XLVII CONGRESO SATO

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SATO - SOTIMI - SMACOT

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA



SATO 2017

Reportes 2017 en Cirugía Ortopédica y Traumatología

SATO - SOTIMI - SMACOT

CÁDIZ, 23-25 MARZO 2017

SEDE: PARADOR HOTEL ATLÁNTICO



© S.A.T.O. Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia

Marzo de 2017
Todos los textos, imágenes y documentos presentes en esta publicación son propiedad intelectual de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia. Se autoriza a visualizar e imprimir estos materiales mientras sean respetadas las siguientes condiciones: 1. Los textos, imágenes y documentos solo pueden ser utilizados con fines informativos. 2. Los textos, imágenes y documentos no pueden ser utilizados para propósitos comerciales. 3. Cualquier copia de estos textos, imágenes y documentos, o de parte de los mismos, deberá incluir esta advertencia de derechos reservados y el reconocimiento de la autoría de la SATO.

Reportes 2017 en Cirugía Ortopédica y Traumatología

Edita: **Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia**
Luis de Morales, 32, Edificio Forum, mód. 14-16-18, Sevilla, 41018 Sevilla
Editor literario: **Mesa Ramos, Manuel**
coordinador de la editorial: **Ballester Alfaro, Juan José**

ISBN: **978-84-617-9692-2**
IBIC: **MNS, Ortopedia y Traumatología**

COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIÓN **ORAL 007**

TÍTULO:

TRATAMIENTO DE NOA DE CABEZA FEMORAL Y SUS COMPLICACIONES. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Rodríguez Huguet P. / Pérez Sánchez A. / Sotelo Sevillano J.

CENTRO: Hospital Punta Europa

INTRODUCCIÓN

En 1971 Ficat et al fueron los primeros en describir la descompresión del núcleo para el tratamiento de la NOA de cabeza femoral. Llamaron a este procedimiento foraje. Hungerford acuñó el término descompresión del núcleo, que ha sido aceptado internacionalmente hasta hoy.

OBJETIVOS:

El objetivo es comunicar un caso de una temida complicación en relación con esta cirugía. Estas, aunque no frecuentes, si pueden tener consecuencias severas.

MÉTODO:

La intervención consiste en la descompresión transtrocantérica del canal medular hasta la zona de necrosis así como la retirada de un cilindro óseo de la cabeza y cuello. El objetivo es disminuir la presión intramedular aumentada, evitar la progresión de la necrosis, mejorar la capacidad de curación en el lugar de necrosis mediante la proliferación vascular así como la preservación y restauración de la función articular.

MATERIAL:

Varón de 49 años, que es diagnosticado en nuestras consultas de NOA cabeza femoral izquierda, estadío II de ARCO, y que es sometido a descompresión del núcleo mediante foraje coxofemoral. A los 6 meses, acude a urgencias por episodio de dolor súbito en dicha cadera, sin traumatismo previo, siendo diagnosticado de fractura subtrocantérea, en relación con debilidad en cortical externa por el foraje previo realizándose enclavado femoral proximal sin incidencias.

RESULTADOS:

Pasados dos años de la fractura en relación con foraje, el paciente se encuentra asintomático, con balance articular conservado realizando vida normal.
La deformidad de la cabeza femoral no ha evolucionado, por lo que podríamos decir que el procedimiento de descompresión ha sido exitoso, y el tratamiento de la complicación secundaria también ha dado buenos resultados obteniéndose la consolidación de la fractura y el mantenimiento de la función del miembro.

CONCLUSIONES:

- La técnica de descrita cuenta con una serie de ventajas:
- Procedimiento que conserva la articulación.
- Técnica mínimamente invasiva.
- Posibilidad de realizar posteriormente otras técnicas como una osteotomía correctiva o la colocación de un injerto de cresta iliaca pediculado.
- La ubicación del foraje no debe ser distal al trocánter menor, ya que esto debilita la cortical lateral incrementando el riesgo de fractura por yatrogenia.
- Realizar carga parcial durante las primeras 6 semanas del postoperatorio.

COMUNICACIÓN **ORAL 008**

TÍTULO:

FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR CON DEFECTO ÓSEO MASIVO. USO DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL

AUTORES: **Rodríguez Huguet P. / Pérez Sánchez A. / Hiniesta Martín R.**

CENTRO: **Hospital Punta Europa**

INTRODUCCIÓN

La utilización de aloinjertos como sustitución de defectos óseos en el tratamiento de fracturas es de vital utilidad, tanto en forma de relleno esponjoso de cavidad, como en forma estructural, en caso de defectos diafisarios o metafisarios. Las diferentes opciones para la reconstrucción de estos defectos son: aloinjerto triturado, aloinjerto cortical y aloinjerto.

OBJETIVOS:

El objetivo de este artículo es mostrar nuestra experiencia en la utilización de aloinjerto estructural en un caso de defecto óseo masivo tras fractura abierta de fémur.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de un paciente varón de 34 años, que tras sufrir un atropello es derivado a nuestro centro. Desde el punto de vista traumatológico se identifica una fractura abierta de fémur distal grado III, con pérdida extensa de hueso en la metáfisis interna, cuyo fragmento habría sido expulsado a través de la herida en cara anteromedial del muslo, sin afectación de las estructuras neurovasculares. Tras estabilización del paciente y de la fractura con fijación externa monolateral, se procedió, de forma programada a la realización de osteosíntesis con placa femoral distal y aporte de aloinjerto triturado sintético y aloinjerto estructural de banco.

RESULTADOS:

La evolución ha sido favorable dentro del mal pronóstico de la lesión, consiguiéndose una integración del injerto y la consolidación de la fractura, que obligó a un periodo de descarga prolongado, comprometiendo en parte la funcionalidad del miembro. El paciente presenta dolor esporádico que cede con analgésicos, ha recibido tratamiento con teriparatida durante 18 meses, que puede haber sido crucial en la consolidación, el balance articular en la rodilla oscila entre 15 y 100 grados, y presenta una discreta angulación en varo a expensas del fémur distal

CONCLUSIONES:

- La utilización de aloinjerto de banco es un recurso útil para el tratamiento de los grandes defectos óseos en la colocación de una prótesis total de codo.
- Es fundamental una correcta planificación quirúrgica

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 011**

TÍTULO:

RELACIÓN DEL BLOQUEO DEL SISTEMA ADRENÉRGICO CON EL AFLOJAMIENTO MECÁNICO ASÉPTICO EN PRÓTESIS TOTALES DE CADERA Y RODILLA: ESTUDIO DE CASO - CONTROL

AUTORES: Carnero Martín de Soto, P. / Tamimi Mariño, I. / Bautista Enrique, D. / Gómez Cáceres, A. / Menéndez Quintanilla, I. / Villanueva Pareja, F.

CENTRO: Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

El sistema adrenérgico es un importante regulador del metabolismo óseo. Su papel en la integración protésica no se ha estudiado El objetivo de este trabajo es conocer si el empleo de betabloqueantes se relaciona con Aflojamiento Mecánico Aséptico (AMA) en Prótesis Total de Rodilla (PTR) y Prótesis Total de Cadera (PTC).

MÉTODO:

Estudio de caso-control realizado en el Hospital Regional Universitario de Málaga.
Casos: pacientes a los que se realizó una revisión de PTC o PTR debido a AMA entre enero 2010-diciembre 2014. Controles: pacientes a los que se les implantó una PTC o PTR primaria debido a artrosis y que no requirieron cirugía de revisión. Se realizó un apareamiento aleatorizado por edad, sexo, tipo de prótesis y seguimiento con relación 4:1 Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica electrónica.
La técnica quirúrgica fue la misma en todos los casos tanto para PTR como PTC. Los criterios de exclusión fueron la presencia de enfermedad inflamatoria, grandes deformidades óseas, fracturas de cuello femoral, historia incompleta, enfermedades que alteren el metabolismo óseo, tumores malignos, y tratamientos que alteren la masa / calidad ósea, como antiosteoporóticos. Revisiones debidas a infección, fractura, inestabilidad u otra causa fueron excluidas. Se registró el uso de betabloqueantes durante el seguimiento y el tipo en función de la cardioselectividad. En caso de que el tratamiento no comenzara previo a la cirugía, se consideró como no-usuario. Se calculó la adherencia al tratamiento por medio del Proportion of Days Covered (PDC) y se dividió la muestra según su valor (PDC < 50% y 50%). Los resultados se presentan como OR (IC95%) crudo y ajustado a factores de confusión tras realizar un análisis de regresión logística.

