

REVISTA DE REVISTAS

Dr. Ramón Rochera Vilaseca

PATOLOGÍA TENDINOSA

Estos meses han continuado apareciendo trabajos dedicados a las tendinopatías del Aquiles y variaciones sobre el tratamiento de las mismas. Destacamos los siguientes trabajos:

TREATMENT OF CHRONIC ACHILLES TENDINOPATHY AND RUPTURES WITH FLEXOR HALLUCIS TENDON TRANSFER: CLINICAL OUTCOME AND MRI FINDINGS

F. Hahn, P. Meyer, C. Maiwald, M. Zanetti, P. Vienne

Foot Ankle Int 2008; 29 (8): 794-802

La técnica quirúrgica sigue la descrita por Wapner. A través de una incisión distal de aproximadamente 2 cm en el borde medial del mediopié, se identifica el tendón del flexor propio, se disecciona proximalmente y se sutura al tendón del flexor de los dedos. El Aquiles es desbridado hasta dejar solamente tejido sano o un mínimo del 50% de tejido aquileo. Sobre este Aquiles se sutura el flexor en una longitud de unos 8 cm. Los autores publican varias figuras que facilitan la comprensión de la técnica. Se indica en las tendinopatías con o sin ruptura. Cabe señalar que los autores no encuentran morbilidad en el hecho de transponer el flexor largo. En resonancias magnéticas nucleares (RMN) se observa una buena integración del flexor dentro del Aquiles en ausencia de fenómenos inflamatorios. Desaparece el dolor y se recupera la fuerza y el volumen muscular del tríceps.

OUTCOMES OF CHRONIC INSERTIONAL ACHILLES TENDINOSIS USING FHL AUTOGRAFT THROUGH SINGLE INCISION

I. Elias, S.M. Raikin, M.P. Besser, L.N. Nazarian

Foot Ankle Int 2009; 30 (3): 197-204

Los autores describen la técnica de anclaje del flexor del primer dedo tunelizando el calcáneo y fijándolo

retensando con un tornillo biodegradable. Insisten en la necesidad de extirpar toda la calcificación intratendinosa, reseca la posible exóstosis de Hadlung y no dejar tejido tendinoso enfermo. Es un trabajo más aconsejando el uso, sorprendente, del flexor propio como refuerzo del Aquiles, lo que parece estar muy en boga en Estados Unidos. ¿Realmente es necesario el sacrificio del flexor del primer dedo?

REPAIR OF THE ACHILLES TENDON SLEEVE AVULSION: A TRANSCALCANEAL SUTURE TECHNIQUE

G. Pavlou, R. Roach, S. Salehi-Bird

Foot Ankle Int 2009; 30 (1): 65-7

Reinserción del Aquiles tras avulsión traumática, realizando dos perforaciones paralelas en las que se insertan las porciones distales del Aquiles. El trabajo aporta figuras que hacen comprensible la técnica. Sin embargo, predominan los autores que prefieren técnicas menos invasivas, como las que usan el Achillon®.

OUTCOME OF ACHILLES TENDON RUPTURES TREATED BY A LIMITED OPEN TECHNIQUE

H.G. Jung, K.B. Lee, S.G. Cho, T.R. Yoon

Foot Ankle Int 2008; 29 (8): 803-7

THE ACHILLON ACHILLES TENDON REPAIR: IS IT STRONG ENOUGH?

M. Ismail, A. Karim, R. Shulman, A. Amis, J. Calder

Foot Ankle Int 2008; 29 (8): 808-13

THE ANATOMY OF THE FASCIA CRURIS AND IMPLICATIONS FOR ACHILLON LIMITED OPEN ACHILLES TENDON REPAIR: A CASE REPORT

M. Atinga, A.M. Highland, M.B. Davies

Foot Ankle Int 2008; 29 (8): 814-6

ENDOSCOPIC TREATMENT FOR CHRONIC ACHILLES TENDINOPATHY

J. Vega, J.M. Cabestany, P. Golanó, L. Pérez-Carro

Foot Ankle Surg 2008; 14 (4): 204-10

Mediante dos portales abordan el tendón de Aquiles. Un portal proximal, en la transición del tendón al músculo, y un portal lateral que, en algunos casos, puede complementarse con uno medial para facilitar las maniobras y la visualización medial del Aquiles, ambos próximos a la inserción calcánea. Se inserta la óptica de 4,5 mm y se aborda sin insuflar líquido. Con un objeto cortante, los autores realizan cortes longitudinales en el tejido tendinoso.

