

REVISTA DE REVISTAS

Dr. Ramón Rochera Vilaseca

FOOT AND ANKLE FELLOWSHIP TRAINING: A NATIONAL SURVEY OF PAST, PRESENT, AND PROSPECTIVE FELLOWS

Jonathan R. Schiller, C.W. DiGiovanni

Foot Ankle Int 2008; 29 (1): 34-41

Un nuevo trabajo en el que se refuerza la idea de que una buena relación entre los residentes y sus tutores en cirugía de pie y tobillo aumenta el interés de éstos hacia la patología del pie. Acabada su formación, una gran mayoría de ellos se sienten satisfechos, aunque algunos, muy pronto, se desilusionan. Como motivos destacados de ello se cuentan la remuneración, la competitividad y el poco agradecimiento de los pacientes.

Lo que parece evidente es que si queremos la continuidad de nuestras sociedades hemos de atender con cuidado, tiempo y dedicación a los residentes.

LESIONES TENDINO-LIGAMENTOSAS

En estos meses han sido abundantes las publicaciones sobre la patología aquílea. La mayoría de las mismas hacen hincapié en que el abordaje quirúrgico de estas lesiones, tanto agudas como crónicas, está ganando terreno a las técnicas conservadoras, pues con ellas se obtiene apoyo precoz, más rápida movilidad, capacidad para la tracción e incorporación rápida al deporte. Los métodos de reparación de las roturas de Aquiles pueden ser técnicamente difíciles por la retracción del tendón, la atrofia y el pequeño tamaño del cabo distal. Por este motivo son frecuentes las técnicas de refuerzo usando transferencias tendinosas, haloinjertos o materiales sintéticos. Dado el gran número de trabajos publicados, creo que la reflexión es obligada.

SURGICAL STRATEGIES: ACUTE ACHILLES RUPTURE-OPEN REPAIR

Christopher P. Chiodo, B. Den Hartog

Foot Ankle Int 2008; 29 (1): 114-8

Trabajo que comienza con un pequeño recuerdo histórico desde la primera descripción, en 1575. Acaba considerando

del siglo pasado la tendencia no quirúrgica frente a estas lesiones. Con una amplia experiencia con más de 100 casos tratado, va desgranando las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas.

A modo de resumen, concluyen: generalmente la exploración clínica es suficiente y no se precisa RMN para el diagnóstico; el tratamiento óptimo es el precoz (7-14 días después de la lesión); el tratamiento sólo con yeso puede evolucionar a rerrupturas y dificulta la reintegración al deporte; es imprescindible restaurar la tensión normal del tendón; con una técnica meticulosa, hemostasia, sutura cuidadosa, se minimiza la infección (en su experiencia: 0 casos); con la posibilidad de rehabilitación precoz se acorta la reintegración con máxima potencia y tensión del Aquiles.

ECCENTRIC LOADING COMPARED WITH SHOCK WAVE TREATMENT FOR CHRONIC INSERTIONAL ACHILLES TENDINOPATHY. A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL

Jan D. Rompe, J. Furia, N. Maffulli

J Bone Joint Surg 2008; 90 (1): 52-61

Grupo seleccionado de pacientes con tendinitis de inserción de Aquiles, sometidos a tratamiento con ejercicios fisioterápicos específicos de carga excéntrica u ondas de choque de baja energía. Estas últimas se muestran mucho más eficaces.

SURGICAL STRATEGIES: DELAYED DIAGNOSIS OR NEGLECTED ACHILLES' TENDON RUPTURES

Bryan D. Den Hartog

Foot Ankle Int 2008; 29 (4): 456-63

La discusión comienza ya con los criterios para considerar una ruptura como antigua (varía según los autores, pero en cualquier caso, a partir de las 4 semanas se considera antigua). Sin embargo, los resultados finales parecen depender, más que del tiempo transcurrido, de la distancia entre los cabos tendinosos y del propio potencial de recuperación del músculo. La imposibilidad de contacto entre los cabos tendinosos colocando el pie en máxima flexión sería la principal causa de indicación quirúrgica. El resultado final dependerá del restablecimiento de la longitud normal del tendón. Un

alargamiento incidirá en una menor fuerza y un inadecuado poder de flexión plantar, reduciendo la estabilidad del tobillo y alterando el patrón de marcha. Comenta la necesidad de no diferir el diagnóstico por no valorar los síntomas. Repasa de forma muy completa la exploración clínica y las técnicas quirúrgicas empleadas tanto para casos recientes como para casos de grandes pérdidas de material tendinoso y que abarcan desde la reconstrucción cabo-cabo a la transposición del flexor con resección de la apófisis posterosuperior del calcáneo. Consideramos su lectura totalmente recomendable.