RESULTADOS:

Se realizaron 195 revisiones protésicas, 74 cumplieron los requisitos de inclusión y exclusión. Se revisaron 651 controles, 447 quedaron para el apareamiento. Tras este, se incluyeron 42 casos (28 PTR, 14 PTC) y 168 controles (112 PTR y 56 PTC). Las características demográficas de ambos grupos eran similares. 5 casos (11'9%) y 45 controles (26'8%) seguían tratamiento con betabloqueantes. El OR crudo: 0.369 (IC95%: 0.137 – 0.998); el ajustado 0.18 (IC95% 0.05 – 0.54). Los pacientes tratados tanto por cardioselectivos como no cardioselectivos presentaron un riesgo menor de sufrir un AMA que los controles [OR ajustado: 0.178 (0.04-0.68); 0.183 (0.03-0.96) respectivamente]. El grupo PDC 50% presentó un menor riesgo de AMA [OR ajustado: 0.15 (IC95%0.04-0.52)].

CONCLUSIONES:

- El uso de betabloqueantes se relaciona con un menor riesgo de AMA.
- Todos los tipos de betabloqueante se relacionan con menor riesgo de AMA.
- La alta adherencia al tratamiento se relaciona con un menor riesgo de AMA.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 023**

TÍTULO:

PREDICTORES DE LA RECUPERACIÓN A CORTO PLAZO TRAS MENISCECTOMÍA PARCIAL EN CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE RODILLA

AUTORES: Calvo-Rubio García, M. J. / Andújar Gutiérrez, E. / González Herranz, J. / Ortiz Carellán, F. / Jiménez Gómez, F.

CENTRO: Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

INTRODUCCIÓN

La meniscectomía parcial por cirugía artroscópica de rodilla (MPCAR) es una técnica muy utilizada para tratar las lesiones meniscales. Sin embargo, es llamativa la discrepancia de resultados obtenidos en los distintos grupos de pacientes, con diferente recuperación funcional e incorporación a sus actividades habituales.

OBJETIVOS:

Identificar cuáles son los factores que influyen en la recuperación a corto plazo del paciente tras una MPCAR

MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de 100 pacientes intervenidos de MPCAR consecutivamente por los mismos cirujanos entre 2013 y 2015, recogiendo variables demográficas y clínicas como edad, sexo, grado de artrosis según la escala radiográfica de Kellgren-Lawrence (K-L), dolor (escala EVA) y tiempo transcurrido hasta la incorporación a sus actividades habituales. Se realiza un análisis descriptivo e inferencial mediante el programa informático SPSS.

RESULTADOS:

De los 100 pacientes, 69% eran hombres y 31% mujeres, con una edad media de 46 años. La mediana de incorporación laboral fue de 2 meses, con percentil 75 en 6 meses.
De forma estadísticamente significativa ($P<0.05$), el 42% de los varones tuvieron un progreso rápido ocurriendo sólo en el 22% de las mujeres. La mejoría en la escala EVA fue en los varones de 3.35 puntos (DE 1.98) y de 2.10 (DE 2.23) en las mujeres. La mejoría funcional tenía en los varones 2.67 puntos de media (DE 1.79) frente a 1.39 en las mujeres (DE 1.73). Las variables de evolución favorable se distribuyeron de forma inversamente proporcional a la escala radiográfica, con una recuperación rápida o normal casi en el 100% de los pacientes sin artrosis, sólo en el 20% en artrosis grado II y ninguno en artrosis grado III.
El 54,8% de los pacientes ≤ 50 años tuvieron una recuperación rápida, y sólo un 5,3% en los pacientes >50 años. En cambio, no se encontraron diferencias importantes en la recuperación del paciente respecto al índice de masa corporal (IMC), menisco lesionado y cantidad de menisco resecado.

CONCLUSIONES:

El sexo femenino, la edad avanzada y la gonartrosis previa afectan negativamente en la recuperación a corto plazo de los enfermos intervenidos de MPCAR. En cambio, no hay resultados significativos en la influencia del IMC, menisco lesionado o cantidad resecada.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 043**

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE UN CORRECTO ESTUDIO CLÍNICO Y PLANIFICACIÓN PREQUIRÚRGICA: CONSEJOS Y EJEMPLO PRÁCTICO PARA EVITAR EL DESASTRE.

AUTORES: Albert Ullibarri, A. / Donaire Hoyas, D.

CENTRO: Hospital de Poniente El Ejido (Almería)

INTRODUCCIÓN

Desde los años 80, la planificación preoperatoria de las artroplastias de cadera y de rodilla han demostrado que permiten emplazar de forma correcta y calcular el tamaño de los implantes que necesita cada paciente según su anatomía. Antiguamente con la radiografía convencional se colocaban plantillas sobre las radiografías para realizar dichos cálculos, hoy en día con la radiografía digital existen software sofisticados que permiten realizar dichos cálculos con gran precisión. Tal es la importancia de la planificación prequirúrgica, que en muchos países de Europa es obligatoria para que el cirujano tenga la autorización para realizar la intervención.

Por otra parte es sabido que la artrosis de cadera se puede manifestar como dolor en la rodilla, pudiendo confundir dicha patología como una gonartrosis. Un estudio radiológico en el que se vean rodillas y caderas desde un inicio, nos permite ver si es solo una o varias las articulaciones afectas y en caso de que estén las caderas y las rodillas esta demostrado científicamente y recomendado por las sociedades de cirugía ortopédica que se empiece siempre realizando la intervención a nivel de la cadera.

Estudiamos la importancia de un buen estudio radiológico y una correcta planificación previa a la realización de una artroplastia. Esto lo haremos siguiendo la evolución clínica de un paciente de 76 años y de su artroplastia de rodilla durante 22 años. Estudiaremos los errores de planificación que se han cometido durante estos años y veremos que si se hubiera realizado un correcto estudio radiológico y planificación desde el principio la evolución hubiera sido otra ya que ello nos hubiera obligado a calcular los ejes mecánico y anatómico y se hubiera valorado el estado de la articulación de la cadera y de la necesidad de que esta fuera operada en primer lugar, evitando la realización de pruebas y revisiones de la rodilla probablemente innecesarias y el gasto que todo ello ha conllevado sin perder de vista la mejora que hubiere supuesto para el paciente y su calidad de vida.

Los software para la radiología digital existentes actualmente son mucho más precisos que las plantillas que usábamos con la radiología convencional, pero el elevado costo de los mismos hace que muchos servicios no puedan contar con ellos, pero ello no ha de ser óbice para exigir a la administración que en los concursos para la adquisición de los PACS radiológicos se incluyan los software para planificar las artroplastias y así poder estar a la altura de los países de nuestro entorno.

COMUNICACIÓN **ORAL 058**

TÍTULO:

SINOVITIS VELLONODULAR PIGMENTADA Y ASOCIACIÓN A MATERIAL EXTRAÑO.