Destaca una importante bibliografía aunque, probablemente por lo muy novedoso del artículo, hay una ausencia completa de autores españoles.

THE INFLUENCE OF EARLY WEIGHT-BEARING COMPARED WITH NON-WEIGHT-BEARING AFTER SURGICAL REPAIR OF THE ACHILLES TENDON

A.A. Suchak, G.P. Bostick, L.A. Beaupré, D.C. Durand, N.M. Jomha

J Bone Joint Surg Am 2008; 90: 1876-83

Los autores evidencian que los pacientes sometidos a carga se recuperan mejor, en todos los parámetros, que los que no cargan. Sin embargo, estas diferencias son sólo evidentes en las primeras 6 semanas. Transcurridas éstas, a los 6 meses se igualan los parámetros. En ninguno de los dos grupos se provocan re-rupturas.

EFFECTS OF HUMAN AMNIOTIC FLUID AND MEMBRANE IN THE TREATMENT OF ACHILLES TENDON RUPTURES IN LOCALLY CORTICOSTEROID-INDUCED ACHILLES TENDINOSIS: AN EXPERIMENTAL STUDY ON RATS

I. Çoban, I.S. Satoglu, A. Gültekin, B. Tuna, H. Tatari, M. Fidan

Foot Ankle Surg 2009; 15 (1): 22-7

Es éste uno de los pocos trabajos en que los autores manifiestan que su propuesta no ha tenido éxito, por lo que recomiendan no usar el líquido amniótico ni la membrana en la reparación de los tendones de Aquiles (se han mostrado eficaces en la regeneración de nervios periféricos y formación de colgajos con tejido condral por su alta concentración en ácido hialurónico).

TRAUMATIC RUPTURE OF THE TIBIALIS ANTERIOR TENDON ASSOCIATED WITH CHRONIC TIBIALIS POSTERIOR DYSFUNCTION

A.T. George, A. Babu, J. Davis

Foot Ankle Surg 2009; 15 (1): 46-52

Se presenta un caso, único en la literatura según los autores, en que se asiste a una ruptura espontánea del tibial anterior en un paciente afecto de disfunción del tibial posterior y que venía siendo tratado ortopédicamente. Presentaba dolor en el trayecto del tibial anterior tras un giro que se produjo bailando. Ningún antecedente endocrinológico o inflamatorio. Es tratada mediante osteotomía de desplazamiento de la tuberosidad calcánea, fijada con tornillo. Artrodesis astrágalo-escafoidea fijada con tornillos y reconstrucción del tibial anterior. El flexor largo de los dedos se transfiere a la tuberosidad del escafoides para suplir al tibial posterior.

PIE NEUROLÓGICO

LONG-TERM RESULTS OF RECONSTRUCTION FOR TREATMENT OF A FLEXIBLE CAVOVARUS FOOT IN CHARCOT-MARIE-TOOTH DISEASE

C.M. Ward, L.A. Dolan, D.L. Bennett, J.A. Morcuende, R.R. Cooper

J Bone Joint Surg Am 2008; 90 (12): 2631-42

Los autores realizan una revisión de resultados quirúrgicos a largo plazo y proponen un algoritmo de abordaje quirúrgico para la reconstrucción de estos pies. Proponen una osteotomía del primer metatarsiano con cuña de sustracción dorsal, complementada con una transferencia de peroneo largo a peroneo corto, sección de la fascia plantar, transferencia del extensor del primer dedo al cuello del primer metatarsiano y transferencia del tibial anterior a la cuña externa. Obtienen buenos resultados mantenidos en el tiempo y destacan especialmente que la tasa de aparición de la artrosis es más baja en estos pies que en los tratados con doble artrodesis (triple americana).

Destacamos que el *Journal* publica un trabajo, relativamente documentado, con apariencia de *déjà vu*, actualizando una cirugía muy clásica.

