

REVISTA DE REVISTAS

Dr. Ramón Rochera Vilaseca

PIE DIABÉTICO

DIABETIC FOOT DISORDERS: A CLINICAL PRACTICE GUIDLINE

VV. AA.

J Foot Ankle Surg 2006; 45(5).

Suplemento monográfico

Excelente, didáctica y muy útil es esta monografía sobre los trastornos en el pie diabético. Se acompaña de unas hojas plastificadas en las que se esquematizan todas las evoluciones posibles y según las mismas las propuestas de tratamiento en cada momento evolutivo. Está tremendamente bien sistematizado el afrontar el diagnóstico y tratamiento más oportunos. Se consideran los aspectos de exploración vascular, neurológica, dermatológica y los aspectos biomecánica del pie y calzado. Se puntualizan los criterios de riesgo y se pone al día el tratamiento en todas las fases evolutivas desde la prevención, curas de úlceras, incluyendo la aplicación de factores de crecimiento, indicación de amputación y pronóstico según nivel. Imprescindible si debe abordarse el tratamiento de esta patología; una vez más, se pone en evidencia la necesidad de trabajo multidisciplinar.

TRAUMATOLOGÍA DE PIE Y TOBILLO

A finales del 2006 se presentó la publicación correspondiente al II Curso Avanzado AAOS y SECOT. Coordinado por Núñez-Samper, es una excelente publicación que, desarrollando sus reflexiones apuntadas en el prólogo, puede ser de gran ayuda para los equipos de guardia de traumatología por sentar las bases en el manejo de los pacientes traumáticos y para tomar decisiones de tratamiento. Realmente es una monografía sobre pie para "tener a mano" en cualquier servicio de urgencias, especialmente si hay gente en formación.

La monografía incluye los siguientes trabajos: "Fracturas de pión tibial" (Dr. Dalmau), "Fracturas maleolares. Métodos de fijación interna" (Dr. Nuñez Samper), "Fracturas y luxaciones de astrágalo y de la articulación subastragalina (Benedict F. di Giovanni MD, *et al.*), "Lesiones del complejo articular tarsometatarsiano" (Michael C. Thompson MD *et al.*), "Fracturas de los metatarsianos" (Dr. Rodríguez Altónaga JR, *et al.*), "Artrodesis para reconstruir las lesiones postraumáticas del pie y tobillo" (David B. Thordarson).

SCREW VERSUS STAPLE IN STABILIZATION OF DIASTASIS OF TIBIOFIBULAR SINDESMOSIS

F. Mahmoud et al.

Foot Ankle Surg 2007; 13(1): 5-9

Los autores realizan un estudio comparativo. Tras la reducción y fijación con osteosíntesis de las fracturas bimaleolares, si hay afección de la sindesmosis colocan o un tornillo o una grapa. Se muestran partidarios del uso de una grapa por: significativo menor porcentaje de dolor en la zona de la unión (50% frente a 5%), posibilidad de sinostosis con el tornillo, no mayor índice de roturas y, especialmente, la grapa no compromete la cinemática del tobillo y permite además una movilización y carga precoces.

RETROPIÉ

INTERMEDIATE RESULTS OF BUECHEL PAPPAS UNCONSTRAINED UNCEMENTED TOTAL ANKLE REPLACEMENT FOR OSTEOARTHRITIS

MS Ali et al.

J Foot Ankle Surg 2007; 46(1): 16-20

Se realiza un análisis de resultados con un seguimiento medio de 5 años. En todos los pacientes se indicó por artrosis de tobillo. La prótesis es no constreñida, sin cementar con superficie porosa y está formada por componente tibial con

anclaje intramedular, recubrimiento de cúpula astragalina y componente intermedio móvil en polietileno.

Hay pocos trabajos publicados sobre resultados con esta prótesis. Los autores, de Reino Unido, comparan los suyos con las series presentadas por Kofoed o Valderrábano y Hintermann y son similares, aunque aceptan que su seguimiento es más corto. Hace hincapié en la necesidad de una técnica correcta y, muy especialmente, en una indicación correcta. A 5 años ofrecen una supervivencia del 97%.

SECONDARY SURGERY AFTER TOTAL ANKLE REPLACEMENT. THE INFLUENCE OF PREOPERATIVE HINDFOOT ALIGNMENT

Anders Henricson et al.