AUTORES: **Romero Escribano, E. / Hernández Ruiz, A. / Fernández de Arroyabe Sáez de Ojer, N. / Martínez Medina, R.I. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN

La sinovitis vellonodular pigmentada es una enfermedad rara en la que se produce una proliferación del tejido sinovial en la articulación, bursa y tendón. Fué descrita por primera vez en 1941 por Jaffe et al.. Tiene una incidencia aproximada de de 1.8 pacientes por millón/año en EEUU, sin predilección por sexo, aparece con mayor frecuencia entre 3º-4º decada de la vida. Hoy día varías teorías intentan clarificar la etiología: hiperplasia inflamatoria del tejido sinovial, neoplasia benigna, alteraciones locales del metabolismo lipídico, traumatismos de repetición, o hemorragias. Tan solo en el 25-50% de los pacientes encontramos antecedente traumático. Se han descrito casos de sinovitis vellonodular pigmentada tras cirugía de artroplastia de rodilla y cadera, en los que se ha propuesto como desencadenante el polietileno, metal o cemento de las protesis, por otro lado, estudios recientes relacionan esta enfermedad con anomalías citogenéticas o cromosómicas. La SVNP se clasifica en su forma difusa, , afectando a grandes articulaciones,y la forma localizada, que suele afectar a mano o muñeca. La clinica es poco específica y va a depender de la localización. El tratamiento de esta enfermedad será en función del tipo, la zona afecta y la agresividad de la lesión

OBJETIVOS:

Se pretende acercarse a la asociación entre SVNP y la exposición a material extraño.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se han analizado a 201 pacientes sometidos a cirugía abierta de rodilla de nuestro centro durante 2016, dividiendo dicha muestra en 2 grupos, los paciente con algún implante previo (PTR u osteosínesis), y los que no habían tenido ningún material, muestras de tejido sospechoso de proliferación enviadas a AP, y se analizan los resultados con test Chi^2.

RESULTADO:

Se obtienen 7 casos de SVNP, de los cuales 6 de ellos habían estado a material extraño, tras analizar la asociación estadística mediante Chi^2, se obtienen una significación estadística suficiente para aceptar que pueda haber relación entre la exposición a material y a SVNP.

CONCLUSIONES:

La SVNP es una enfermedad rara, de etiología incierta, varías hipótesis intenta explicar el origen, entre las que se encuentran: alteraciones citogenéticas o cromosómicas, enfermedades que cursen con hemorragías articulares, traumatismos de repetición hiperplasia inflamatoria del tejido sinovial. Comunicaciones recientes han relacionado el origen de la SVNP con una reacción del tejido sinovial a cuerpo extraño en cadera y rodilla, y con el presente trabajo parece incrementarse la asociación entre material extraño y la aparición de esta rara entidad.

COMUNICACIÓN **ORAL 062**

TÍTULO:

MÉTODO PONSETI: COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE TENOTOMÍA LOCAL AMBULATORIA VS TENOTOMÍA EN QUIRÓFANO.

AUTORES: Oliva Moya, F. / Domínguez Amador, J.J. / Orta Chincoa, J. / Andrés García, J.A.

CENTRO: Hospital Universitario Puerta del Mar

INTRODUCCIÓN

El método Ponseti para la corrección del pie equinovaro, tiene como objetivo conseguir un pie sin dolor, funcional, flexible, fuerte, de aspecto normal y plantígrado, mediante la aplicación de yesos progresivos moldeados. El equino debe ser corregido mediante dorsiflexión del mismo con el calcáneo en posición neutra o ligero valgo. Tradicionalmente el Método Ponseti corrige el acortamiento del tendón de Aquiles con tenotomía percutánea realizada en quirófano con anestesia general. Actualmente se puede realizar de forma ambulatoria con la aplicación de anestesia local.

OBJETIVOS:

1º. Describir el procedimiento para la tenotomía percutánea de forma ambulatoria.
2º. Comparar clínica y funcionalmente los resultados de pacientes que fueron tratados mediante el Método Ponseti y que requirieron tenotomía del Aquiles de forma ambulatoria frente a los realizados en quirófano del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de 35 pacientes (53 pies), en los que aplicamos el método Ponseti con tenotomía aquílea desde Junio de 2009 a Noviembre de 2016. Realizamos tenotomía del tendón de Aquiles en aquellos pacientes con puntuación 0 en mediopié según la clasificación de Pirani y dorsiflexión menor a 10º. Los parámetros evaluados fueron: Clasificación de Pirani, recidivas y complicaciones de la tenotomía.

RESULTADOS:

Se realizaron 23 pacientes (39 pies) en quirófano con anestesia general (59%) y 12 pacientes (14 pies) en Sala de Curas con anestesia local(21%). De los realizados en quirófano el 82% presentaron una buena evolución y el 18% recidivaron, 5 de las cuales fueron por mal cumplimiento del tratamiento. En Sala de Curas el 93% de las tenotomías percutáneas presentaron una buena evolución , con una sola recidiva (7%) por mal cumplimiento. No hemos encontrado diferencias significativas en resultados y complicaciones comparando ambas técnicas.

CONCLUSIONES:

Hemos observado unos resultados similares de las tenotomías realizadas en quirófano y las llevadas a cabo en sala de yesos. Sin embargo, consideramos que la forma ambulatoria asocia ventajas como son la reducción del tiempo de espera, el riesgo anestésico y la tasa de suspensión, así como puede disminuir el grado de ansiedad del paciente prequirófano y un mayor grado de implicación de los padres en el procedimiento.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 063**

TÍTULO:

ANÁLISIS DE RESULTADOS FUNCIONALES DE LA ARTRODESIS TIBIOASTRAGALINOCALCÁNEA CON CLAVO RETRÓGRADO INTRAMEDULAR.

AUTORES: Oliva Moya, F. / Tallón López, J. / Orta Chincoa, J. / Mantic Lugo, M. / Andrés García, J.A.

CENTRO: Hospital Universitario Puerta del Mar

INTRODUCCIÓN

Actualmente se considera a la artrodesis de tobillo, mediante clavo intramedular tibioastragalinocalcáneo, el tratamiento de elección en la degeneración articular severa. La principal causa de artrosis es la postraumática, seguida de artritis reumatoide y enfermedades neuromusculares. Esta técnica tiene una tasa de complicación elevada, siendo la más frecuente la protrusión de material de osteosíntesis, seguida de la infección y la no consolidación.

OBJETIVOS:

Evaluar clínica y funcionalmente los resultados de pacientes sometidos a una artrodesis de tobillo mediante clavo intramedular como tratamiento de artrosis de tobillo en el Hospital Universitario Puerta del Mar.

MÉTODO:

Estudio restrospectivo de 21 pacientes, en los que se realiza artrodesis de tobillo con un clavo retrógrado tibioastragalinocalcáneo intramedular. Los parámetros evaluados han sido: resultados Escala Visual Analógica (EVA), escala de la American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) postquirúrgica, tasa de consolidación y complicaciones. El tiempo de seguimiento mínimo fue de doce meses.

RESULTADOS:

La causa más frecuente de artrosis de tobillo fue la artropatía postraumática, con el 62% de los casos. El 82 % de nuestros pacientes se encuentran satisfechos o muy satisfechos con la intervención. Aplicando la escala AOFAS obtuvimos una media en la escala global de 61,88 (rango 43-86). La tasa de consolidación fue de 94%. La tasa total de complicaciones fue del 53%. Considerando solamente las complicaciones mayores encontramos una tasa del 26%, mientras que las complicaciones menores supusieron el 21% del total.

CONCLUSIONES:

El clavo retrógado intramedular es una opción válida para la artrodesis tibioastragalinocalcánea en la degeneración articular avanzada de tobillo. Los resultados de nuestra serie son similares a los encontrados en la bibliografía, tanto en la mejoría de dolor como en las complicaciones.

COMUNICACIÓN **ORAL 067**

TÍTULO:
TRANSLOCACION DE CABEZA RADIAL EN UN NIÑO.

AUTORES: **Hernández Ruiz, Á. / Romero Escribano, E. / Fernández de Arroyabe Sáez de Ojer, N. / Martínez Medina, R.I. / De Gálvez Aranda, I. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga, España**

INTRODUCCIÓN

La translocacion de la cabeza radial resulta una patología extraordinariamente extraña siendo si mucho mas frecuenta la luxación simple de la cabeza radial.

Se produce una luxación de la cabeza realizando un desplazamiento anómalo dentro de la misma que se mueve hasta situarse en el lado de la epitroclea pudiendo crear una falta imagen que llega a confundir a muchos medicos no expertos en Traumatología.