MIDTARSAL ARTHRODESIS IN THE TREATMENT OF CHARCOT MIDFOOT ARTHROPATHY

V.J. Sammarco, G.J. Sammarco, E.W. Walker Jr., R.P. Guiao

J Bone Joint Surg Am 2009; 91 (1): 80-91

La fractura luxación del mediopié con colapso del arco longitudinal es una lesión frecuente en pacientes afectados

de neuropatías. Los autores describen una técnica de corrección usando tornillos intramedulares para la fijación de la corrección de las luxaciones cúneo-metatarsianas y su artrodesis. Se reconstruye el arco interno, y mediante osteotomías, si son necesarias, se reducen las luxaciones. La corrección se mantiene en el tiempo. Se revisan los resultados en 22 pacientes. El tiempo medio de consolidación ósea fue de 5,2 meses. Es una técnica a tener en cuenta y para cotejar con todos los modelos de plaquitas que está apareciendo en el mercado.

THE ROLE OF PANTALAR ARTHRODESIS IN THE TREATMENT OF PARALYTIC FOOT DEFORMITIES. A LONG-TERM FOLLOW-UP STUDY

S. Provelengios, K.A. Papavasiliou, M.J. Kyrkos, J.M. Kirkos, G.A. Kapetanos

J Bone Joint Surg Am 2009; 91 (3): 575-83

Revisión de pacientes con importante deformidad paralítica que afecta al tobillo y retropié y provoca una marcha inestable. Se evalúan un total de 24 pacientes, operados a los 20 años de edad y revisados a una media de edad de 57,2 años, lo que representa un *follow up* de 37,2 años. Evaluados con distintas escalas, los resultados son buenos y aportan una estabilización efectiva del tobillo, del retropié y del mediopié. 16 pacientes relatan episodios de dolor en la rodilla ipsilateral a partir de los 20 años de la panartrodesis y que se etiquetan como provocados por artrosis de rodilla sin que se encuentre una clara relación con la posición de artrodesis del tobillo. Los autores abogan a favor de la panartrodesis en casos muy bien seleccionados, pues permite obtener un pie estable y fuerte.

SURGICAL TREATMENT OF CALCANEAL DEFORMITY IN A SELECT GROUP OF PATIENTS WITH MYELOMENINGOCELE

K.B. Park, H.W. Park, S.Y. Joo, H.W. Kim

J Bone Joint Surg Am 2008; 90 (10): 2149-59

Los autores defienden que con la transposición del tibial anterior y algunas osteotomías de calcáneo, si la deformidad lo requiere, pueden conseguir una corrección de la deformidad y un pie plantígrado. Menos brillante es el resultado en pacientes con un rodilla flexa en la fase de apoyo de la marcha o una mayor báscula pélvica en los planos coronal y transversal. Es éste un trabajo interesante, en la línea más clásica de la ortopedia, y nos recuerda la importancia de un balance global de la extremidad y la pelvis antes de plantear ninguna actuación quirúrgica en el pie.

PIE DIABÉTICO

SEPTIC DIABETIC FOOT IS NOT NECESSARILY AN INDICATION FOR AMPUTATION

A. Shojaiefard, Z. Khorgami, B. Larijani

J Foot Ankle Surg 2008; 47 (5): 419-23

Interesante trabajo en el que los autores han protocolizado el tratamiento en las úlceras sépticas del pie diabético y que consiste en realizar controles rigurosos de glicemias, antibioterapia endovenosa según antibiogramas, revascularización, drenaje de las úlceras e irrigaciones y desbridamientos sistemáticos, aumentar los cuidados generales y, solamente en los casos sin respuesta, amputación. Siguiendo este protocolo, los autores han tratado a 139 pacientes y sólo han precisado 3 amputaciones transmetatarsianas y 4 en el tercio superior de la tibia. De estas 7 amputaciones, 3 pacientes presentaban isquemia, 4 neuropatía y 1 neuropatía e isquemia. Por todo ello concluyen que el tratamiento agresivo de las infecciones en el pie diabético puede ahorrar muchas amputaciones y, cuando éstas son necesarias, restringir el nivel.

PIE ZAMBO

FUNCTIONAL OUTCOME OF SALVAGE OF RESIDUAL AND RECURRENT DEFORMITIES OF CLUBFOOT WITH ILIZAROV TECHNIQUE

H. El-Mowafi, B. El-Alfy, M. Refai

Foot Ankle Surg 2009; 15 (1): 3-6

Trabajo de revisión en el que se enfatiza el hecho de que los pies zambos con importante deformidad pueden recidivar tras tratamiento de partes blandas u osteotomías (calcánea, en V y percutánea) y fijación/distracción con Ilizarov.

