Haglund. Frente a la intervención clásica por cirugía abierta, proponen la cirugía artroscópica, con torniquete, con fresado de la exostosis y resección de la bursa retroaquilea. Se apoyan en una serie de 45 pacientes, con un seguimiento medio de 15,3 meses sin complicaciones. Las vías usadas son indistintamente la medial o la lateral. Aunque la técnica parece fácil y no citan complicaciones, no puede olvidarse la posición del paquete vasculo-nervioso y los tendones tibial y flexores en la zona medial.

SURGICAL MANAGEMENT OF INSERTIONAL CALCIFIC ACHILLES TENDINOSIS WITH A CENTRAL SPLITTING APPROACH

K. W. Johnson *et al.*

Foot & Ankle Int 2006; 27 (4): 245-50

Realizan una incisión central en el 1/3 distal del Aquiles, desinsertando lateralmente las inserciones aquileas (en total entre el 50-70% de inserción queda liberada). Extirpan el tejido fibroso, la calcificación y la bursa retroaquilea. Frecuentemente existe una exostosis de Haglund, que resecan por la misma vía transtendinosa. Cierran la apertura tendi-

nosa con sutura reabsorbible y reinsertan con dos anclajes. Serie de 22 pacientes con un seguimiento medio de 34 meses. Ofrecen desaparición del dolor, recuperación de función y capacidad de usar cualquier calzado. Valorado con escala AOFAS.

RECONSTRUCTION OF NEGLECTED ACHILLES TENDON DEFECT WITH PERONEUS BREVIS TENDON ALLOGRAFT: A CASE REPORT

Y. Kocabey et al.

J Foot & Ankle Surg 2006; 45 (14): 42-6

En rupturas de Aquiles o graves desinserciones, podemos recurrir a la colocación de un injerto tendinoso de peroneo criopreservado. El autor dobla el injerto sobre sí mismo. La técnica del anclaje distal y proximal es compleja, y para su comprensión es imprescindible remitirse a la iconografía que acompaña al artículo. Obtiene un excelente resultado valorado en escala AOFAS.

INDEPENDENT EVALUATION OF A RECENTLY DESCRIBED ACHILLES TENDON REPAIR TECHNIQUE

J.D.F. Calder et al.

Foot & Ankle Int 2006; 27 (2): 93-6

Desde Australia llega este trabajo, en el que se nos recuerda que usando las técnicas percutáneas mediante el sistema Achillon se pueden conseguir también buenos resultados clínicos.

LONG TERM RESULTS AFTER FUNCTIONAL NONOPERATIVE TREATMENT OF ACHILLES TENDON RUPTURES

T.M. Hufner et al.

Foot & Ankle Int 2006; 27 (3): 167-71

Los autores publican una serie con 125 pacientes y un seguimiento medio de 5,5 años. La experiencia de estos casos les permite aconsejar el tratamiento conservador marcando como condiciones:

1. Mediante ecografía, que debe repetirse a los 5 días de la lesión, la distancia entre los extremos no debe ser mayor a los 10 mm con el tobillo en posición neutra. Colocándolo en flexión plantar de 20° debe producirse una superposición de los extremos.

2. Usar una elevación del retropié (pie en equino) de 3 cm durante 6-8 semanas.

3. Prolongar durante 3 meses más el uso de un tacón de 1 cm.

Revisando todos estos trabajos creo que podemos pensar que todas las técnicas son buenas usadas con buen criterio y realizadas correctamente. Sin embargo, queda por resolver la cuestión del tiempo de descarga e inmovilización.

Para ayudarnos, estos meses nos han proporcionado dos publicaciones interesantes:

PHYSIOPATHOLOGY OF THE REPAIR PROCESS OF LESIONS OF ACHILLES TENDON

L. de Palma et al.

Foot & Ankle Surg 2006; 12 (1): 5-11

Trabajo de investigación en el que se demuestra que la reparación en las rupturas del Aquiles se benefician, a nivel de laboratorio, de una movilización precoz. Al principio del proceso reparador se observa gran cantidad de fibras elásticas inmaduras que, progresivamente, sintetizan elastina y realizan un proceso de maduración interaccionando con las matrices celulares. Parece que la estimulación precoz, mediante el movimiento, acelera este proceso madurativo. Al ser un trabajo de laboratorio, se recomienda investigar antes de extrapolar los resultados a la práctica diaria.

