

REVISTA DE REVISTAS

Mariano Núñez-Samper

CARTA A LOS LECTORES

En esta sección pretendemos comentar también trabajos de autores españoles, publicados en revistas extranjeras o nacionales.

Necesitamos para ello que nos remitáis el trabajo entero o un amplio resumen con los datos de publicación al correo electrónico

DIFFERENCES IN OUTCOMES FOLLOWING TOTAL ANKLE REPLACEMENT IN PATIENTS WITH NEUTRAL ALIGNMENT COMPARED WITH TIBIOTALAR JOINT MALALIGNMENT

Queen RM, Adams SB Jr, Viens NA, Friend JK, Easley ME, Deorio JK, Nunley JA

J Bone Joint Surg Am 2013; 95 (21): 1927-34

El excesivo desplazamiento de la articulación se ha considerado como una contraindicación al reemplazo total de tobillo. El objetivo de este estudio es valorar resultados clínicos y funcionales postoperatorios en comparación con valores obtenidos en ambos casos previamente.

Después de la implantación, la alineación de la articulación fue mejorada en el 36,9% de pacientes que tenían alineación neutra, en comparación con el 95% que presentaban una desalineación previa en el preoperatorio. Para alcanzar esta alineación, fue necesario asociar procedimientos sobre partes blandas, incluyendo la liberación del ligamento deltoideo, reconstrucción de ligamento lateral y liberaciones de la cápsula posterior, que permitieran corregir la desviación previa.

Mejorías significativas fueron confirmadas en la evolución postoperatoria mediante la escala AOFAS: función, alineación en todos los pies operados ($p < 0,001$) función y actividad física después del reemplazo total de tobillo. La velocidad al andar también se mejoró considerablemente en todos los pacientes ($p < 0,001$).

El análisis de los resultados en los dos grupos comparativos en la valoración postoperatoria no demostró ninguna diferencia significativa en relación con la alineación o desalineación articular previa.

Los autores llegan a la conclusión de que el reemplazo total de tobillo mejora los parámetros clínicos y funcionales independientemente de la alineación preoperatoria tibiotalar,

nico de la editorial **Acción Médica** (cgonzalez@accionmedica.com), con la indicación “Para comentar en Revista de Revistas. Dr. M. Núñez-Samper”. De esta manera, podremos conocer trabajos que se están publicando fuera de nuestra revista y que, a buen seguro, serán de interés para toda la sociedad.

Mariano Núñez-Samper

porque la alineación postoperatoria es restaurada a neutro después de implantar la prótesis.

Comentarios:

En todas las publicaciones sobre prótesis de tobillo podemos ver como contraindicación absoluta desplazamientos de más de 10° y relativas de entre 5° y 10°.

Los resultados comparativos que presentan estos autores nos permiten “forzar” la indicación en algunos casos, pero siempre y cuando se realice previamente el tiempo de liberación de partes blandas (a veces nada fácil), que permita alinear el astrágalo con el eje tibial y facilitar así la implantación de la prótesis, aunque en aquellos donde sea necesario actuar sobre los ligamentos laterales deberemos tener precaución de no dejar un tobillo inestable.

Otra de las opciones es planificar una osteotomía correctora previa en metáfisis distal tibial, que corrija previamente los ejes y no lesionar así las estructuras pasivas.

ISOLATED SUBTALAR ARTHRODESIS THROUGH MINIMAL INCISION SURGERY

Carranza Bencano A, Tejero-García S, del Castillo Blanco G, Fernández Torres JJ, Alegrete Parra A

Foot Ankle Int 2013; 34: 1117

El objetivo de este estudio es analizar el grado de fusión y los resultados clínicos de la artrodesis subtalar aislada mediante técnica de cirugía de incisión mínima, usando un portal posterolateral para la introducción del artroscopio y fresado de la articulación mediante control con fluoroscopio, para posteriormente implantar un tornillo con efecto de compresión que estabilice el astrágalo y calcáneo, logrando así la artrodesis.

Un total de 77 pies en 76 pacientes fueron seguidos durante 50 meses. Los 30 primeros casos fueron evaluados

retrospectivamente, y 47 casos posteriores fueron evaluados de forma prospectiva, mediante la escala AOFAS.

La consolidación radiográfica y clínica fue alcanzada en el 92% de los casos; 7 resultados fueron valorados como "pobres".

En el grupo "anticipado", la valoración AOFAS fue mejorada por 47,6 puntos (IC95%: 50,7-42,5) 12 meses después de la intervención quirúrgica; 36 resultados, por 14,5 puntos (IC95%: 11,58-17,31) y 4,2 puntos (IC95%: 2,2-6,1). No registraron ningún caso de complicaciones, como infecciones de herida o daño neurovascular.

