

# REVISTA DE REVISTAS

Dr. Ramón Rochera Vilaseca

## GENERALES

### CURRENT CONCEPTS REVIEW: STRESS FRACTURES OF THE FOOT

**R.M. Gehrman *et al.***

*Foot & Ankle Int 2006; 27 (9)*

Revisión y puesta al día sobre el tema de las fracturas de estrés. Los autores destacan la mayor incidencia en deportistas y en pacientes con patologías previas, como las enfermedades reumáticas y metabólicas. Revisando 320 atletas con fracturas de estrés, se encuentra como más frecuente, con un 42%, la lesión tibial. Le siguen los huesos tarsales (25,3%). Los menos frecuentes en la presente revisión son, sorprendentemente, los metatarsianos (8,8%).

### TRANSIENT REGIONAL OSTEOPOROSIS: A RARE CAUSE OF FOOT AND ANKLE PAIN

**Chowdhury *et al.***

*Foot & Ankle Surg 2006; 12 (2): 79-83*

Los autores presentan tres casos de osteoporosis regional transitoria y actualizan el tema. Las causas siguen siendo desconocidas, pero en algunos casos se relaciona con microfracturas trabeculares. Generalmente se presenta en las extremidades de carga y en los pacientes obesos. Los primeros casos se describieron en embarazadas. Su relación con la distrofia simpático-refleja es controvertida, así como la consideración de que puede ser el primer signo de una necrosis avascular. Hay que pensar en ellas tras la aparición de dolor brusco en el pie sin causa aparente y agravado por el apoyo. El diagnóstico se hace mediante gammagrafía, en la que aparece la zona hipercaptante, y con RNM que evidencia la zona de edema óseo y afección en partes blandas con edema. El tratamiento recomendado sigue siendo médico, sintomático y con uso de frenadores de los procesos de resorción ósea.

### THROMBOEMBOLIC DISEASE AFTER FOOT AND ANKLE SURGERY

**S.S. Hanslow *et al.***

*Foot & Ankle Int 2006; 27 (9)*

En una serie de 602 pacientes intervenidos de diferentes cirugías en pie y tobillo se detecta un 4% de complicaciones tromboembólicas. Los factores de riesgo son enfermedades previas como la artritis reumatoide, vuelos largos en avión en los meses anteriores, antecedentes de trombosis profundas previas o embolismo pulmonar, y las inmovilizaciones prolongadas tras la cirugía. Los autores consideran totalmente justificado el establecer profilaxis antiembólica en toda la cirugía de pie y tobillo.

### TUMORES: OSTEOMA OSTEÓIDE

La incidencia de osteoma osteoide en el pie es baja. Sin embargo, en estos últimos meses aparecen dos publicaciones con localizaciones y clínica aún más inusuales.

### OSTEOID OSTEOMA OF THE CALCANEUS MIMICKING OS TRIGONUM SYNDROME: A CASE REPORT

**J.A. Sanhudo**

*Foot & Ankle Int 2006; 27 (7): 548-51.*

Curioso caso en el que el osteoma se localiza en la parte más posterior del astrágalo, con lo que sus síntomas fueron confundidos con un síndrome de cola astragalina. Solamente la exploración con RNM permitió localizar la lesión, que posteriormente se confirmó con su estudio anatomopatológico.

### SYNUS TARSII SYNDROME CAUSED BY OSTEOID OSTEOMA: A REPORT OF TWO CASES

**G. Scarfi *et al.***

*Foot & Ankle Surg 2006; 12 (3): 157-60*

Los autores presentan dos casos de síndrome tarsal asociado o provocado por la presencia de un osteoma osteoide, en un caso astragalino y en el otro calcáneo. En nuestra opinión, es difícil asegurar que se trata propiamente de un síndrome tarsal y no del dolor provocado por la lesión osteoide. Sea como fuere, la coincidencia es llamativa y nos parece interesante reportarla, especialmente para remarcar la necesidad de la exploración complementaria con RNM o con TAC.

## MELANOMA

### DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MALIGNANT MELANOMA OF THE FOOT

**R.J. Gray *et al.***

*Foot & Ankle Int 2006; 27 (9): 696-705*

Por la escasez de publicaciones, por la gravedad del proceso y por nuestra obligación de conocer en detalle el diagnóstico del mismo, recomendamos este trabajo, que pone al día el tema. Los autores llevan a cabo cirugía reconstructiva local (además del tratamiento oncológico), que, sin ser probablemente materia de la Cirugía Ortopédica, es interesante conocer.