De 35 pies revisados, en 30 se obtiene un pie plantígrado al retirar el Ilizarov pero 10 de ellos recidivan (7 tratados con osteotomía y 3 con elongación de partes blandas).

EFFECT OF CULTURAL FACTORS ON OUTCOME OF PONSSETI TREATMENT OF CLUBFEET IN RURAL AMERICA

F.R. Avilucea, E.A. Szalay, P.P. Bosch, K.R. Sweet, R.M. Schwend

J Bone Joint Surg Am 2009; 91 (3): 530-40

Una vez más, se pone de manifiesto que los niños en un ambiente cultural y social adecuado presentan mejores

resultados cuando se trata de evaluar tratamientos que precisan de la comprensión de la importancia de los cuidados a largo plazo, como son las ortesis, tras el tratamiento con yesos correctores en el método Ponsseti.

TOBILLO

THE OUTCOME OF ARTHROSCOPIC AND OPEN SURGERY ANKLE ARTHRODESIS: A COMPARATIVE RETROSPECTIVE STUDY ON 107 PATIENTS

K.K. Nielsen, F. Linde, N.C. Jensen

Foot Ankle Surg 2008; 14 (3): 153-7

Es éste otro trabajo que pone en evidencia los mejores y más rápidos resultados obtenidos mediante la técnica artroscópica frente a la cirugía abierta. Sienta las indicaciones para ambas.

STAGED TOTAL ANKLE ARTHROPLASTY FOLLOWING ILIZAROV CORRECTION FOR OSTEOARTHRITIC ANKLES WITH COMPLEX DEFORMITIES: A REPORT OF THREE CASES

K.B. Lee, I.K. Kong, J.K. Seon

Foot Ankle Int 2009; 30 (1): 80-3

Realmente son pocos casos para sentar indicación, pero es interesante el planteamiento del trabajo. Para los casos en que exista una gran deformidad que contraindique la prótesis total de tobillo, se presenta la posibilidad de corrección previa usando el método Ilizarov.

PROPHYLACTIC ANKLE TAPING: ELASTIC VERSUS INELASTIC TAPING

J. Abián-Vicén, L.M. Alegre,

J.M. Fernández-Rodríguez, X. Aguado

Foot Ankle Int 2009; 30 (3): 218-25

Nuestros compañeros de Toledo proponen evaluar las diferencias, en duración y confort, entre los *taping* elásticos y los inelásticos. Para ello estudian un grupo de pacientes mujeres con una media de edad de 20,6 años sin antecedentes de torceduras de tobillo. El grupo fue probado con *taping* elástico e inelástico y antes y después de 30 minutos de ejercicio. Con ambos tipos de vendaje existe una pérdida de restricción de la movilidad después de los 30 minutos de deporte, aunque en los inelásticos la pérdida de efectividad es mayor. Ello, unido a una mayor sensación de confort experimentada por los portadores de

taping elástico, hace que los autores prefieran el vendaje elástico al inelástico.

ARTHROSCOPIC-ASSISTED FLUOROSCOPIC NAVIGATION FOR RETROGRADE DRILLING OF A TALAR OSTEOCHONDRAL LESION

P.F. O'Loughlin, D. Kendoff, A.D. Pearle, J.G. Kennedy

Foot Ankle Int 2009; 30 (1): 70-3

Sistema de navegación que permite visualizar la lesión osteocondral en imágenes reconstruidas a través de FluoroScan. Los autores reconocen que deberá perfeccionarse la técnica pero inician un camino que puede llegar a ser útil.

ARTHROSCOPIC REPAIR OF CHRONIC LATERAL ANKLE INSTABILITY

N.M. Corte-Real, R.M. Moreira

Foot Ankle Int 2009; 30 (3): 213-7

Los que dominen la técnica artroscópica también pueden tratar las inestabilidades crónicas de tobillo. Según los autores, se obtienen muy buenos resultados.