La serie presente representa el estudio más amplio sobre artrodesis subastragalina usando la cirugía mínimamente invasiva. Los datos obtenidos mostraron un resultado de consolidación similar de unión y resultados clínicos comparados con artrodesis convencional.

Comentarios:

Este procedimiento, avalado por una serie de casos suficientes, ofrece una novedosa técnica mínimamente invasiva para aquellas lesiones de la articulación subastragalina afectadas de artrosis primaria o secuelas traumáticas en que no coexisten graves desviaciones en varo o valgo o grandes defectos en la altura del bloque óseo del tarso posterior.

Debido a la escasa agresión a las partes blandas, el postoperatorio es más leve, menos doloroso y se evitan necrosis de la piel que pueden aparecer en caso de incisiones submaleolares amplias.

El apoyo es inmediato debido a esas ventajas; los resultados a largo plazo así lo avalan. La técnica MIS, para artrodesis subastragalina sobre todo, es una buena opción para pacientes con riesgo de complicaciones de cicatrización.

THE USE OF FIBRIN MATRIX-MIXED GEL-TYPE AUTOLOGOUS CHONDROCYTE IMPLANTATION IN THE TREATMENT FOR OSTEOCHONDRAL LESIONS OF THE TALUS

Lee KT, Kim JS, Young KW, Lee YK, Park YU, Kim YH, Cho HK

Knee Surg Sports 2013; 21 (6): 126-60

Múltiples colonias de condrocitos fueron obtenidas de las superficies articulares del cuboides y del calcáneo de 38 pacientes con lesión osteocondral inestable del astrágalo y cultivadas.

Posteriormente fueron implantadas quirúrgicamente (no especifican los días) mediante osteotomía maleolar interna o por artroscopia en forma de lo que denominan *gel autologous chondrocyte*.

Fueron valorados pre- y postoperatoriamente mediante la escala de Hannover, la escala visual analógica y la investiga-

ción de recuperación condral, después de la implantación mediante nueva artroscopia.

Los valores preoperatorios (71 ± 14) y el sistema de valoración de Hannover (65 ± 10) habían aumentado a 91 ± 12 y 93 ± 14 , respectivamente, a los 24 meses ($p < 0,0001$), y la escala preoperatoria visual analógica de 58 mm había disminuido a 21 mm ($p < 0,0001$).

En cuanto a la satisfacción subjetiva, 34 casos (el 89,5%) se valoraron como excelentes.

La regeneración condral fue confirmada en una segunda artroscopia. Las complicaciones incluyeron un fracaso, dos retardados de las osteotomías y 9 tobillos (9/31, el 29,0%) con lesión del cartílago de la osteomía con síntomas de dolor ligero en el sitio de biopsia, que no afectaron a la vida activa diaria del paciente.

El gel de fibrina con matriz de condrocitos autólogos obtenidos de las superficies del cuboides y del calcáneo como donantes puede ser utilizado para tratar lesiones osteocondrales del astrágalo con buenos resultados, recuperando completamente la "falla" condral con un tejido fibrocartilaginoso de muy buena calidad, como se comprobó mediante una nueva artroscopia meses después.

Comentarios:

La implantación de gel de fibrina con matriz de condrocitos para el tratamiento de la osteocondritis dissecante del astrágalo es una excelente opción para el tratamiento de estas lesiones, sobre todo si el implante se obtiene del mismo pie y se respeta la rodilla, hecho que no sucede en las mosaico-plastias o los trasplantes autólogos.

Sin duda, el alto coste del cultivo hace que la técnica sea aplicada en casos seleccionados

COMPARATIVE STUDY OF SCARF AND EXTENDED CHEVRON OSTEOTOMIES FOR CORRECTION OF HALLUX VALGUS

Vopat BG, Lareau CR, Johnson J, Reinert SE, Digiovanni CW

Foot Ankle Spec 2013; 6 (6): 409-16

Las osteotomías en *scarf* y en *chevron* alargado son dos tratamientos descritos para la corrección de la deformidad del *hallux valgus*, que han sido tradicionalmente empleados para diferentes grados de severidad, sin que hubiera comparaciones estadísticamente comprobadas sobre la diferencia significativa entre los resultados de estos dos procedimientos.

Los autores hicieron una revisión retrospectiva de 70 pacientes consecutivos que trajeron aleatoriamente, sobre *hallux valgus* moderado y grave, mediante estas dos técnicas.