OBJETIVOS:

Se presenta un caso de translocacion de cabeza radial que fue evaluado en distintos centros de nuestra provincia así como en el nuestro propio habiendo dado como normal tanto las pruebas de radiología convencional que se le realizaron como las imágenes de tomografia computerizada.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se trata de una niña de 4 años, sin ninguna antecedente medico de interés y no intervenida de ninguna patología. Sufrió traumatismo indirecto en MSI tras caída accidental desde un columpio.
Es valorado en otro centro de nuestra provincia donde se diagnostica de luxación de codo realizando una reducción que se da por correcta y se inmoviliza con un cabestrillo. Se deriva a sus consulta para revisión pero antes acude a nuestro centro para valoración por continuar con dolor y tumefacción en el codo.
En nuestro centro se le solicitan nuevas pruebas de imagen que se admiten como normal y se deriva a su centro de referencia.
La paciente pasa 6 meses en rehabilitación donde se aprecia fleco-extension completa del codo así como de la pronosupinacion per con una franca inestabilidad del codo.
Se deriva de nuevo a nuestro centro donde se valora a la paciente que presenta una vida relativamente normal con balance completo de la articulación pero en el momento en el que se le realiza alguna tipo de solicitación presenta un claro deficit de fuerza y estabilidad. Es entonces cuando se diagnostica de translocación radial que se encontraba sobre la epitroclea llegando a crear una sinostosis radio-cubital.

RESULTADOS:

Tras valorarlo en sesión clínica en nuestro servicio y viendo la patología de la paciente se opta por la realización de cirugía. Se decide realizar una reducción de la luxación para lo que hay que desmontar toda la articulación. En primer lugar hay que realizar una apertura completa de la articulación y sección de los ligamentos colaterales, se realiza resección de la sinostosis radio-cubital. Se fija toda la articulación con AK y se realiza una plastia para sustituir al ligamento anular de la cabeza radial y mantener a esta en el sitio.

CONCLUSIONES:

Actualmente la paciente ha presentado memoria de la estabilidad del codo pero es cierto que presenta una disminución de la extension de -30 º que esta actualmente en tratamiento por parte de rehabilitación dado que se trata claramente de un tope blando que confiamos que vaya mejorando con el tiempo.

COMUNICACIÓN **ORAL 069**

TÍTULO:

TERAPIA CELULAR PARA LA REGENERACION DEL CARTILAGO ARTICULAR EN UN MODELO PRECLINICO DE OVEJA.

AUTORES: **Lopez-Puerta González, J.M. / Andrades Gomez, J.A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Del Rocío**

INTRODUCCIÓN

El cartílago es un tejido conectivo altamente especializado, formado por células, principalmente condroblastos/condrocitos, y fibras, mayoritariamente colágeno; todo ello embebido en una matriz extracelular (MEC) amorfa, viscosa, de aspecto gel, y con una alta complejidad bioquímica, estructural y biomecánica (Buckwalter y col., 1998; Johnson, 2001).

El cartílago articular (CA) proporciona a los huesos sobre los que se dispone un superficie elástica y resistente, a la vez que protege a la articulación repartiendo la presión (compresión) de carga a la que es sometida. Al mismo tiempo, junto con el líquido sinovial, proporciona un coeficiente de baja fricción que permite el movimiento libre de la propia articulación (Aigner, 2003). Las fibras colagénicas que constituyen la MEC de este cartílago son predominantemente de tipo II, acompañadas por proteoglucanos, responsables (específicamente el agrecano) del alto grado de hidratación de su matriz gracias a su capacidad para retener agua, en torno a un 75%, debido a su naturaleza electrostática negativa. En relación al componente celular, los condrocitos son células predominantemente redondeadas, originadas a partir de células madre mesenquimales (MSCs), procedentes de la médula ósea (MO) localizada en cavidades de la matriz (Lin y col., 2010), y representan un 5-10% del volumen de la fase sólida del cartílago. Los condrocitos son esenciales en el mantenimiento de la MEC, regulando tanto la secreción de sus componentes como la degradación/ remodelación de la misma (Shintani, 2013). Estructuralmente, el CA se divide en 3 zonas diferentes: la superficial (ZS), la media (ZM), y la profunda (ZP). Estas regiones, con funciones específicas diferentes, se identifican por la composición de la MEC, su biosíntesis, la expressión génica y morfología de sus células, así como por las distintas propiedades biomecánicas de las mismas (Schinagl y col., 1997; Darling y col., 2004; Shieh y col., 2006). La gran mayoría de las lesiones condrales descritas ocurren en la ZS del cartílago. En ella, existe un proteoglucano de unos 345 kDa, llamado proteína de la zona superficial (superficial zone protein, SZP), de función lubricante durante el movimiento de la articulación, por lo que comúnmente se la conoce también por el nombre de lubricina (Jay y col., 2001), con quien comparte homología y es codificada por el gen Prg4 (Ikegawa y col., 2000). Es sintetizado, y secretado al líquido sinovial, exclusivamente por los condrocitos de la ZS y por las células sinoviales de la articulación (Schumacher y col., 1994; Niikura y col., 2007). La pérdida de la SZP está asociada con la enfermedad de la osteoartritis (OA), en la que puede observarse un disminución local de la proteína ya desde los primeros síntomas (Young y col., 2006), por lo que la presencia de dicho proteoglucano está considerado como crítica para el mantenimiento de la función y la homeostasis de la articulación (DuRaine y col., 2009).

Desde el punto de vista clínico, el CA presenta una limitada capacidad de regeneración, debido a: 1) su naturaleza avascular, por lo que está desprovisto de una fuente disponible de células madre circulantes (células condroprogenitoras; Martin y col., 2005) y de los factores humorales correspondientes; 2) su naturaleza aneural, con la consiguiente carencia de inervación; y 3) la alta complejidad de su matriz extracelular que, en un eventual proceso de reparación, no recapitula su propio desarrollo y morfogénesis. Dependiendo de la profundidad del daño, existen 3 tipos de lesiones que afectan al CA: i) microtrauma, fractura condral y fractura osteocondral. En cualquiera de dichas situaciones puede encuadrarse la OA, la forma más común de artritis, una enfermedad muy dolorosa, de una altísima prevalencia en la sociedad (24 millones de adultos en EEUU; Singh y col., 2002), que no necesariamente es una consecuencia de la edad, y que afecta directamente al CA por alteración de su integridad, limitando la movilidad de la articulación (Nakamura y col., 2009). La etiología de la OA es desconocida y se manifiesta en cambios morfológicos, bioquímicos y moleculares de las células y de la MEC del cartílago hialino (Christensen y col., 2005).

Actualmente, la solución clínica de las lesiones condrales supone un reto para los clínicos y científicos. La reparación es el proceso rápido para resolver una lesión, pero el tejido reparativo no es idéntico al tejido original, pudiendo existir incluso ...

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 069**

TÍTULO:

TERAPIA CELULAR PARA LA REGENERACION DEL CARTILAGO ARTICULAR EN UN MODELO PRECLINICO DE OVEJA.

AUTORES: **Lopez-Puerta González, J.M. / Andrades Gomez, J.A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Del Rocío**

INTRODUCCIÓN

falta de integración con el mismo. La regeneración, en cambio, es un proceso relativamente lento que recapitula el desarrollo y la morfogénesis del tejido a tratar, restaurando completamente la estructura y función del mismo, incluyendo una adecuada integración con el tejido original. A pesar de que los tratamientos de los últimos años son prometedores, todavía no se ha encontrado ningún procedimiento que pueda producir una reparación (regeneración) satisfactoria del cartílago hialino y el hueso subcondral. Teniendo en cuenta la capacidad de la célula cartilaginosa para nutrirse por difusión de la MEC y por imbibición sinovial, recientemente, desde los trabajos pioneros de Heatley y col. (1980), se han desarrollado procedimientos quirúrgicos para tratar de reparar los defectos osteocondrales, o para al menos proporcionar un alivio sintomático. El objetivo es prevenir la extensión de las lesiones e inducir la regeneración del cartílago, o al menos retrasar la progresión a OA, o la necesidad de reemplazamiento articular. Estas técnicas se dividen en 4 categorías: a) tratamiento sintomático, b) estimulación de células derivadas de la MO, c) condrogénesis con células o tejidos trasplantados, y d) trasplantes de cilindros osteocondrales. La microfractura (b), que provoca la afloración de MO por perforación del hueso subcondral (Buckwalter y col., 1998); o la mosaicoplastia (d), ya sea heteróloga o autóloga, que transfiere cilindros de cartílago hialino procedente de tejido sano, bien de zonas de menos carga próximas a la lesión, o de otra articulación (Hunziker y col., 2012), acaban provocando la formación de fibrocartílago como tejido cicatricial, el cual se muestra inviable para devolver las características propias del cartílago articular a largo plazo, representando además, con el paso de los años del paciente, lugares de fácil fractura y nuevas lesiones (Buckwalter y col., 2004), al margen de problemas para obtener suficiente superficie de cartílago a trasplantar y de dañar un área para reparar otra. En el caso de c), técnica muy extendida en la clínica, se está actuando con trasplante de condrocitos autólogos, ya sea en ausencia de transportador (autologous chondrocytes implantation, ACI), o vehiculizados en una membrana (MACI), casi siempre de colágeno. En este sentido, los trabajos de Couceiro y col. (2002) se están centrando en la obtención de cultivos celulares de condrocitos y su implantación in situ, aunque este procedimiento está planteando problemas de falta de prendimiento del implante a la lesión a medio plazo. En ningún caso, y hasta el momento, se indica que el ACI/MACI sean superior a otras alternativas terapéuticas en el tratamiento de las lesiones condrales de rodilla; más bien al contrario, por tratarse de un procedimiento altamente invasivo y relativamente costoso, ya que necesita de dos intervenciones quirúrgicas. Por tanto, en la actualidad, no existen criterios claros acerca de cuál de estas alternativas es la más adecuada para el tratamiento de las lesiones del CA.