## RETROPIÉ

### TIBIOTALOCALCANEAL ARTHRODESIS IN TREATMENT OF HIFOOT PAIN AND DEPHORMITY

**A. Tavakkolizadeh *et al.***

*Foot & Ankle Surg 2006; 12 (2)*

Serie de 26 pies operados por el mismo cirujano y en el mismo centro, con un *follow-up* de 26 meses. Los casos son de etiologías diversas, destacando los neuropáticos. Se usa un clavo intramedular supracondilar de titanio. La vía de abordaje es transmaleolar externa. Se cruentan las superficies de tobillo y subastragalina y, mediante la inclinación de los cortes en la tibioastragalina, se corrigen las deformidades preexistentes. La posición recomendada para la fijación del retropié es de 5° de valgo y 10° de rotación externa con dorsiflexión neutra. El clavo se coloca de forma retrógrada desde el centro de la línea imaginaria que separaría el tercio anterior de los dos tercios posteriores del calcáneo, y se insiste en la necesidad de colocarlo correctamente centrado con la diáfisis tibial para evitar periostitis o fracturas de estrés. Los tornillos distales entran de lateral a medial, y los proximales, de medial a lateral. Los resultados se analizan usando la escala AOFAS, que contempla parámetros objetivos y subjetivos.

La consolidación correcta se obtiene en el 65% de los casos. Las complicaciones pueden ser graves, aportando dos casos de amputación, infección profunda y pseudoartrosis. Estas complicaciones predominan en pacientes neuropáticos y con trastornos psiquiátricos.

Para asegurar el punto de entrada del clavo retrógrado recomendamos la lectura del siguiente libro:

### DETERMINING THE INSERTION SITE FOR RETROGRADE INTRAMEDULLARY NAIL FIXATION OF TIBIOCALCANEAL ARTHRODESIS: A RADIOGRAPHIC AND INTRAOPERATIVE ANATOMICAL LANDMARK ANALYSIS

**T.S. Roukis**

*J Foot & Ankle Surg 2006; 45 (4): 227-34*

Sin diferir en lo fundamental de lo reseñado en el trabajo anterior, justifica desde un punto de vista anatómico y biomecánico la necesidad de ser exacto con el punto de entrada para evitar complicaciones.

### COMPUTER-ASSISTED SURGERY (CAS) BASED CORRECTION OF POST-TRAUMATIC ANKLE AND HIND DEFORMITIES – PRELIMINARY RESULTS

**M. Ritcher *et al.***

*Foot & Ankle Surg 2006; 12 (3): 113-9*

Los autores evalúan los primeros resultados obtenidos con cirugía asistida por ordenador en cirugía de tobillo, retropié y mediopié en una serie de 12 pacientes. En todos ellos la artrodesis se realizó con aporte de injerto óseo y fijación con tornillos o con clavo retrógrado para la artrodesis de tobillo. Consideran, aunque no pueden usar tablas comparativas, que el tiempo quirúrgico se acorta, que los diferentes cirujanos consiguieron unas correcciones, incluidas las triplanares, extraordinariamente similares a las planificadas, como también se consiguió una ajustada colocación de los tornillos. La valoración de los cirujanos fue, en general, muy positiva.

### EIGHT YEAR RESULTS OF A MINIMALLY CONSTRAINED TOTAL ANKLE ARTHROPLASTY

**T.P. San Giovanni *et al.***

*Foot & Ankle Int Vol 2006; 27 (6): 418-26*

Los autores usan la prótesis de Buechel Pappas, no cementada, de material poroso y con componente móvil interpuesto entre los componentes tibial y astragalino. De una serie inicial de 31 tobillos, se revisan con un *follow-up* medio de 8,3 años 28 tobillos. En todos ellos, la indicación había sido la severa destrucción ocasionada por proceso reumático crónico. Analizan los resultados usando la escala AOFAS. Veinticinco tobillos ofrecen un resultado muy satis-

factorio. Radiográficamente, 23 tobillos muestran signos de integración ósea, y en cinco se observan imágenes dudosas de no incorporación, aunque sólo un tobillo muestra signos evidentes de osteolisis periprotésica. Entre las incidencias destacan la fractura del maléolo interno intraoperatoriamente y sin repercusiones posteriores (salvo un caso de pseudoartrosis posterior). Las fracturas de estrés o dehiscencias cutáneas aparecen en cuatro casos cada una de ellas. Toda esta valoración de resultados lleva a los autores a considerar esta prótesis como una de las más fiables de su tipo.