TECHNIQUE TIP: PERCUTANEOUS CHRISMAN-SNOOK LATERAL ANKLE LIGAMENT RECONSTRUCTION

G.J. Maquieira, B.K. Moor, N. Espinosa

Foot Ankle Int 2009; 30 (3): 268-70

La técnica empleada por estos autores portugueses para realizar una tenodesis es muy ingeniosa: recuerda al Cas-taing pero traspasa el peroneo lateral corto por un túnel labrado en el peroné, en dirección de adelante atrás, y lo implanta en la inserción calcánea del fascículo peroneo-clacáneo. El trabajo se ilustra con fotos que hacen muy comprensible la técnica. Esta técnica ha de tenerse muy en cuenta, pues las incisiones para la tenodesis son muy largas y antiestéticas.

DISLOCATION OF OS TRIGONUM PRESENTING AS A LOOSE BODY IN THE ANKLE

B. Kocaoglu, U. Akgun, R. Nuran, M. Karahan

J Foot Ankle Surg 2009; 48 (2): 215-9

Presentación de un caso de un aparente cuerpo libre intraarticular. En el transcurso de la artroscopia, por las características morfológicas del cuerpo libre y la ausencia de lecho condral en las superficies articulares, se identifica como una luxación del *os trigonum*. Es interesante conocer esta posibilidad diagnóstica, que generalmente va unida, según los autores, a una cierta inestabilidad de tobillo.

HINDFOOT ENDOSCOPY FOR POSTERIOR ANKLE IMPINGEMENT

P.E. Scholten, I.N. Sierevelt, C.N. van Dijk
J Bone Joint Surg Am 2008; 90 (12): 2665-72

Cincuenta y cinco pacientes con *impingement* posterior fueron tratados artroscópicamente con exéresis de fragmentos óseos o desbridamiento de tejidos blandos. Los autores obtienen mejores resultados en los pacientes intervenidos por secuelas postraumáticas que en los que presentaban patologías por sobrecarga. No aportan complicaciones, salvo 1 caso de pérdida de sensibilidad en la parte posterointerna del talón. Todo ello les hace recomendar la cirugía endoscópica por encima de la abierta.

PSEUDOANEURYSM OF THE ANTERIOR TIBIAL ARTERY AFTER ANKLE ARTHROSCOPY TREATED WITH ULTRASOUND-GUIDED COMPRESSION THERAPY. A CASE REPORT

E.C. Jang, B.K. Kwak, K.S. Song, H.J. Jung, J.S. Lee, J.J. Yang
J Bone Joint Surg Am 2008; 90 (10): 2235-9

Los autores realizan una revisión de los casos publicados de aneurisma de la tibial anterior tras la práctica de una artroscopia y aportan un caso propio. De los 5 casos revisados, destacan 2 con antecedentes de tratamiento anticoagulante y hemofilia.

El interés del trabajo reside, especialmente, en la excepcionalidad del caso y en que nos recuerda la posibilidad de aparición de esta patología siempre compleja.

RETROPIÉ

SCREW PLACEMENT IN SUBTALAR ARTHRODESIS: A BIOMECHANICAL STUDY

B. Chuckpaiwong, M.E. Easley, R.R. Glisson
Foot Ankle Int 2009; 30 (2): 133-41

Trabajo experimental que muestra que la más alta comprensión de las superficies óseas parece conseguirse mediante dos tornillos introducidos de atrás adelante y de abajo arriba desde la tuberosidad calcánea y siendo divergentes entre sí. Se limita completamente el efecto de rotación o torsión. Está especialmente indicado cuando está comprometida la masa ósea. En caso de tener que usar un solo tornillo, debería evitarse que acabe en cuello astragalino o en la porción pósterio y antero-externa.

OUTCOME OF FUSION OF A PAINFUL ACCESSORY NAVICULAR TO THE PRIMARY NAVICULAR

J.W. Chung, I.T. Chu
Foot Ankle Int 2009; 30 (2): 106-9

El trabajo de estos colegas coreanos es sorprendente e impactante. Cruentan la superficie neoarticular entre el escafoides accesorio y el tubérculo del escafoides, y lo atornillan para conseguir la fusión. Aportan buenos resultados, aunque es evidente que la protuberancia en el borde interno del pie debe persistir.

FUSION VERSUS EXCISION OF THE YMPOMATIC TYPE II ACCESSORY NAVICULAR: A PROSPECTIVE STUDY

A.T. Scott, V.J. Sabesan, J.R. Saluta, M.A. Wilson, M.E. Easley
Foot Ankle Int 2009; 30 (1): 10-5

Otro trabajo en el que prefieren la fusión con tornillos a la exéresis. Las ventajas no están muy bien fundamentadas pero sí parece, por estas publicaciones referenciadas, que es una corriente de tratamiento que está ganado adeptos.