Foot Ankle Surg 2007; 13(1): 41-4

Los autores suecos remarcan la necesidad de una correcta alineación del retropié para conseguir un mayor índice de supervivencia en las prótesis de tobillo. Por tal motivo, notifican todas las intervenciones realizadas para corregir las desviaciones del retropié. Para corregir el varo o valgo aconsejan osteotomías de calcáneo, artrodesis subastragalina y acortamiento o alargamiento del peroné según la deformidad previa. Las desviaciones en varo son las que les ofrecen peores resultados y los autores se hacen eco de los límites propuestos por diversos autores y que oscilan entre los 10° de Andersson y los 45° de Kofoed. En cualquier caso, las desviaciones axiales deben corregirse previamente o en el mismo tiempo quirúrgico para mejorar la supervivencia.

TOTAL ANKLE REPLACEMENT: EARLY RESULTS DURING LEARNING PERIOD

Arun Kumar et al.

Foot Ankle Surg 2007; 13(1): 19-23

Revisión de resultados ofrecidos por 50 casos con prótesis de Kofoed. Destacan los mejores resultados con las prótesis no cementadas y semiconstreñidas. Se insiste en la necesidad de una correcta alineación del retropié para asegurar una buena supervivencia. Aconsejan realizar, además de cortes con inclinación apropiados e intervenciones de partes blandas, las correcciones óseas necesarias en el mismo tiempo quirúrgico. Demorarlas a un segundo tiempo quirúrgico facilita la rigidez del tobillo protésico.

ANTERIOR PLATE SUPPLEMENTATION INCREASES ANKLE ARTHRODESIS CONSTRUCT RIGIDITY

Ivan S. Tarkin

Foot Ankle Int 2007; 28(2): 219-23

Junto a los habituales tornillos de compresión para estabilizar y comprimir las superficies tibioastragalinas cruentadas

para conseguir la artrodesis, los autores analizan el efecto biomecánico de complementar la fijación con una placa atorillada colocada en la parte anterior del tobillo: consideran que disminuye de manera muy efectiva los movimientos en los modos coronal, sagital y torsional en las superficies objeto de artrodesis, con lo que se constituye una estructura más rígida con menor micromovilidad.

ARTRODESIS SUBASTRAGALINA PRIMARIA EN TRABAJADORES CON FRACTURA DE CALCÁNEO

F. Morales et al.

Rev Ortop y Traum; 50(5): 372-7

Se presentan 6 casos de fracturas conminutas de calcáneo con afección articular grave, en más de un tercio, de la parte externa de la subastragalina posterior. Corresponden a los grupos 3 y 4 según la clasificación de Sanders. De forma planificada, se procede a practicar la reducción abierta de la fractura con reconstrucción de la forma del calcáneo, adición de injerto autólogo y a la artrodesis subastragalina mediante un tornillo canulado de 7 mm. La decisión está basada fundamentalmente en los porcentajes de evolución a artrosis subastragalina dolorosa en este grupo de fracturas aun habiéndose obtenido una buena reducción. Como complicación destacan, únicamente, dehiscencias o necrosis de los bordes de heridas, que se resolvieron por cicatrización por segunda intención.

Los autores presentan unos resultados sorprendentemente buenos teniendo en cuenta que todos los pacientes se reincorporaron a su trabajo en un plazo no superior a 6 meses y que el tipo de accidente era laboral.

OSTEOMIELITIS POSTRAUMÁTICA DEL CALCÁNEO: RESULTADOS DE SU TRATAMIENTO

A. Dalmau et al.

Rev Ortop y Traum 2006; 50(5): 378-81

Trabajo también procedente del ámbito de los accidentes de trabajo. Presentan una serie de 15 osteomielitis secundarias a diferentes situaciones, todas ellas con antibiogramas positivos. Es un factor remarcable la agresividad –sin claros signos de viabilidad– que aconsejan para las resecciones de todos los tejidos óseos y partes blandas. Si en el transcurso de las curas aparecen nuevas zonas necróticas, recomiendan un nuevo desbridamiento de las mismas. Si las resecciones óseas son importantes, se rellena con material antibiótico (rosario de PMMA + gentamicina) el espacio creado. Antibioterapia general según antibiograma durante no menos de 45 días. Tras la curación, se rellenan las cavidades óseas con injerto autólogo y reparaciones plásticas de partes blandas. Todos los casos fueron resueltos y obtuvieron 62 puntos de media según la escala de Kitaoka.