Con todo ello, y en consecuencia, la ingeniería tisular tiene actualmente el reto potencial de resolver el problema clínico de la regeneración del CA, estimulando el crecimiento de suficiente cartílago nuevo en el lugar de la lesión, e impedir la pérdida posterior del mismo (Hollander y col., 2006). No parece probable que la sola aplicación in situ de agentes químicos osteoinductores, como las proteínas morfogenéticas de hueso (bone morphogenetic proteins, BMPs) (Samartzis y col., 2005) o los factores de crecimiento plaquetarios (Lettice y col., 1999), sea el paso definitivo que se esperaba. En primer lugar, porque ninguna BMP en particular es la panacea del proceso condroosteogénico, ya que, probablemente, sean al menos una docena de éstas moléculas diferentes las que actúen en el proceso de manera concatenada (Wan y col., 2005). Y, en segundo lugar, porque la aplicación indiscriminada de estas citoquinas, a dosis varios órdenes de magnitud por encima de la fisiológica y a merced de la circulación sistémica, podría desarrollar cualquiera de sus diversos efectos, a veces indeseados, como puede esperarse de moléculas de acción pleiotrópica. Las BMPs son mediadores químicos muy importantes que actúan sobre las células para que éstas, y sólo ellas, realicen la reparación deseada. Utilizar mediadores químicos sin células efectoras, con células insuficientes o incapaces, es desaprovechar recursos costosos en cada acto quirúrgico. Se impone, pues, una aceptación prudente del uso directo de estos agentes, a la vez que debe recomendarse un estudio más profundo, y un mejor desarrollo de sistemas de liberación controlada, que permitan un perfil de cesión óptimo en cada caso y para cada factor (Richardson y col., 2001).

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 069**

TÍTULO:

TERAPIA CELULAR PARA LA REGENERACION DEL CARTILAGO ARTICULAR EN UN MODELO PRECLINICO DE OVEJA.

AUTORES: **Lopez-Puerta González, J.M. / Andrades Gomez, J.A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Del Rocío**

INTRODUCCIÓN

Las células son los efectores únicos e insustituibles de la esqueletogénesis. Su número y biología sufren cambios significativos con la edad y la enfermedad, que pueden ser corregidos mediante acción directa, induciendo su proliferación, migración y diferenciación in situ, o indirectamente, realizando esos procesos ex vivo, aprovechando los conocimientos que nos proporcionan las células troncales (SC) y la terapia celular. Las especiales características de los tejidos esqueléticos, donde la MEC, como hemos dicho, alcanza especial relevancia, hace que la vehiculización de células y moléculas a su través permita la condroosteoconducción y condroosteoinducción de la forma deseada. El desarrollo de los materiales condroosteoconductores, realzado por los avances que permiten la conquista de magnitudes nanométricas, presenta un panorama de cambios significativos en la clínica ortopédica.

En estos momentos, se está extendiendo la estrategia experimental que trata de buscar células madre mesenquimales (MSCs) susceptibles de diferenciarse hacia condroblastos (Mifune y col., 2013), las cuales pueden aislarse a partir de tejidos adultos, tales como MO (Johnstone y col., 1998), músculo esquelético (Kuroda y col., 2009), grasa (Lee y col., 2008) y sinovia (Mochizuki y col., 2006). Las MSCs representan un atractivo para la medicina regenerativa del cartílago, porque se pueden obtener con una mínima morbilidad, aislar/expandir fácilmente en cultivo y son multipotentes, incluyendo la vía condrogénica (Yoshimura y col., 2010). Sobre la base de nuestra experiencia de los últimos años con este tipo celular, creemos que el implante en el ambiente articular de célulasen vías de diferenciación condrogénica puede ser un procedimiento que permita la formación de cartílago de manera más natural y, por tanto, que el nuevo tejido se forme de novo, integrado en el que se pretende tratar, haciendo la regeneración estable, duradera y funcional. Es decir, proponemos una regeneración intratisular más que una reparación de la lesión. A pesar de estos datos, actualmente no existe todavía un criterio único a la hora de proponer la terapia celular más adecuada, con una clarificación de los procedimientos, parámetros y condiciones a fin de seleccionar la fuente celular ideal.

En este proyecto, por tanto, pretendemos realizar, sobre la base de los resultados obtenidos recientemente por nuestro grupo con MSCs procedentes de MO, un ensayo preclínico, utilizando lesiones osteocondrales experimentales en rodilla de oveja, implantadas con MSCs adultas autólogas sobre un biomaterial novedoso, en el que tenemos puestas grandes expectativas dentro del CIBER- BBN, y del que disponemos de resultados preliminares alentadores. En los estudios in vitro evaluaremos la capacidad moduladora del factor de crecimiento transformante beta1 (transforming growth factor beta1, TGF-ß1) y BMP-7 (tanto en proliferación como diferenciación, prestando especial atención a la producción/secreción de SZP), pues hemos demostrado su excelente capacidad de inducción condrogénica sobre MSCs en cultivo y en los estudio in vivo evaluamos la capacidad regeneradora de las mesenquimales en el bomaterial usado mediante el análisis histología de las mismas. Resultados positivos de este estudio avanzarán en la aplicación clínica de una terapia celular basada en MSCs para el tratamiento de las lesiones del CA.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 070**

TÍTULO:

@ctiveHip: SISTEMA DE TELE-REHABILITACIÓN PARA PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA.

AUTORES: **Salazar Graván, S. / Ortiz Piña, M. / Salas Fariña, Z. / Castellote Caballero, Y. / Ariza Vega, P.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario De Granada**

INTRODUCCIÓN

Sherrington, Auais, Donoue y Colón-Emeric, evidencian la dificultad de recomendar protocolos de rehabilitación para pacientes intervenidos de fractura de cadera, acerca del tipo de ejercicios, intensidad, periodicidad y lugar donde realizarlos. La rehabilitación en su casa con programas de tele-rehabilitación podría ser la opción para estos.

OBJETIVOS:

Diseñar un sistema de tele-rehabilitación que incluya un protocolo de rehabilitación que mejore la funcionalidad de los pacientes operados tras sufrir una fractura de cadera.