OPTIMIZING ACHILLES TENDON REPAIR: EFFECT OF EPITENDINOUS SUTURE AUGMENTATION ON THE STRENGTH OF ACHILLES TENDON REPAIRS

Steven J. Lee, S. Goldsmith, S.J. Nicholas, M. McHugh, I. Kremenec, S. Ben-Avi

Foot Ankle Int 2008; 29 (4): 427-32

Debido a las recientes publicaciones en las que se demuestran las enormes tensiones a que es sometido el Aquiles y a los programas de rehabilitación precoz que se aplican en la práctica, los autores justifican las reparaciones quirúrgicas mediante técnicas de sutura de refuerzo que incluyan al epitendón y tendón. Proponen una sutura continua, con puntos entrecruzados en zig-zag, con una longitud de unos 2,5 cm y con hilo Ethibon® del 2. Es necesario ver el dibujo que aporta el trabajo para entender en profundidad el tipo de sutura. El trabajo se complementa con una importante bibliografía, y los autores reconocen las limitaciones del mismo, ya que se realizó con muestras de cadáveres.

MECHANICAL PROPERTIES OF RECONSTRUCTED ACHILLES TENDON WITH TRANSFER OF PERONEUS BREVIS OR FLEXOR HALLUCIS LONGUS TENDON

Hermann Sebastian, B. Datta, N. Maffulli, M. Neil, W.R. Walsh

J Foot Ankle Surg 2007; 46 (6): 424-8

Se presenta un estudio en el que se examinan *in vitro* las propiedades mecánicas de la reconstrucción del tendón de Aquiles realizadas con peroneo lateral corto y con flexor largo del dedo gordo en cadáver. Se examinaron el nivel de carga para el fracaso, la rigidez, los puntos de máxima carga y el modo de fallar del montaje.

In vitro, parece que el peroneo lateral corto ofrece menos resistencia en los picos máximos de carga, aunque se considera que este hallazgo no debería tener repercusión clínica. Concluyen en la idoneidad de usar cualquiera de las dos técnicas siempre que el cirujano asegure muy cuidadosamente el implante del tendón transferido a los cabos del tendón, pues es por donde pueden arrancarse. Para ello proponen el refuerzo con una sutura circunferencial con multifilamento de 3.0.

ACHILLES TENDON REPAIR WITH ACELLULAR TISSUE GRAFT AUGMENTATION IN NEGLECTED RUPTURES

Daniel K. Lee

J Foot Ankle Surg 2007; 46 (6): 451-5

En las rupturas crónicas se plantea el reto de la gran cantidad de tejido de mala calidad, junto a, por otra parte, los grandes requerimientos biomecánicos de la estructura. A partir de estas premisas, los autores presentan una serie de 9 pacientes seguidos durante 20 meses que fueron tratados con la adición de una membrana suturada circunferencialmente, envolviendo las zonas lesionadas de tendón en toda su extensión. Esta membrana es una matriz de tejido dermal acelular humano (GraftJacket®). A los 20-30 meses de la intervención no existen ni rerrupturas ni dolor. En comparación con otras series en las que se usan transferencias tendinosas, desdoblamientos o autoinjertos, los autores muestran mejores resultados con esta técnica.

A PRELIMINARY STUDY ON THE EFFECTS OF ACELLULAR TISSUE GRAFT AUGMENTATION IN ACUTE ACHILLES TENDON RUPTURES

Daniel K Lee

J Foot Ankle Surg 2008; 47 (1): 8-12

El mismo autor presenta un nuevo trabajo en el número siguiente de la misma publicación y aumenta la serie en 2 casos y disminuye el tiempo de reincorporación a la actividad deportiva a unas 12 semanas.