### EFFECT OF FOOT AND ANKLE POSITION ON TARSAL TUNNEL COMPARTMENT VOLUME

**A. Bracilovic et al.**

*Foot & Ankle Int 2006; 27 (6): 431-7*

Los autores comprueban que las posiciones en eversion o inversión causan un estrechamiento del túnel tarsiano, por lo que pueden favorecer la aparición de síntomas compresivos nerviosos y, especialmente agravarlos, si existen lesiones que ocupen dicho canal. Por este motivo recomiendan las inmovilizaciones en posición completamente neutra del retropié para tratarlo.

### EXTRACORPOREAL SHOCKWAVE THERAPY VERSUS PLACEBO FOR THE TREATMENT OF CHRONIC PROXIMAL PLANTAR FASCITIS: RESULTS OF A RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED, DOUBLE BLINDED, MULTICENTER INTERVENTION TRIAL

**D. Scot Malay et al.**

*J Foot & Ankle Surg 2006; 45 (4): 196-210*

Estudio técnicamente muy serio en el que se comparan resultados obtenidos con las ondas de choque y pacientes sometidos a tratamiento con placebo.

## FRACTURAS DE ASTRÁGALO

### CURRENT CONCEPTS REVIEW: TALAR FRACTURES

**Jamal Ahmad**

*Foot & Ankle Int 2006; 27 (6): 475-82*

Trabajo muy actualizado de revisión de las fracturas de astrágalo. Se abordan todos los tipos de fracturas de cabeza, cuello, cuerpo, laterales, posteriores y marginales con todas sus variantes y clasificaciones. Creo que es imprescindible para refrescar y actualizar el tema. La bibliografía es muy completa, con 78 entradas. A modo de resumen, los autores indican:

1. Las fracturas de astrágalo son, a menudo, provocadas por traumatismos de alta energía y pueden provocar importantes secuelas, a pesar de aplicar un tratamiento correcto.

2. La TAC es necesaria para la correcta valoración de fragmentos y desplazamientos.

3. Las fracturas sin desplazamiento pueden tratarse de forma conservadora, a menudo con buen resultado.

4. Las fracturas desplazadas deben tratarse con reducción abierta y fijación interna para restaurar la congruencia y la estabilidad.

5. Los abordajes anteromedial y anterolateral pueden ser usados, uno o los dos simultáneamente, para la reducción y fijación de las fracturas de cuello. Si es necesario para mejorar la reducción, pueden realizarse osteotomías para aumentar la exposición de la línea de fractura si ésta se extiende hacia el interior del cuerpo astragalito.

6. Las fracturas abiertas o cerradas con signos de isquemia cutánea requieren tratamiento urgente.

7. Las fracturas cerradas sin afección cutánea pueden ser diferidas, pues el desarrollo de una osteonecrosis post-traumática aparece más en función de la severidad de la fractura que del tiempo transcurrido para su tratamiento y fijación.

### FOURTEEN YEARS FOLLOW UP OF UNCLASSIFIED TALAR BODY FRACTURE WITH REVIEW OF LITERATURE

**K.L. Devalia, A.H. Ismaiel et al.**

*Foot & Ankle Surg 2006; 12 (2): 85-8*

Por la escasa incidencia de fracturas del cuerpo del astrágalo, los autores presentan un caso (asociado a fractura maleolar) y discuten el tratamiento y las posibles complicaciones. Revisan la literatura sobre casos similares, siendo, según la bibliografía que aportan, realmente escasa.

Hay que animarse a presentar casos similares, si alguno de vosotros los tenéis.

### PRIMARY SUBTALAR ARTHRODESIS FOR SEVERE TALAR NECK FRACTURES: A REPORT OF THREE CASES

**E.D. Leibner et al.**

*Foot & Ankle Int 2006; 27 (6): 461-4*

Los autores justifican el tratamiento con artrodesis primaria en casos de fracturas muy complejas del astrágalo de difícil o imposible reducción por su conminución, con lo que provocarían fácil y rápidamente una degeneración artrósica en la subastragalina. También lo justifican, aunque tal vez sea más discutible, por la posibilidad de osteonecrosis o pseudoartrosis.

## PIE PLANO ADULTO

### ARTHRODESIS OF THE SUBTALAR AND TALONAVICULAR JOINTS FOR CORRECTION OF SYMPTOMATIC HINDFOOT MALALIGNMENT

**V.J. Sanmarco *et al.***

*Foot & Ankle Int 2006; 27 (9): 661-6*

Los autores aportan los resultados obtenidos en 16 pies afectados de grave deformidad en valgo. Radiográficamente, evidencian artrosis subastragalina y astrágalo-escafoidea, con preservación de la calcáneo-cuboidea. Con estas condiciones artrodesan las articulaciones afectas, fijándolas con tornillo a compresión. Consideran que la cruentación y posterior compresión de la astrágalo-escafoidea contribuye eficazmente a reducir el componente de abducción del antepié, preservando su longitud y descomprimiéndola. Solamente presentan un caso de pseudoartrosis astrágalo-escafoidea en un paciente afecto de artritis reumatoide.