MÉTODOS:

Este estudio metodológico forma parte del ensayo clínico que actualmente se está llevando a cabo en el Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Incluimos pacientes con fractura de cadera con buen nivel funcional previo a la fractura, sin deterioro cognitivo severo, ausencia de enfermedad terminal, que al alta van a su domicilio particular o al de un familiar, y firman el consentimiento informado. Los pacientes del grupo de intervención deben disponer de conexión a internet y de un cuidador que sepa utilizar este medio. Son evaluados a las 4 y 12 semanas posteriores a la cirugía. Consideramos variables sociodemográficas, el nivel funcional (Medida de la Independencia funcional), calidad de vida (Euro-qol), función física (Timed Up and Go), estado cognitivo (Mini-mental Test) y dolor (escala analógica-visual). Resultados-discusión: La creación de la plataforma de tele-rehabilitación @ctiveHip (www.activehip.es) incluye un área privada donde el paciente puede visualizar vídeos con ejercicios y actividades para realizar en casa. El entrenamiento incluye 5 sesiones semanales (3 de readaptación física y 2 de terapia ocupacional) durante 12 semanas. El nivel de dificultad de los ejercicios está determinado por el tiempo empleado por el paciente al realizar el Test Up and Go el día del alta hospitalaria. Si tarda más de 25 segundos será asignado al nivel 1, entre 20 y 25 segundos al nivel 2 y menos de 20 segundos al nivel 3.

CONCLUSIONES:

Este estudio proporciona un sistema de tele-rehabilitación que incluye un protocolo de rehabilitación para mejorar el nivel funcional de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. El sistema @ctiveHip podría ser una nueva opción de tratamiento de bajo coste al alta.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 076**

TÍTULO:

DE FRACTURA ABIERTA DE ROTULA A ARTRODESIS DE RODILLA.

AUTORES: **Hijazi Quiles, J. / Berlanga Porras, A. / Montero Pariente, M.A. / Rial Valverde, L. / Cáceres Sanchez, L.**

CENTRO: **Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.Bormujos (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de rótula, debido al aumento de práctica deportiva de la población,al desarrollo tecnológico y avances de los medios de transporte, son cada vez más frecuentes. Las complicaciones inmediatas más habituales son aquellas en que se afectan las partes blandas vecinas a la fractura, entre ellas la infección.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 40 años, con esquizofrenia paranoide en tratamiento con mal control evolutivo, que acude a urgencias con fractura abierta de rótula grado II tras accidente de tráfico. A las 24 horas, es intervenido realizándose: limpieza exhaustiva y osteosíntesis con cerclaje con dos AK y alambre. Se realiza sutura de refuerzo del tendón y de las expansiones laterales y se inmoviliza con férula inguinomaleolar.
Es un paciente poco colaborador, con una evolución tórpida de la herida,con sobreinfección asociada, que precisa retirada del material de OS y 4 limpiezas quirúrgicas. En las muestras se aisla E.Coli BLEE + Stafilococo Aureus meticilin resistente. El cuadro evoluciona a un proceso de condrolisis y osteolisis con un daño definitivo en la articulación. Finalmente, 8 meses después del accidente, tras conseguir tratamiento psiquiátrico estricto y conjunto con nuestro servicio, se realiza nueva intervención: patelectomía total con osteotomía de sustracción de fémur y tibia, colocación de espaciador de cemento con ATB y FF.EE. Se coloca sistema “casero” de presión negativa.

RESULTADOS:

Durante casi 4 meses, permanece ingresado con tratamiento ATB iv y curas cada 48-72 horas consiguiendo, finalmente, erradicar la infección y realizar artrodesis de MII con clavo Wichita que requirió colgajo de avance de gemelo interno para cerrar la herida. Actualmente, no hay datos de infección y el paciente deambula con un bastón sin dolor.

DISCUSIÓN:

Actualmente, el tratamiento de elección en las fracturas de rótula es la OS con cerclaje de alambre. En nuestro caso, a pesar de haber realizado una buena técnica quirúrgica, no fue el tratamiento definitivo debido a que se trataba de un paciente con una patología psiquiátrica en fase activa no controlada que no siguió las pautas indicadas en el postoperatorio. Como conclusión, debemos pensar que la individualización terapéutica debe primar sobre cualquier otro factor a la hora de elegir el tratamiento definitivo. Y tener en cuenta a la hora de intervenir un paciente con desorden cognitivo/psiquiátrico sintomático que debemos consensuar el tratamiento y seguimiento por su psiquiatra/terapeuta al igual que si se tratase de un desorden sistémico grave de otra índole.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 083**

TÍTULO:

VALOR DE LA HEMOGLOBINA AL INGRESO COMO FACTOR PREDICTOR EN LA MORTALIDAD AL AÑO EN LOS PACIENTES CON FRACTURAS DE CADERA.

AUTORES: Valverde Cano, C.R. / Gutiérrez Castro, J.A. / Pérez Fernández, P. / Obrero Gaitán, D. / Cañadillas Rueda, R.

CENTRO: Hospital Universitario Neurotraumatológico de Jaén

INTRODUCCIÓN

Estudios previos sugieren la importancia del nivel de hemoglobina al ingreso como factor de riesgo independiente y modificable para predecir la mortalidad en los pacientes con fracturas de cadera.

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro sería correlacionar el nivel de hemoglogina al ingreso con la mortalidad al año.

MATERIALES Y MÉTODOS:

se revisan de forma retrospectiva todos los pacientes que ingresaron en nuestro hospital desde enero de 2015 hasta diciembre de 2016. Se mide la hemoglobina al ingreso, la hemoglobina al alta, los factores de riesgo (comorbilidad, edad) y los días de ingreso y se cheque la supervivencia al año.

RESULTADOS:

se incluyen 70 pacientes de forma preliminar, de los cuales el 77,5% son mujeres y el 19,7% hombres con una edad media de 82,2 años. Los días de ingreso medios fueron de 8,81. La mortalidad al año fue del 31%. La media de hemoglobina al ingreso en el grupo de supervivientes fue del 12,4 y en el grupo de fallecidos fue de 11,06. Encontrando una diferencia estadísticamente significativa (p=0,007) entre ambos grupos.

CONCLUSIONES:

este estudio sugiere la relación existente entre la hemoglobina al ingreso y la mortalidad al año. Concordando con otros estudios publicados en la literatura. La importancia radica en la posibilidad de modificar este parámetro para mejorar la supervivencia de los pacientes con fracturas de cadera.

COMUNICACIÓN **ORAL 086**

TÍTULO:

LUXACIÓN AISLADA DE SEMILUNAR DESAPERCIBIDA.

AUTORES: **Vargas García, R. / Soler Vasco, B. / Arrieta Martínez, C.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería**

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones perilunares ocurren por un traumatismo con hiperextensión de la muñeca de alta energía. Son lesiones asociadas a fracturas de escafoides hasta en el 63% de los casos. Se han publicado muchos casos de luxaciones no diagnosticadas, hasta un 25% debido a lo raro de esta lesión y que muchas veces los signos radiológicos no son reconocidos. Los síntomas son normalmente atribuidos a esguince de muñeca o a las fracturas asociadas. Los principales signos radiológicos son la luxación del semilunar de su fosa (“ spilled tea cup sign”), interrupción de las líneas de Gilula, apariencia triangular del semilunar en radiografías AP (“ piece of pie sign”) y superposición del semilunar y hueso grande.

OBJETIVOS:

presentar una luxación traumática de semilunar desapercibida y la importancia de su diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 24 años que acude a Urgencias por dolor e impotencia funcional de 3 días de evolución posterior a caída con traumatismo en mano izquierda. Presenta inflamación y dolor a nivel de la articulación radiocarpiana sin alteraciones neurovasculares distales.Es diagnosticado de fractura de estiloides cubital e inmovilizado con férula antebraquial.Tras control en consultas externas 14 días después, se aprecia luxación volar de semilunar sin clínica de compresión de nervio mediano. Se realiza reducción abierta y fijación interna con agujas Kirschner mediante abordaje volar. Tras control radiográfico y TAC, se observa pérdida de reducción del semilunar y se decide reintervención 20 días postlesión. Se realizó doble abordaje dorso-volar, reducción abierta y fijación interna con agujas Kirschner y reanclaje de ligamentos intrínsecos dorsales y capsulodesis de refuerzo dorsal. Inmovilización con férula posterior. 8 semanas postcirugía, se retira férula y agujas.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tres meses postlesión,presenta buen balance articular de muñeca y reducción satisfactoria semilunar en todas las proyecciones radiográficas.
El tratamiento habitual de este tipo de lesiones conlleva una reducción cerrada en casos agudos y posterior reconstrucción y osteosíntesis de las fracturas asociadas por cirujanos de mano. En nuestro caso, al tratarse de una luxación subaguda no se consideró adecuada la reducción cerrada dado el tiempo transcurrido.
Existe controversia con respecto al abordaje a emplear para el tratamiento, pudiendo ser dorsal,volar o combinado. Consideramos el abordaje dorsal de elección, ya que el abordaje volar aislado no permite la reconstrucción de los ligamentos dorsales y realizar una capsulodesis en caso necesario. No puede descartarse la necesidad de futuras cirugías debido al alto número de complicaciones que presentan estas lesiones.