Para aquellos casos en los que se registrara pérdida grave de partes blandas, es interesante en extremo recordar los sistemas de injertos de partes blandas. En este sentido, anotamos la aparición de los dos trabajos que se indican a continuación:

THE DISTALLY BASED SURAL ARTERY FLAP FOR ANKLE AND FOOT COVERAGE

Tahseen A. Chema MD et al.

J Foot Ankle Surg 2007; 46(1): 40-7

FRACTURA DE CALCÁNEO Y COBERTURA CON COLGAJO NEUROFASCIOCUTÁNEO SURAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

J.L. Leal Hemling et al.

Avances en Traum Cir Ortop 2006; 36(4): 284-7

Con pequeñas variaciones técnicas, en ambos trabajos se describe el sistema de cobertura cutáneo mediante un colgajo de flujo reverso distal de la arteria sural superficial. Las estructuras que componen el colgajo son la fascia superficial y profunda, el nervio sural, la vena safena corta y la arteria sural superficial, todo ello junto con una isla de tejido celular subcutáneo y piel.

Mención especial merece la reflexión que plantea Leal en torno a la fiabilidad y la utilidad de este tipo de colgajos en zonas como tobillo y retropié: son sencillos de diseccionar, de morbilidad limitada, sin necesidad de anastomosis microquirúrgicas, con preservación de estructuras vasculares más. Todo ello hace que esta técnica sea accesible a muchos niveles hospitalarios.

PROPHYLACTIC BRACING VERSUS TAPING FOR THE PREVENTION OF ANKLE SPRAINS IN HIGH SCHOOL ATHLETES: A RETROSPECTIVE, RANDOMIZED TRIAL

Timothy J. Mickel MD et al.

J Foot Ankle Surg 2006; 45(6): 360-65

Constituye éste un estudio que atesora todos los ingredientes para sorprendernos. De forma muy seria y rigurosa, se evalúa el tiempo perdido, el costo económico y las diferencias en la aparición de lesiones si los atletas se vendan los tobillos o se colocan estabilizadores semirrígidos. Como no hay diferencias en relación con la aparición de episodios de entorsis de tobillo, se recomiendan los estabilizadores, pues con los *os tape* se utilizan y, por tanto, pierden, 67 segundos por tobillo y entrenamiento, lo que representa 97 minutos por temporada; y si le añadimos el coste del trocito de venda usada día a día durante toda la temporada, resultan mucho más caros.

ANTEPIÉ

SURGICAL TREATMENT OF MILD HALLUX VALGUS DEFORMITY. THE STATE OF PRACTICE AMONG ACADEMIC FOOT AND ANKLE SURGEONS

Stephen Pinney et al.

Foot Ankle Int 2006; 27(11): 970-3

El 87 % de los cirujanos americanos realiza la osteotomía distal de Chevron para corregir los *hallux valgus* medios, y un 10 % se ayuda de una osteotomía de falange de tipo Akin para completar la corrección.

THE FIRST METATARSOPHALANGEAL ARC CIRCUMFERENCE: CORRELATION WITH ANGULAR MEASUREMENTS

Carlos Piqué

Foot Ankle Int 28/2 (2007): 186-7

Nuestro compañero Piqué describe en este trabajo un ingenioso método para valorar la gravedad de la deformidad del *hallux valgus*. Se basa en los pocos estudios existentes que interrelacionan los valores numéricos de los diferentes ángulos que pueden medirse en las deformidades del primer radio. Empieza por trazar un arco que sigue el borde interno de la falange y el borde interno de la disfisis del primer metatarsiano; este arco, que forma parte de una circunferencia cuyo centro se encuentra dentro del pie en los casos más graves (40° de deformidad del ángulo de *hallux valgus*), se va haciendo más lateral o salir por fuera del pie en los casos discretos. Con métodos estadísticos computarizados, muestra cómo la localización de este centro del arco de deformidad guarda relación con todos los parámetros angulares usados habitualmente.

COMPONENTS OF THE WILSON OSTEOTOMY THAT ARE EFFECTIVE ON HALLUX VALGUS REPAIR

Yakup Yildirim MD et al.

J Foot Ankle Surg 2007; 46(1): 21-6

Se recoge en este trabajo una serie de consideraciones técnicas sobre la realización de una osteotomía correctora del *hallux valgus* que goza de gran predicamento. Se trata de una osteotomía distal con inclinación de adentro afuera y de distal a proximal de, aproximadamente, 45°. La cabeza del metatarsiano se desliza por esta línea de osteotomía, con lo que se corrige la deformidad. El inconveniente principal es que se provoca un acortamiento del primer metatarsiano. Los autores notifican que el ángulo de la osteotomía y el desplazamiento lateral influyen decisivamente en la corrección: cuanto mayor es el ángulo de inclinación de la osteotomía,

mayor es el acortamiento, por lo que se recomiendan trazos de osteotomía que tiendan a la horizontalización (20-25°). El grado de desplazamiento o la distancia entre la osteotomía y la articulación metatarsofalángica no serán factores influyentes.