## ANTEPIÉ

### OUTCOME FOLLOWING SURGERY FOR HALLUX VALGUS: THE PATIENTS PERSPECTIVE

**P. Monga *et al.***

*Foot & Ankle Surg 2006; 12 (2): 95-8*

Los autores aportan una serie de 60 osteotomías metatarsales realizadas con diferentes técnicas. El grado de satisfacción fue alto en cualquier caso. Los autores deducen que cualquier osteotomía metatarsal realizada por manos expertas ofrece resultados similares.

### A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH SYMPTOMATIC HALLUX RIGIDUS: LONG TERM FOLLOW UP

**W. Bartema *et al.***

*J Foot & Ankle Surg 2006; 45 (4): 244-51*

Los autores analizan los resultados obtenidos en una amplia serie de 94 pies afectados de *hallux rigidus* sintomático y operados entre 1990 y 2000. Se agrupan en los tres estadios clásicos. Los pacientes fueron sometidos a técnicas quirúrgicas de exostectomía dorsal, artroplastia de Keller y artrodesis de la primera metatarso-falángica.

Todos los pacientes están, en general, satisfechos con las diferentes intervenciones, aunque su capacidad de marcha se ve discretamente limitada. En los pacientes operados en estadios 1 y 2, los resultados son sensiblemente más satisfactorios para el paciente con la queilectomía o la artroplastia que con la artrodesis. Todo ello sin relación con la edad del paciente

al ser intervenido. Los mejores resultados con la queilectomía se obtienen en el estadio 1, aunque las diferencias con las realizadas en el estadio 2 son más subjetivas por parte de los autores que estadísticamente significativas. En cualquier caso, si el paciente es joven debe ser advertido de que si la degeneación articular progresa tendrá que ser sometido a una segunda intervención al cabo de ciertos años.

En pacientes de estadios 1 o 2 sometidos a artroplastia de Keller, el grado de satisfacción fue mucho mejor que los sometidos a artrodesis (valorado con escala AOFAS).

En los estadios finales de la enfermedad, los resultados entre artroplastia y artrodesis son similares, aunque, por mayor dificultad técnica de la artrodesis y en vista de los resultados obtenidos, los autores recomiendan la artroplastia de Keller.

### THE INFLUENCE OF FIRST RAY MOBILITY ON FOREFOOT PLANTAR PRESSURES AND HINDFOOT KINEMATICS DURING WALKING

**M.W. Cornwall *et al.***

*Foot & Ankle Int 2006; 27 (7); 539-47*

Para reactivar la discusión sobre el papel de la hipermovilidad del primer metatarsiano y sus consecuencias, llega éste trabajo, en el que los autores concluyen que las repercusiones de la hipermovilidad y la hipomovilidad del primer radio sólo son significativas en casos extremos. En casos medios o mínimos no encuentran alteraciones en las aplicaciones de fuerza plantar ni en la alineación del retropié. El trabajo es muy interesante, pero confunde un poco su lectura, que debe ser muy detenida.

### TRAUMATIC DISLOCATION OF THE FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT (CLASSIC ARTICLE: FOOT & ANKLE 1980; 1 [15])

**M.H. Jahss**

*Foot & Ankle Int 2006; 27 (6): 401-6*

Reedición de un trabajo de M. Jahss publicado en los años 80. Como en muchas ocasiones, se ha comentado en nuestra Sociedad que resulta interesante revisar y, como en este caso, comprobar la actualidad de lo ya escrito. Tal vez sea esta característica la que hace que un trabajo sea realmente importante. El autor diferencia dos tipos de luxación:

- El tipo 1, en el que la luxación del *hallux* con los sesamoides se realiza sin interrupción de la masa sesamoidea: estos casos habitualmente no son reductibles ortopédicamente, y se debe realizar la reducción quirúrgica para liberar la cabeza metatarsal de la interposición de todo el complejo tendinoso con los sesamoides que permanecen intactos.
- En el tipo 2 existe rotura del ligamento intersesamoideo (tipo 2 A) o una fractura transversa de uno de los sesamoides (tipo 2 B). Estas roturas son las que permiten realizar una reducción cerrada.