SUTURE HOLDING CAPACITY OF THE ACHILLES TENDON DURING THE HEALING PERIOD: AN IN VIVO EXPERIMENTAL STUDY IN RABBITS

Y. Yildirim et al.

Foot & Ankle Int 2006; 27 (2): 121-4

Se considera que hasta las tres primeras semanas la capacidad de desgarrar de la sutura realizada es muy alta. En la cuarta semana se alcanza una resistencia que podría considerarse suficiente, a título experimental, para la carga y la movilidad.

ANTEPIÉ

METATARSO-PHALANGEAL ARTHRODESIS OF FIRST RAY. WHEN IS IT INDICATED?

M. Núñez Samper et al.

The Foot 2005; 15: 123-32

The Foot publica la serie presentada por Mariano Núñez-Samper integrada por 25 casos tratados mediante artrodesis de la primera metatarso-falángica entre los años 2000-02. En la serie predominan las secuelas de Brandes-Keller, *hallux rigidus* y pies reumáticos. La finalidad de la artrodesis es conseguir un sólido apoyo para la fase de despegue y la modificación de las fuerzas transferidas a los metatarsianos centrales. Usa diferentes métodos de fijación sin criterios predeterminados: tornillo a compresión, tornillos cruzados, miniplacas específicas, grapas de compresión y métodos combinados. Para la posición de la artrodesis elige buscar el paralelismo del eje del primer dedo con el suelo, lo que representa una flexión dorsal de 20°, un discreto valgo entre

5-10° y controla la rotación de la falange buscando que la uña quede en posición neutra (Carranza). En el 84% de los casos aporta la desaparición de la metatarsalgia central y un 20% precisan plantilla ortopédica.

Como hace hincapié el autor, la artrodesis es una técnica poco aceptada y con escasas publicaciones en nuestra Sociedad (contrariamente a otras), a pesar de ofrecer muy buenos resultados y satisfacción en el paciente si la indicación y la técnica son correctas.

A SIMPLE TECHNIQUE FOR POSITIONING THE FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT DURING THE ARTHRODESIS

T.S. Roukis

J Foot & Ankle Surg 2006; 45 (1): 56-7

Los estadounidenses recurren al ingenio obviando la sofisticada ingeniería: para mantener el primer dedo en correcta posición durante artrodesis percutáneas, fijadas posteriormente con tornillo, colocan una lámina esponjosa (o gasa) envolviendo el primer dedo desde el espacio interdigital hasta la zona plantar. El pie está simulando el apoyo sobre una tabla dura. Doblada sobre sí misma en 4 x 4 con, aproximadamente, 1 cm de grosor, consiguen mantener una dorsiflexión de unos 20° y un discreto valgo de 5°, según se deduce de la iconografía que acompaña al artículo.

FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT ARTHRODESIS USING A VITALLIUM PLATE WITH A MEAN TWO YEARS FOLLOW-UP

N. Aslam et al.

Foot and Ankle Surg 2005; 11: 197-201

Serie compuesta de 33 pies con pacientes de 55 años de edad media. Las patologías previas eran *hallux rigidus* o *valgus* graves, pies reumáticos y secuelas de artroplastia de Sélter. Evaluados con escala AOFAS. Consiguen la fusión en 32 pies con una media de 12 semanas.

Aunque ya referenciado en dos números anteriores de esta sección, recordamos el presente trabajo, pues consideramos que multiplica su valor al complementarse con dos más del mismo grupo internacional de investigación.

HALLUX VALGUS AND FIRST RAY MOBILITY: A CADAVERIC STUDY

M.J. Coughlin, C.P. Jones, R. Viladot, P. Golano

Foot & Ankle Int 2004; 25 (8): 537-44

Se trata de un estudio experimental realizado en la Cátedra de Anatomía de la Facultad de Medicina de Barcelona. Para realizarlo, los autores han diseñado un artilugio mecánico que les permite provocar compresión sobre el primer radio y medir su corrección. Se miden las variaciones en la movi-

lidad del primer radio en pies de cadáver con *hallux valgus*. Son sometidos a una intervención correctora con osteotomía curva proximal de metatarsiano y actuación sobre partes blandas de primera metatarsofalángica procediendo a una liberación del tendón aductor y cápsula lateral. La cápsula medial se incide en forma de "L" invertida para proceder a la exostectomía y retensada. Los autores analizan la hiper movilidad previa del primer radio y observan la disminución en un 50% tras la intervención. Ello sugiere a los autores que la hiper movilidad es consecuencia, y no causa, de la deformidad. Aportan que la articulación cuneo-metatarsiana no sería el único factor a tener en cuenta y que probablemente sean las estructuras aponeuróticas plantares las que desempeñan un papel importante.