INTERFERENCE SCREW FIXATION FOR FLEXOR HALLUCIS LONGUS TENDON TRANSFER FOR CHRONIC ACHILLES TENDONOPATHY

William T. DeCarbo, C.F. Hyer

J Foot Ankle Surg 2008; 47 (1): 69-72

Este autor simplifica relativamente el problema del anclaje en las transferencias tendinosas, que se han puesto de manifiesto en todos los trabajos referenciados. Usando las fresas de interferenciales, realiza una perforación del grosor del tendón en la tuberosidad del calcáneo, en la que introduce el cabo tendinoso del flexor y lo fija con un tornillo interferencial. La fijación la realiza con el tobillo en una posición de flexión plantar de 15-20°.

OPERATIVE TREATMENT FOR PERONEAL TENDON DISORDERS

Daniel S. Heckman, S. Reddy, D. Pedowitz, K.L. Wapner, S.G. Parekh

J Bone Joint Surg Am 2008 90 (2): 404-18

Incluye 111 citas bibliográficas y una iconografía correcta. Es un trabajo de revisión y puesta al día, en el que se repasan

desde los conceptos los anatómicos y biomecánicos a los terapéuticos. En desgarros que no afecten al 50% del tendón se aconsejan las reparaciones primarias, y por encima del 50%, las tenodesis.

A MINIMALLY INVASIVE SURGICAL TECHNIQUE FOR AUGMENTED RECONSTRUCTION OF THE LATERAL ANKLE LIGAMENTS WITH WOVEN POLYESTER TAPE

Alex P. Jones, S. Sidhom, G. Sefton

J Foot Ankle Surg 2007; 46 (6): 416-23

Los autores presentan una alternativa tanto a la tenodesis como a la reconstrucción/retensado del complejo cápsulo-ligamentoso externo del tobillo para el tratamiento de las inestabilidades crónicas de tobillo. Consideran la técnica de Brostrom modificada como de primera elección. Sin embargo, para cuando la reparación cápsulo-ligamentosa es imposible o en casos de recidiva, deben plantearse otras técnicas. Los autores repasan las técnicas de tenodesis y enumeran sus inconvenientes biomecánicos. Proponen en su estudio usar un injerto de poliéster (se trata de un injerto largo de tejido en forma de cinta). La técnica quirúrgica es realmente ingeniosa y atractiva, por lo que, en mi opinión, siempre y cuando el implante realmente no falle, debe ser tomada en consideración. Los criterios de inclusión en el trabajo recuerdan los principios de indicación para que una inestabilidad sea considerada quirúrgica: historia demostrada de esguinces de repetición con signos clínicos evidentes; que estos episodios tengan consecuencias adversas en el desarrollo normal de las actividades del paciente; que dichos episodios sean crónicos o se repitan por lo menos a lo largo de 1 año; que el paciente haya realizado previamente tratamiento rehabilitador y ortopédico previo sin mejoría, y que la exploración clínica sea claramente asimétrica con aumento de la laxitud y del bostezolateral y cajón anterior. Una intervención previa no sería una contraindicación, aunque en los 4 casos presentados se realiza una primera cirugía.

La comprensión de la técnica es fácil con la ayuda de la iconografía que aporta el trabajo. Brevemente, consiste en realizar una mínima incisión en la parte más distal y posterior del maleolo peroneal. Con una dirección oblicua de arriba abajo y de posterior a anterior, se labran 2 túneles, separados 1,5 cm con broca de 2,5 mm. Se pasa la cinta por el túnel proximal, y en dirección a la base del 5.º metatarsiano se introduce una aguja flexible, subcutánea, que hace avanzar la cinta, que va a emerger a la altura de la estiloides del 5.º. Aquí se labra un túnel en dirección del dorsal a plantar. Se pasa la cinta a través de él, y con la misma aguja o un objeto flexible, por vía retrograda subcutánea, se empuja hasta que emerja por la incisión

peroneal. Se pasa por el túnel distal hasta encontrar el otro cabo de la cinta y se anuda a tensión con el pie en posición neutra. Posteriormente, se inmoviliza durante 2 semanas y después se inicia el programa rehabilitador. A los 4,5 meses los pacientes se habían reintegrado a sus actividades deportivas.