RESULTS OF NON-SURGICAL TREATMENT OF STAGE II POSTERIOR TIBIAL TENDON DYSFUNCTION: A 7- TO 10-YEAR FOLLOW UP

J.L. Lin, J. Balbas, E.G. Richardson
Foot Ankle Int 2008; 29 (8): 781-6

Los autores documentan buenos resultados en las disfunciones del tibial posterior en estadio 2, usando un *brace* en la extremidad afecta. El buen resultado se mantiene en el tiempo y se consigue a los 7-10 años una autonomía sin *brace*. Parece una alternativa válida cuando el paciente acepte el uso de una ortesis importante o no acepte el riesgo de un tratamiento quirúrgico.

ANTEPIÉ

THE TRANSVERSE FOREFOOT ARCH DEMONSTRATED BY A NOVEL X-RAY PROJECTION

O. Simonsen, M. Vuust, B. Understrup, M. Hojbjerre, S. Bottcher, M. Voigt
Foot Ankle Surg 2009; 15 (1): 7-13

Presentan una nueva proyección radiográfica. El emisor de rayos se coloca desde la parte interna del pie, y desde atrás, con una inclinación de 2°, se incide sobre las cabezas metatarsales. Los autores aportan una foto en la que se entiende

la incidencia del rayo y la posición del emisor. Estudian 200 pacientes y concluyen que existe un arco anterior transversal con una media de altura de 3,9 mm. No aportan ninguna imagen radiográfica.

El trabajo contradice la idea de que no existe un arco transversal. Es una aseveración muy trascendente, por lo que consideramos que son necesarios estudios más amplios, más estrictos y contrastados con más estudios posteriores con la misma incidencia. La conclusión es de extrema importancia, pues afecta a la planificación de la cirugía del antepié. El trabajo es de obligada lectura y sería bueno que motivara la aportación de nuevos estudios en la población sana.

RECONSTRUCTION OF THE FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT FOLLOWING POST-CHEILECTOMY AVASCULAR NECROSIS OF THE FIRST METATARSAL HEAD: A CASE REPORT

T.A. Brosky 2nd, C.R. Menke, D. Xenos
J Foot Ankle Surg 2009; 48 (1): 61-9

Trabajo en el que se presenta un caso de necrosis tras cirugía de queilectomía. En realidad, desde mi punto de vista, no está clara la relación entre ésta y el proceso neurótico, pero es interesante como recordatorio y en especial por haberse tratado mediante sustituto óseo para rellenar las cavidades intramedulares del metatarsiano y la falange y con un bloque de injerto homólogo extraído del calcáneo ipsilateral para realizar un efecto distractor articular.

SYMPTOMATIC MEDIAL EXOSTOSIS OF THE GREAT TOE DISTAL PHALANX: A COMPLICATION DUE TO OVER-CORRECTION FOLLOWING AKIN OSTEOTOMY FOR HALLUX VALGUS

C. Villas, J. del Río, A. Valentí, M. Alfonso
J Foot Ankle Surg 2009; 48 (1): 47-51

Nuestros compañeros de Pamplona publican el caso de una mujer de 54 años que presenta dolor a la compresión en la parte interna de la base de la falange distal tras haber sido sometida, 2 meses antes, a una corrección de *hallux valgus* mediante osteotomía de *scarf* y osteotomía de Akin en falange proximal. Radiográficamente se corresponde con una exóstosis en la base de la falange, y se interpreta que tras la alineación del primer radio queda comprimida con el zapato, lo que provoca el dolor. A los 6 meses de la primera intervención se procede a la exégesis por vía percutánea. A los 2 años de la intervención la paciente está asintomática. Los autores opinan que estas exóstosis han de ser tenidas en consideración antes de la cirugía del *hallux valgus*, muy especialmente si se plantea un Akin.

OUTCOME OF UNILATERAL VERSUS SIMULTANEOUS CORRECTION FOR HALLUX VALGUS

K.B. Lee, C.I. Hur, J.Y. Chung, S.T. Jung
Foot Ankle Int 2009; 30 (2): 120-3

Los autores analizan los resultados, las ventajas y los inconvenientes de operar un solo pie o los dos en el mismo acto quirúrgico, y concluyen que ofrece más ventajas la intervención bilateral.