PROXIMAL CRESCENTIC METATARSAL OSTEOTOMY: THE EFFECT OF SAW BLADE ORIENTATION ON FIRST RAY ELEVATION

M.J. Coughlin, C.P. Jones, R. Viladot, P. Golano

Foot & Ankle Int 2005; 26 (2): 152-7

Intentan explicar la complicación, aportada por varios autores, de crear un *primus elevatus*, hasta en un 28% de casos, con la osteotomía crecscéntica. Parece existir una relación entre la orientación de la sierra usada durante la osteotomía y la elevación del radio: si la sierra es angulada de medial a lateral en el plano coronal, el fragmento distal migrará a una posición de dorsiflexión resultando una elevación. La posición del pie con el paciente en decúbito es en rotación externa, con lo que frecuentemente se realiza la osteotomía con la inclinación medial a lateral y se crea una elevación del primer meta (20° de desviación se corresponden con 4 mm. de elevación).

Para evitar la complicación, es necesario asegurarse de la orientación vertical y perpendicular al plano de la mesa. Proponen colocar como guía orientativa una aguja de Kirschner en el primer cuneiforme como se muestra en la iconografía que acompaña al artículo.

FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT MOTION AFTER HALLUX VALGUS CORRECTION: A CADAVERIC STUDY

M.J. Coughlin, C.P. Jones, R. Viladot, P. Golano

Foot & Ankle Int 2005; 26 (8): 614-9

Para evitar la alteración en la movilidad metatarsofalángica que se produce en el posoperatorio, y debido a factores como el dolor, la inflamación o el miedo a mover, los autores eligen para su estudio un grupo de 16 pies de cadáver a los que realizan los mismos procedimientos quirúrgicos que en el trabajo anteriormente referenciado.

Comprueban la reducción inmediata de la movilidad, pero especifican que ésta se reduce a expensas de la

flexión dorsal (23°). Sugieren que ello es debido a la actuación sobre partes blandas: capsulorrafia no isométrica y estiramiento de la aponeurosis plantar y músculos intrínsecos. La pérdida de movilidad no tiene relación con la intensidad de la deformidad previa a la corrección. Los pacientes deben ser advertidos antes de la intervención de esta pérdida de movilidad, pues –además– puede no mejorar con el paso del tiempo.

RESULTADOS RADIOLÓGICOS DE LA OSTEOTOMÍA EN CHEVRON MODIFICADA POR JOHNSON PARA LA CORRECCIÓN DEL HALLUX VALGUS

J.E. Martínez Jiménez *et al.*

Rev Ortop Traumatol 2006; 50 (1): 38-41

Los compañeros del Hospital General de Elda (Alicante) presentan los resultados en una serie de 27 pies correspondientes a 24 pacientes y seguimiento de 23 meses. Junto al Chevron practican osteotomía de falange fijada con grapa. Encuentran una mejoría en todos los parámetros y consideran que es indicación casos leves-moderados.

LA OSTEOTOMÍA DE WEIL EN EL TRATAMIENTO DE LAS METATARSALGIAS DE LOS RADIOS CENTRALES

M.A. Ruiz Ibán *et al.*

Rev Ortop y Traumatol 2006; 50 (1): 30-7

Serie de 48 pies correspondientes a 40 pacientes. Presentan buenos resultados, aunque aparecen como inconvenientes

la intolerancia al material de osteosíntesis y la limitación de movilidad metatarsofalángica, y citan un caso de fractura en el posoperatorio.

Las fracturas asociadas a osteotomías, en cualquier metatarsiano, están de actualidad. Las hemos visto tratadas y explicadas en:

ANALYSIS OF THREE TYPES OF FIXATION OF THE WEIL OSTEOTOMY

C.T. Jex *et al.*

J Foot & Ankle Surg 2006; 45 (1): 13-9

MECHANICAL COMPARISON OF THE YOUNGSWICK, SAGITAL V AND MODIFIED WEIL OSTEOTOMIES FOR HALLUX RIGIDUS IN A SAWBONE MODEL

L. Lamar *et al.*

J Foot & Ankle Surg 2006; 45 (2): 71-5

Y continúan apareciendo trabajos ofreciendo buenos resultados mediante las clásicas alineaciones metatarsales, con resección o sin ella, de la cabeza del primer metatarsiano.

METATARSAL HEAD RESECTION IN THE REUMATHOID FOOT: 5 YEARS FOLLOW-UP WITH AND WITHOUT RESECTION OF THE FIRST METATARSAL HEAD

M.S. Narayan Hulse *et al.*

J Foot & Ankle Surg 2006; 45 (2): 107-12