DEFORMIDADES DEL PIE

COMPORTAMIENTO DE LA PRIMERA CUÑA EN LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL METATARSO ADUCTO

J. Knorr *et al.*

Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2008; 52 (2): 84-93

En este interesante trabajo se discuten diferentes teorías etiopatogénicas sobre el metatarso-varo.

Los autores apoyan la teoría de una malformación en la primera cuña que ocasiona su acortamiento y una oblicuidad en su carilla articular con el primer metatarsiano. Esta misma situación puede ocasionar la recidiva del varo del antepié en algunos tratamientos de pie zambo.

Proponen como técnica quirúrgica: capsulotomía dorsal, interna y plantar de la primera cúneo-metatarsiana, sección del abductor del *hallux* y osteotomías curvilíneas de la base de los metatarsianos 2.º, 3.º y 4.º, maniobra de corrección y fijación con una aguja de Kirschner desde el primer metatarsiano reducido hacia el mediopié. Mantenido el pie en esta situación, se crea una descompresión a nivel cúneo-metatarsiano, lo que va a permitir el crecimiento y la remodelación de la primera cuña, con lo que se consigue la corrección y su mantenimiento en el tiempo. La iconografía aportada es muy ilustrativa.

Comparto completamente la idea etiopatogénica expuesta y me parece una técnica quirúrgica muy asumible. Dada la escasez de trabajos sobre esta malformación y la propuesta de un tratamiento razonado y comprensible, creo que su lectura es obligada.

SUBTALAR RELEASE IN CLUBFEET: A RETROSPECTIVE STUDY OF 10-YEAR OUTCOMES

Frank Henn 3rd, D.C. Crawford, C.P. Ebersson, M.G. Ehrlich

Foot Ankle Int 2008; 29 (4): 390-5

A todos los pacientes se les realizó alargamiento con zeta-plastia de Aquiles, tibial posterior, flexor largo del primer dedo y flexor común; *release* del *spring ligament*, cápsula astrágalo-escafoidea y fascículo-superficial del deltoideo; capsulotomía medial de la subastragalina y sección de todos los ligamentos intraóseos. A través de la subas-

tragalina seccionan el peroneo-calcáneo. Con todo ello, pueden recolocar el calcáneo en posición correcta bajo el astrágalo y mantenerlo en posición con un Kirschner. Otro Kirschner mantiene la posición astrágalo-escafoidea. El tratamiento postoperatorio consistió en yeso y agujas durante 3 meses.

Los autores defienden la agresividad de esta técnica, muy parecida al clásico Codivilla, por los buenos resultados que se obtienen tanto funcional como anatómicamente. Únicamente destacan como complicación la posibilidad de hipercorrección.

En nuestra opinión, es una técnica a tener en cuenta en casos de fracaso con técnicas menos agresivas aunque ortopédicamente más laboriosas o en pies zambos con claro trasfondo neuromuscular o artrogripótico, aunque precisamente estos casos fueron excluidos de la serie aportada por los autores.

TOBILLO

LUXACIONES DE TOBILLO SIN FRACTURA: CUATRO CASOS

A. Jiménez-Martín *et al.*

Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2008; 52 (2): 105-9

Es una lesión poco habitual y generalmente provocada en accidentes de tráfico. Los autores repasan la bibliografía existente, con lo que nos refrescan los conceptos de patogenia de estas lesiones.

Concluyen que es imprescindible la reducción precoz. En los casos de luxación abierta aumenta el riesgo de complicaciones neurológicas, vasculares o infecciosas, por lo que la antibioterapia es imprescindible. También hay que tener en cuenta la posible evolución a necrosis. El tratamiento siempre debe incluir la descarga durante 4 meses aproximadamente.