SCARF AND WEIL OSTEOTOMIES FOR CORRECTION OF RHEUMATOID FOREFOOT DEFORMITIES: A REVIEW OF 20 CASES

R.P. Berg et al.

Foot Ankle Surg 2007; 13(1): 35-40

En las últimas revisiones hemos referenciado trabajos que relanzan la alineación metatarsal o la artroplastia de la primera metatarsofalángica para el tratamiento de antepiés gravemente deformados o con lesiones artríticas. Para equilibrar, hoy referenciamos que se siguen presentando muy buenos resultados con técnicas más sofisticadas y anatómicamente conservadoras. Solamente haríamos el comentario de que los casos iconografiados para el estudio presentan mucha luxación pero poca destrucción morfológica de las cabezas metatarsales. En uno de ellos, la progresión de la enfermedad artrítica hizo fracasar el resultado de la osteotomía de Scarf y precisó la artrodesis de la primera metatarsofalángica.

Varios son los trabajos publicados recientemente referidos a la técnica de artrodesis de la primera articulación metatarsofalángica que coinciden en buenos resultados y sólo difieren en la indicación o en la técnica empleada para conseguirla:

HALLUX METATARSOPHALANGEAL JOINT ARTHRODESIS USING DOME-SHAPED REAMERS AND DORSAL PLATE FIXATION: A PROSPECTIVE STUDY

Nicholas R. Goucher et al.

Foot Ankle Int 2006; 27(11): 869-76

Usan un instrumental parecido a las fresas para cruentación de cótilos para cruentar, en este caso, la cabeza metatarsal y la base falángica. Además, se practican múltiples perforaciones en las superficies cruentadas para asegurar la viabilidad y mejorar el aporte sanguíneo. Fijan con placa dorsal de titanio y tornillo oblicuo. Posición recomendada: 10° de flexión dorsal, 10-15° de valgo. Consolidación en un 92%.

FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT ARTHRODESIS AS A TREATMENT FOR FAILED HALLUX VALGUS SURGERY

Jerry Speight Grimes et al.

Foot Ankle Int 2006; 27(11): 887-93

Destacan el hecho de que no hay publicada ninguna serie que analice resultados de artrodesis a largo plazo indicada como rescate de cirugías previas para *hallux valgus*. Lo indican en cualquier tipo de mala evolución de cualquier tipo de cirugía sobre éste: recidiva, *hallux varus*, subluxaciones, metatarsalgias por transferencias, etc. Los resultados que presentan son buenos, y cabe destacar que no encuentran signos degenerativos a largo plazo relacionados directamente con la fusión, ni en la interfalángica ni en la cuneometatarsiana. No parece que los resultados se vean influidos por la presencia previa de una síndrome de hiper movilidad del primer metatarsiano.

METATARSOPHALANGEAL JOINT ARTHRODESIS AFTER FAILED KELLER-BRANDES PROCEDURE

Patrick Vienne et al.

Foot Ankle Int 2006; 27(11): 894-901

Lo indican en casos de recidiva de deformidad, dolor o metatarsalgia por transferencia. Se cruentan las superficies e insisten, como en el trabajo referenciado anteriormente, en la necesidad de realizar múltiples perforaciones en las superficies objeto de artrodesis. Si va a quedar un primer radio excesivamente corto, insertan un injerto tricortical extraído de la cresta ilíaca del mismo lado. Fijación con dos tornillos cruzados.

Ofrecen buenos resultados y las incidencias remarcadas son las habituales.

PROSPECTIVE GAIT ANALYSIS IN PATIENTS WITH FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT ARTHRODESIS FOR 'HALLUX RIGIDUS'

James W. Brodsky et al.

Foot Ankle Int 2007; 28(2): 162-5

Se presenta como el primer trabajo que ofrece resultados comparativos pre y postoperatorios en los análisis de la marcha, y se destaca que en todos los casos aumenta la fuerza en la fase de despegue que se considera fruto de la desaparición del dolor, o de la mayor estabilidad articular, o de la suma de ambos factores.