SCARF AND AKIN OSTEOTOMIES FOR MODERATE AND SEVERE HALLUX VALGUS: CLINICAL AND RADIOGRAPHIC RESULTS

I.M. Garrido, E.R. Rubio, M.N. Bosch, M.S. González, G.B. Paz, A.J. Llabres
Foot Ankle Surg 2008; 14 (4): 194-203

Los compañeros de Valencia presentan este extenso trabajo en el que se cuantifican los parámetros analizados. Es una serie de 37 pies con un *follow up* de 22 meses. Los autores concluyen que con la suma de estas técnicas pueden obtenerse resultados buenos y predecibles. Aporta una amplia bibliografía con referencias nacionales, y es especialmente gratificante, por lo que representa para el *scarf*, encontrar a Burutarán entre ellos, un importante detalle a agradecer.

CURRENT CONCEPTS REVIEW: FREIBERG'S DISEASE

M.R. Carmont, R.J. Rees, C.M. Blundell
Foot Ankle Int 2009; 30 (2): 167-76

Puesta al día sobre aspectos etiológicos, de exploración y de tratamiento. Dado que es muy poco frecuente encontrar publicaciones sobre esta enfermedad, es recomendable su lectura.

Como es costumbre en los *current concepts*, la bibliografía es completísima.

COMPARISON OF 4.5- AND 5.5-mm CANNULATED STAINLESS STEEL SCREWS FOR FIFTH METATARSAL JONES FRACTURE FIXATION

D.A. Porter, A.M. Rund, R. Dobslaw, M. Duncan
Foot Ankle Int 2009; 30 (1): 27-33

Los autores no pueden demostrar que un tornillo más largo (5,5 mm) sea más útil que los de 4,5 mm. Todo ello viene documentado con seguimientos clínicos de dos series formadas por 12 pacientes tratados con tornillos de 4,5 mm, y 27 con tornillos de 5,5 mm.

LONG TERM RESULTS OF MITCHELL'S PROCEDURE FOR HALLUX VALGUS DEFORMITY: A 5- TO 20-YEAR FOLLOWUP IN 204 CASES

A. Dermon, C. Tilkeridis, D. Lyras, M. Tryfonidis, C. Petrou, S. Tzanis, K. Kazakos, G. Petrou

Foot Ankle Int 2009; 30 (1): 16-20

Aportan muy buenos resultados y un bajo índice de complicaciones, aunque insisten en la necesidad de colocar dos Kirschner cruzados para evitar el desplazamiento dorsal y valorar la necesidad de una desinserción externa. En estas condiciones es posible indicarla en ángulos superiores a los 40°. Es éste un trabajo más que viene a afianzar la osteotomía de Mitchell como una de las más usadas en la actualidad.

CURRENT CONCEPT REVIEW: METATARSALGIA

N. Espinosa, E. Maceira, M.S. Myerson

Foot Ankle Int 2008; 29 (8): 871-9

Trabajo de revisión en el que se repasan los diferentes tipos de matatarsalgia y que los autores dividen en primarias

o secundarias. Destacamos la presencia, entre los autores, de nuestro compañero Ernesto Maceira.

Hay una extensa referencia al tratamiento conservador, ya sea con zapato modificado o con plantillas. En cuanto al tratamiento quirúrgico, citan las condilectomías, diferentes tipos de osteotomías proximales, diafisarias o distales, la transferencia de flexor a extensor, y la resección de cabezas metatarsales. Contiene una bibliografía muy completa.

SECOND METATARSAL PHYSEAL ARREST IN AN ADOLESCENT FLAMENCO DANCER: A CASE REPORT

T.B. Shybut, D.J. Rose, A.M. Strongwater

Foot Ankle Int 2008; 29 (8): 859-62

Descrito previamente en la literatura inglesa únicamente en bailarines clásicos y debido al microtrauma repetido. Los autores presentan y analizan el hallazgo de un cierre de la fisis distal del segundo metatarsiano en un bailarín de flamenco. Los autores analizan los movimientos que se realizan durante el "zapateo" con un conocimiento que sorprende en autores americanos. Serán cosas de la globalización...