CORRELATION OF COMPENSATORY ALIGNMENT OF THE SUBTALAR JOINT TO THE PROGRESSION OF PRIMARY OSTEOARTHRITIS OF THE ANKLE

Koji Hayashi, Y. Tanaka, T. Kumai, K. Sugimoto, Y. Takakura

Foot Ankle Int 2008; 29 (4): 400-6

Interesante trabajo en el que se revisan los conceptos sobre la degeneración artrósica del tobillo y su evolución. Dejan la puerta abierta a futuras investigaciones, pues en el presente estudio se centran en las artrosis primarias en varo y su forma de progresión. La respuesta de la subastragalina es compensadora hasta el estadio intermedio: aumenta su valgo en relación con el varo de tobillo, pero progresivamente

pierde esta capacidad y en las últimas fases está claramente en el varo.

ANKLE ARTHRODESIS

Aneel Nihal, *et al.*

Foot Ankle Surg 2008; 14 (1): 1-10

Trabajo de revisión y puesta al día de lectura obligada para actualizar conocimientos de la artrodesis de tobillo. Incluye una bibliografía muy completa. Se repasan las indicaciones. La posición más adecuada para la fusión es en flexión neutra, con valgo de 0-5° y sin rotación. La excesiva dorsiflexión puede ocasionar dolor o úlceras, y la excesiva flexión plantar, metatarsalgias y *genu recurvatum*. Asimismo, el varo o valgo excesivos provocarán trastornos por sobrecarga del apoyo en los bordes del pie. Por ello, es imprescindible la correcta planificación preoperatoria. Se repasan las diferentes técnicas quirúrgicas. Por un lado, las artrodesis cerradas (artroscópicas) cuando no existen deformidades y, por otro, las técnicas de artrodesis abiertas para cuando existan deformidades importantes que deban ser corregidas mediante cortes apropiados. Se repasan los métodos de fijación y se aconsejan unos u otros dependiendo de la calidad y cantidad de hueso.

ANGLE-STABLE AND COMPRESSED ANGLE STABLE LOCKING FOR TIBIOTALOCALCANEAL ARTHRODESIS WITH RETROGRADE INTRAMEDULLARY NAILS. BIOMECHANICAL EVALUATION

Thomas Mückley, K. Hoffmeier, K. Klos, A. Petrovitch, G. von Oldenburg, G.O. Hofmann

J Bone Joint Surg Am 2008; 90 (3): 620-7

Los clavos intramedulares, angulados y con compresión dinámica parecen ser los que ofrecen mejores resultados tras analizar los datos ofrecidos por los tests biomecánicos diseñados por los autores.

CURRENT CONCEPTS REVIEW: TOTAL ANKLE ARTHROPLASTY

Aaron J. Guyen, G. Richardson

Foot Ankle Int 2008; 29 (2): 256-64

Es un trabajo interesante, como todos los *current concepts*. Tras aceptar que las primeras generaciones de artroplastias de tobillo dieron malos resultados, lo que tuvo como consecuencia que se prefiriese la artrodesis, se recomienda usar las últimas prótesis aparecidas y aprobadas por la FDA americana. Es un trabajo útil como puesta al día, para conocer el estado actual de la cirugía protésica. Contiene una bibliografía muy completa.

ANKLE REPLACEMENT VERSUS ARTHRODESIS: A COMPARATIVE GAIT ANALYSIS STUDY

Philippe Piriou, P. Culpan, M. Mullins, J.N. Cardon, D. Pozzi, T. Judet

Foot Ankle Int 2008; 29 (1): 3-9

Se encuentran importantes diferencias biomecánicas y funcionales entre una y otra técnica, aunque ninguna de las dos restaura el movimiento normal ni la velocidad de marcha. Con la artrodesis la marcha es más rápida y el paso más largo; no obstante, se evidencia una gran asimetría en la cadencia de la marcha, aunque con unos patrones de fuerza de reacción restablecidos. Sin embargo, la prótesis restaura mejor la cadencia del paso con reducción de la cojera, aunque el paso sea significativamente más corto que con la artrodesis. La movilidad del tobillo protege las articulaciones adyacentes. Dados estos resultados, los autores consideran necesarios más años de experiencia para conocer la duración de la mejoría de movilidad, de las fuerzas de transmisión y de la protección de las articulaciones vecinas.