CONCLUSIONES:

Cabe destacar la importancia del conocimiento de los principales signos radiográficos de estas lesiones para evitar que pasen desapercibidas,que determinará el pronóstico y los resultados. Realizando radiografías AP y lateral suele ser suficiente para el diagnóstico.
Con respecto al tratamiento, consideramos el abordaje dorsal de elección para realizar una reducción abierta, reparación ligamentosa y fijación complementaria.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 099**

TÍTULO:

RESULTADOS POSTCIRUGÍA DE LAS FRACTURAS POR FLEXIÓN-DISTRACCIÓN: ALTERACIÓN DEL PERFIL SAGITAL Y LESIONES ASOCIADAS.

AUTORES: **Martínez Medina, R.I. / Pérez del Río, V. / Granero Molina, E.J. / García de Quevedo Puerta, D. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN

Las fracturas por flexión-distracción se producen por una desaceleración brusca de la columna sobre un elemento estático que hace de fulcro. Descritas por Chance en 1948 en relación al uso de los cinturones de seguridad, se produce una flexión del raquis que provoca la compresión de los elementos anteriores y la tensión de los posteriores, creando una lesión inestable.

Son fracturas por alta energía, siendo la principal causa los accidentes de tráfico (40-45%), seguido de las precipitaciones (15-30%), lesiones deportivas (15-25%), accidentes laborales o agresiones. Presentan dos picos de incidencia, entre los 15-30 años donde predominan los accidentes de tráfico y por encima de los 50 donde la causa más frecuente son las precipitaciones. Son de predominio masculino con una relación hombre/mujer de 3:1.

La frecuencia de lesiones neurológicas es del 15-30%, con una incidencia de lesión medular del 19,4 millones de habitantes-año. Otras lesiones asociadas son el traumatismo craneoencefálico, traumatismo torácico, lesiones intrabdominales y otras fracturas no vertebrales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio retrospectivo, donde incluimos a pacientes entre noviembre de 2014 y diciembre de 2015 que presentan fracturas toracolumbares por flexión-distracción. El periodo de seguimiento mínimo fue de 9 meses (9-16 meses).

Del total de los 88 pacientes con fracturas toracolumbares, se incluyen un total de 10 pacientes con fracturas por flexión-distracción tipo B1 y B2 según la clasificación AO-Vaccaro de 2013.

Los parámetros recogidos en el estudio son el sexo, edad, mecanismo lesional, localización de la fractura, tipo de fractura, estado neurológico, ASIA score, el intervalo desde el traumatismo hasta la intervención y las lesiones asociadas.

La evaluación del perfil sagital se realiza mediante mediciones en radiología simple y TC de la cifosis de la vértebra afectada, altura del muro anterior y posterior pre y postcirugía. La valoración subjetiva y objetiva de los resultados se realiza con la escala visual analógica del dolor (EVA) y las secuelas neurológicas del paciente.

RESULTADOS:

De los 10 pacientes 7 son varones y 3 mujeres, su rango de edad era entre 12 y 63 años, la media de edad fue de 30,3 años. La localización más frecuente fue L2 con cuatro casos (40%), seguida de L3 con dos, un caso de T7, T9, T12 y L1 respectivamente. El 60 % de los casos se debió a un accidente de tráfico (4 por automóvil y 2 por motocicleta), otros casos se produjeron por precipitación por intento de autolisis, precipitación accidental y caída mientras realizaba equitación. El 70% de los casos eran fracturas tipo AO B1 (hay una disrupción del cuerpo de la vértebra que se extiende de manera horizontal hasta la zona posterior del arco vertebral) y el 30% Tipo AO B2 (afecta a la parte anterior del cuerpo o disco en forma de “Split” o “pincer” continuando por elementos del complejo ligamentario posterior). EL estado neurológico a su llegada a la urgencia según el ASIA score fue un ASIA E en 6 pacientes, ASIA D en 3 casos y ASIA A en 1 caso.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 099**

TÍTULO:

RESULTADOS POSTCIRUGÍA DE LAS FRACTURAS POR FLEXIÓN-DISTRACCIÓN: ALTERACIÓN DEL PERFIL SAGITAL Y LESIONES ASOCIADAS.

AUTORES: **Martínez Medina, R.I. / Pérez del Río, V. / Granero Molina, E.J. / García de Quevedo Puerta, D. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

RESULTADOS:

Las lesiones asociadas observadas fueron: traumatismo torácico (40%), traumatismo intraabdominal grave (10%), otras fracturas no vertebrales el 30% y en hasta el 40% encontramos otras fracturas vertebrales en otro nivel.
La cifosis prequirúrgica fue de media de 15,83o y tras la corrección quirúrgica y evaluación a partir de los 6 meses fue de 6,71o, observando una diferencia significativa P< 0,006.
Si comparamos la altura del muro posterior pre y postcirugía no encontramos diferencias significativas (P = 0,63), pero sin embargo en el muro anterior si obtenemos significación en la restauración de la altura (P<001) con una media de restitución de 6,32 mm. En 4 pacientes obtenemos unos resultados muy bueno con una puntuación de la EVA ≤2, sin clínica neurológica residual, en 3 pacientes tenemos un EVA de 3, pero uno con radiculopatía crónica en territorio L2. En dos casos obteneos malos resultados, uno por un EVA de 6 con radiculopatía crónica en L5 y otro caso por lesión medular completa a nivel de T12 con paraplejia.

DISCUSIÓN:

Las fracturas de Chance son fracturas de alta energía y en su mayoría se producen a nivel de la charnela toracolumbar, esto es debido a que existe una zona de transición entre la región torácica más rígida por el tórax y la lumbar, más móvil. Son lesiones inestables que afectan a las tres columnas de Denis, por lo que requieren una estabilización quirúrgica precoz, debiendo ser de urgencia en los casos donde exista un déficit neurológico progresivo o cauda equina.
El timing para la intervención muchas veces se ve demorado por las lesiones asociadas como un traumatismo torácico grave, lesiones abdominales o complicaciones secundarias a su ingreso en la unidad de cuidados intensivos.
El nivel de instrumentación depende de la localización de la fractura, si es a nivel de charnela toracolumbar se recomienda dos niveles supra e infraadyacentes a la fractura para poder restaurar el perfil sagital y evitar el fracaso del material.

CONCLUSIONES:

Las fracturas por flexión-distracción son fracturas provocadas por traumatismos de alta energía, principalmente por accidentes de tráfico en adultos jóvenes.
Son fracturas inestables que requieren una fijación vertebral de varios niveles y a veces una descompresión del canal.
Existe una alta prevalencia de lesiones asociadas en este tipo de fracturas como son traumatismo craneoencefálico, torácico, abdominal u otras fracturas vertebrales y no vertebrales.
Mediante instrumentación y artrodesis precoz conseguimos la restauración del perfil sagital y entre el 60-70% de los casos obtenemos buenos o muy buenos resultados, sobre todo en los casos donde el ASIA score es D o E.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 100**

TÍTULO:

FACTORES PREDISPONENTES DE MALA EVOLUCIÓN TRAS TENDOSCOPIA DE TENDONES PERONEOS.

AUTORES: **Berlanga Porras, A. / Contreras Rubio, J.R.**

CENTRO: **Hospital San Juan de Dios del Aljarafe**

INTRODUCCIÓN, MÉTODOS y CONCLUSIONES:

Las lesiones de los tendones peroneos son alteraciones infrecuentes que pueden ser causa de dolor lateral de tobillo. En general son infradiagnosticadas, y su tratamiento es controvertido. Los resultados de las tendoscopias de tendones peroneos en los estudios revisados no son muy consistentes. Un conocimiento de la etiología y los factores predisponentes de estas lesiones podría llevarnos a corregir la causa, y obtener mejores resultados. Revisamos las tendoscopias con mal resultado clínico realizadas en nuestro hospital (2009-2015) tratando de identificar los factores predisponentes de esta mala evolución.