En el preoperatorio y postoperatorio de los dos grupos *scarf* (grupo A) y *chevron* alargado (grupo B) fueron medidos los ángulos del *hallux valgus* (AHV), el ángulo intermetatar-

sal, el ángulo distal metatarsal articular (DMAA), así como el grado de satisfacción, la rigidez articular y el dolor.

En los resultados no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos A y B con respecto al AHV en el pre- y postoperatorio. El DMAA era estadísticamente más alto para el grupo B ($p = 0,0403$) en ambas circunstancias ($p < 0,0001$). Las diferencias de corrección AHV y la corrección AIM no eran estadísticamente significativas. No encontraron tampoco diferencias significativas con respecto a la rigidez postoperatoria, el dolor y el grado de satisfacción.

Concluyen diciendo que ambas osteotomías disminuyen los ángulos AHV, AIM y DMAA en pacientes con *hallux valgus* severo o moderado, ofreciendo las dos técnicas resultados similares en relación a la rigidez, dolor y satisfacción.

Comentarios:

El *chevron* alargado es una modificación de la técnica original de Austin que permite corregir algunos grados más el AIM limitado por el *chevron* clásico, debido al diseño del corte plantar, que lo alarga hacia la diáfisis metatarsal, semejando más el corte del *scarf*. Esta situación obliga a estabilizar la osteotomía con dos minitornillos como mínimo.

Esta situación permite corregir *hallux valgus* moderados y graves con ángulos de 20° de AIM y obtener resultados muy parecidos a los que ofrecen la osteotomía en *scarf* confirmados por el estudio estadístico que ha motivado esta publicación.

THE DIRECT PLANTAR PLATE REPAIR TECHNIQUE

McAlister JE, Hyer CF

Foot Ankle Spec 2013; 6 (6): 446-51

La inestabilidad de la segunda articulación metatarsofalángica es una patología común y dolorosa que puede limitar severamente la actividad y las funciones habituales.

La sinovitis y el derrame articular pueden aparecer desde el principio de los síntomas, así como la progresión de la inestabilidad y la predislocación. La luxación completa aparece cuando cede la sintomatología dolorosa.

Diversas técnicas quirúrgicas se han descrito para tratar la inestabilidad articular y la deformidad en martillo asociada. Muchos cirujanos expresan los resultados quirúrgicos favorables mediante osteotomías metatarsianas y transferencias de los músculos flexores, no haciendo mención a la patomecánica de la placa plantar.

Los autores describen una técnica de acceso directo plantar por debajo de la articulación metatarsofalángica, para la reparación de la placa plantar y anclaje de la misma en la falange, así como el tratamiento de la patología de la garra digital.

Comentarios:

Existen trece procedimientos diferentes para el tratamiento de estas lesiones, que van desde no hacer nada hasta la reparación directa por vía dorsal o plantar o la técnica de Weil mediante el anclaje de la falange, o la actuación sobre la estructura ósea, etc.

Todos los procedimientos ofrecen buenos resultados si son aplicados según el estadio evolutivo en que se encuentre la lesión (Coughlin, 2007).

ARTHROSCOPIC TREATMENT FOR POSTERIOR TIBIAL TENDON LESION WITH A POSTERIOR APPROACH

Hua Y, Chen S

Knee Surg Sports Arthroscop 2013 Aug 24.

[Epub ahead of print]

Los autores tratan a 16 pacientes con disfunción del tibial posterior, sin especificar grado, mediante cirugía artroscópica, haciendo un abordaje en el compartimento retrromaleolar medial, y realizando una sinovectomía y desbridamiento a modo de “afeitado” con un sinoviotomo, así como la reparación del tendón según su grado lesional.

Refieren que mejoran la valoración AOFAS de 49 a 84 puntos y la escala EVA de 6,2 a 2,4, con un 20% de resultados inciertos.

Comentarios:

La tenoscopia del tibial posterior en casos de disfunción o lesión primaria del mismo es una opción más que nos permite saber en qué situación se encuentra: tendinitis, tendinosis, rotura parcial o total, etc.

En estos últimos casos encontramos técnicamente difícil la tenorrafia, cuestión ésta que no especifican en el trabajo, pero que sí puede ayudar a la toma de decisiones de reparación abierta en casos de deterioro grave del mismo.

Actualmente hay tendencias, en fases de tendinitis o tendinosis, de no reparar el tendón y sólo actuar sobre la estructura ósea, corrigiendo la deformidad, dejando la cicatrización a la evolución natural del mismo.