RETROPIÉ

OSTEOCHONDRITIS DISSECANS OF THE TARSAL NAVICULAR

Ersin Ozturk, M. Sirvanci, H. Mutlu, C. Duran, G. Sonmez

Foot Ankle Int 2008; 29 (4): 442-4

Presentan lesiones osteocondrales en el polo superior del escafoides, en algún caso con un pequeño cuerpo libre. Las clasifica en estables e inestables y recomiendan el tratamiento ortopédico y conservador. En casos excepcionales puede recurrirse al tratamiento quirúrgico con perforaciones o incluso a colocar un tornillito para estabilizar el fragmento osteocartilaginoso.

ANTEPIÉ

ESTUDIO DEL PATRÓN DE PRESIONES PLANTARES EN PIES CON HALLUX VALGUS MEDIANTE UN SISTEMA DE PLANTILLAS INSTRUMENTADAS

A. Martínez Nova, *et al.*

Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2008; 52 (2): 94-8

La revista de la SECOT publica el trabajo referenciado que, de forma multicéntrica, ha sido realizado por profesores de escuelas de podología y enfermería. Los autores usan una plantilla con 64 sensores piezoeléctricos para medir las presiones plantares en un grupo de pacientes afectados de *hallux valgus* de moderada intensidad. Paralelamente se realiza el estudio en un grupo de pies normales. Los resultados obtenidos son que aumentan las presiones bajo la cabeza del primer metatarsiano y del *hallux*.

Elo no explica la clásica teoría de la sobrecarga de los metatarsianos centrales. Los autores piensan que esta sobrecarga del primer radio puede deberse a que la deformidad estaba en fase inicial y que en *hallux valgus* más intensos podría aparecer la clásica sobrecarga lateral por transferencia. Interpretan el hallazgo como una consecuencia del aumento de los movimientos de pronación en el arco interno del pie, al que dan un valor determinando en la aparición y el desarrollo de la deformidad.

Estos interesantes resultados vienen a sumarse a las teorías de la hiper movilidad del primer radio y creemos que tienen especial interés para aplicar estos conceptos en el tratamiento ortopédico de la deformidad.

RHEUMATOID FOREFOOT RECONSTRUCTION: FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT FUSION COMBINED WITH WEIL'S METATARSAL OSTEOTOMIES OF THE LESSER RAYS

Benjamín JRF Bolland, P.S. Sauvé, G.R. Taylor

J Foot Ankle Surg 2008; 47 (2): 80-7

Serie compuesta por 17 pacientes (26 pies) y un seguimiento medio de 26,2 meses. Los autores obtuvieron un 88% de buenos resultados valorados en la escala AOFAS. No muestran preferencias por el sistema de fijación para la artrodesis y no ven ventajas en el uso de placas de bajo perfil. La osteotomía de Weil la realizan sin modificaciones pero cuidando mucho, tanto en la planificación peroperatoria como durante la intervención, el mantenimiento de una correcta fórmula metatarsal (midiendo incluso los milímetros acortados). Justifican la técnica en el hecho de que la artrodesis aporta mayor estabilidad al primer radio, con lo que se evita la metatarsalgia por transferencia a los metatarsales laterales. Mantener la cabeza metatarsal les permite afrontar otras cirugías en el futuro si la evolución de la enfermedad lo requiere. En el mismo acto quirúrgico alargan los extensores con tenotomía en Z y sinovectomía si existe abundante *pannus* intraarticular.

IN VIVO COMPARISON OF SCREW VERSUS PLATE AND SCREW FIXATION FOR FIRST METATARSOPHALANGEAL ARTHRODESIS: DOES AUGMENTATION OF INTERNAL COMPRESSION SCREW FIXATION USING A SEMI-TUBULAR PLATE SHORTEN TIME TO CLINICAL AND RADIOLOGIC FUSION OF THE FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT (MTPJ)?

Himanshu Sharma, S. Bhagat, J. Deleeuw, F. Denolf

J Foot Ankle Surg 2008; 47 (1): 2-7

Tras analizar los resultados de dos series comparativas, los autores concluyen que no existe ninguna diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de fusión y el tiempo de fusión, la satisfacción del paciente y el número de pacientes,

por lo que la elección de la técnica dependerá exclusivamente de las preferencias del cirujano.

COST COMPARISON OF CROSSED SCREWS VERSUS DORSAL PLATE CONSTRUCT FOR FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT ARTHRODESIS

Christopher F. Hyer, J.P. Glover, G.C. Berlet, T.H. Lee

J Foot Ankle Surg 2008; 47 (1): 13-8

Tras analizar todos los aspectos que concurren en cada tipo de operación (ingreso, tiempo y material), los autores concluyen que la fijación con dos tornillos cruzados tiene un coste inferior y ofrece unos resultados clínicos iguales, con lo que coinciden con el trabajo anteriormente referenciado. Parece que deberemos inclinarnos por las artrodesis metatarso-falángicas fijadas únicamente con dos tornillos, pues a igual resultado menor coste, con lo que los gerentes del hospital nos querrán más.

RESTORATION AND PRESERVATION OF FIRST METATARSAL LENGTH USING THE DISTRACTION SCARF OSTEOTOMY

Nicholas J. Bevilacqua, L.C. Rogers, J.S. Wrobel, D.Z. Shechter

J Foot Ankle Surg 2008; 47 (2): 96-102

Aconsejan la osteotomía de *scarf* como método de alargamiento del primer metatarsiano sin necesidad de recurrir a injertos de adición. La iconografía es ilustrativa. Llama la atención que esta técnica la practican, en algún caso, asociada a la artrodesis de Lapidus de la primera cúneo-metatarsiana, pues prevén que con la misma, y dependiendo del caso, puede provocarse un acortamiento considerable.

SCARF OSTEOTOMY FOR HALLUX VALGUS. IS AN AKIN OSTEOTOMY NECESSARY?

A. Malviya et al.

Foot Ankle Surg 2007 13/4: 177-81

Los autores analizan los resultados en una serie de 69 pacientes a los que se les practica una osteotomía de *scarf*

para corrección de *hallus valgus* de moderada intensidad. Veinticinco pies fueron tratados, además, con osteotomía de Akin. Los resultados obtenidos les llevan a concluir que, contrariamente a trabajos previos de otros autores, la osteotomía de *scarf* normaliza el ángulo articular distal, por lo que no sería necesario practicar de rutina la osteotomía de Akin. Así, aconsejan reservarla únicamente para aquellos casos en los que intraoperatoriamente se observa una hipocorrección de la deformidad.

INTERPOSITIONAL ARTHROPLASTY OF THE FIRST MTP JOINT USING A REGENERATIVE TISSUE MATRIX FOR THE TREATMENT OF ADVANCED HALLUX RIGIDUS

Gregory C. Berlet, C.F. Hyer, T.H. Lee, T.M. Philbin, J.F. Hartman, M.L. Wright

Foot Ankle Int 2008; 29 (1): 10-21

Me parece interesantísimo este trabajo. Propone una resección de la base de la falange más ancha por la parte dorsal que la plantar (como en la técnica de Valente) y la recubre con una malla biológica. Con ello consigue una excelente recuperación de la movilidad en la flexión dorsal y ausencia de dolor. Son resultados iniciales.

CLASSIFICATION SYSTEMS FOR HALLUX RIGIDUS: A REVIEW OF THE LITERATURE

Paul Beeson, C. Phillips, S. Corr, W. Ribbans

Foot Ankle Int 2008; 29 (4): 407-14

Es éste uno de los trabajos más iconoclastas que he leído últimamente. Los autores no consideran válido ninguno de los sistemas de clasificación del *hallus rigidus* propuestos. Por falta de criterios objetivos que cuantifiquen todos los parámetros a tener en cuenta, la bibliografía es completísima. Aunque la finalidad de esta clasificación ideal sería mejorar la indicación quirúrgica, el autor reconoce que el resultado depende siempre de la técnica quirúrgica, de la experiencia del cirujano y de la motivación del paciente.