COMUNICACIÓN **ORAL 104**

TÍTULO:

FRACTURA SUBCAPITAL DE FÉMUR EN PACIENTE CON ENCLAVADO ENDOMEDULAR POR FRACTURA PERTROCANTÉREA PREVIA.

AUTORES: Torres Álvarez, M.N. / Cortés Requena, M.J. / García Mayorgas, A.D. / Aparici Martínez, A. / Navarro Carmona, F.J.

CENTRO: Hospital San Agustín, Linares (Jaén)

INTRODUCCIÓN

El enclavado endomedular es el tratamiento más usado hoy en día para fracturas trocantéricas, permitiendo una curación rápida y segura de la fractura. Una fractura subcapital de fémur en un paciente enclavado previamente por una fractura trocantérica previa es una complicación muy rara.

OBJETIVOS:

Conocer este tipo de complicación poco frecuente de fractura subcapital después de la consolidación de una fractura trocantérica tratada previamente con enclavado endomedular y tratar de identificar su etiología.

MÉTODO:

Presentamos un caso clínico de un paciente de 74 años sin antecedentes personales de interés intervenida quirúrgicamente por fractura pertrocantérea derecha en Octubre 2010 realizándose una osteosíntesis con enclavado endomedular tipo gamma 3 con bloqueo dinámico diafisario. Presentó buena evolución y consolidación durante todo el seguimiento, siendo dada de alta al año de la fractura consiguiéndose una deambulación sin ayuda. Durante 6 años la paciente ha realizado vida normal totalmente asintomática, deambulando sin problema, pero tras sufrir un nuevo traumatismo en Diciembre 2016 sobre el miembro inferior intervenido previamente presentó una fractura subcapital fémur derecho con integridad del material de osteosíntesis que tenía implantado .Fue intervenida quirúrgicamente realizándose una extracción del clavo endomedular e implantación una Prótesis Parcial de cadera bipolar cementada con buena evolución, deambulando sin ayuda a los 3 días postoperatorios. Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en relación con este tipo de complicación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Tras la osteosínteis con enclavado endomedular por fractura trocantérica se han descrito complicaciones durante la intervención y el postoperatorio como: fracturas diafisarias intraoperatorias y postoperatorias (por debajo del clavo lo más frecuente) , problemas en la colocación de los tornillos de bloqueo distales, rotura de implante, migración, cut-out o cut-in. En la literatura hay descritos 20 casos todos ellos hace más de 15 años de fractura subcapital en pacientes intervenidos previamente por fractura trocantérica. Tronzo[1] fue el primero en describir esta complicación, citando dos casos. Baker[2] recogió 3 casos después de una fijación con clavo-placa. Cameron[3] et al describieron un caso después de una osteosíntesis con clavo-placa. Hunter y Mehta[4] tienen recogidos 3 casos después de una fijación con tornillo-placa deslizante (DHS). Mariani EM[5] publicó 3 casos: 1 después de una osteosíntesis con DHS, otro después de usar clavo-placa y otro tras la colocación de unos clavos de Ender. Por último, Kanai[6] recoge 7 fracturas subcapitales en pacientes tratados previamente con DHS. Después de realizar una búsqueda bibliográfica no he encontrado ningún caso publicado de fractura subcapital después de una osteosíntesis con enclavado endomedular por fractura trocantérica previa como en nuestro caso. Sí hay casos recogidos de fractura subcapital producidas yatrogénicamente.

Se ha intentado determinar la etiología de esta complicación, no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas comparando peso, edad, posición del enclavado, habilidad ambulatoria y el tipo de fractura intertrocantérica. El grado de osteoporosis es el factor mas importante para que se desarrolle una fractura subcapital después de una fractura intertrocantérica tratada.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 107**

TÍTULO:

ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN MENORES DE 50 AÑOS.

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Ribera Zabalbeascoa, J. / Serrano Toledano, D. / Borrego Paredes, E. / Del Río Arteaga, M.**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La cadera dolorosa del adulto joven representa un reto para el cirujano de cadera por la mayor demanda funcional de esta población. Los resultados de la artroplastia total de cadera (ATC) en este grupo con muy variables por lo que el objetivo de este estudio es realizar un seguimiento a medio-largo plazo de nuestras ATC implantadas en pacientes jóvenes.

MÉTODOS:

Realizamos un análisis retrospectivo de ATC implantadas en pacientes de 50 años o menos con un seguimiento mínimo de un año y máximo de 15. Evaluamos la etiología de la coxartrosis y su lateralidad, la edad en el momento de la cirugía, el índice de masa corporal, la existencia o no de cirugías previas sobre esa cadera, las características de la prótesis empleada, las complicaciones registradas en el postoperatorio y la tasa de fracaso. La evaluación funcional fue llevada a cabo mediante el cuestionario Harris Hip Score (HHS) pre y postoperatoriamente.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

125 ATC fueron implantadas en 104 pacientes distintos, 71 hombres y 33 mujeres, con una edad media de 40,49 años y un seguimiento medio de 65,6 meses. La primera causa de coxartrosis fue la necrosis de la cabeza femoral primaria o secundaria (39,5%), seguida del atrapamiento femoroacetabular (24%), secuelas de enfermedades de la infancia (16,7%), enfermedades reumáticas (11,5%) y postraumáticas (7,3%). Un tercio de los pacientes habían sido sometidos a algún acto quirúrgico previo a la ATC. Todos los cotilos y el 98,4% de los vástagos fueron no cementados y el par de fricción más utilizado fue el delta-delta. Casi la mitad de los vástagos usados fueron vástagos cortos (44,72%). EL HHS medio postoperatorio se mantuvo por encima de los 95 puntos en el 100% de los pacientes al final del seguimiento. Calculamos una tasa de fracaso del 4,8% a los 5,5 años de media.

CONCLUSIONES:

La ATC supone una adecuada solución a medio-largo plazo para la coxartrosis del paciente joven siendo efectiva en cuanto al alivio del dolor y a la recuperación de la actividad funcional.

COMUNICACIÓN **ORAL 126**

TÍTULO:

COMPLICACIÓN EN ARTROPLASTIA INVERTIDA DE HOMBRO DEBIDO A FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL.

AUTORES: **Ramos Santos, J. / Gómez Cáceres, A. / Menéndez Quintanilla, I.E.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de humero proximal tienen incidencia mayor en mujeres y aumenta con la edad. Entre un 50% y un 80% son fracturas en las que el tratamiento consevador obtiene buena respuesta funcional. No obstante, en fracturas conminutas o desplazadas, se obtienen complicaciones en más del 48 % de los casos. En ellos se debe considerar la cirugía. Los pacientes de edad avanzada presentan múltiples comorbilidades que dificultan el tratamiento quirúrgico. Los peores resultados se obtienen en mujeres mayores de 75 años.
Neer propuso la utilización de la hemiartroplastia en caso de intensa conminucion o gran desplazamiento de las fracturas donde la reconstrucción con osteosíntesis no es posible.

OBJETIVOS:

Presentar la evolución de un caso de una mujer de 75 años con fractura de húmero proximal compleja que fue intervenida quirúrgicamente en nuestro servicio mediante prótesis de hombro.

MÉTODOS:

Mujer de 88 años de edad que acude el día 30/04/14 por caída sobre brazo derecho. La radiografía de hombro evidenció una fractura en cuatro fragmentos de Neer en húmero proximal con la cabeza desplazada a anterior y sin contacto con el humero. Se realizó una hemiartroplastia del hombro derecho con una protesis parcial anatómica de hombro cementada. El 23/11/15 sufre una caída sobre el brazo intervenido. La Rx muestra una fractura cerrada periprotésica de humero. Se interviene y se pone una placa de 8 orificios con tornillos y perno distal, y se coloca un cerclaje alámbrico a tensión atornillado a la placa. En revisión se observa desplazamiento del material de osteosíntesis y ausencia de consolidación de la fractura peroprotesica. Se ingresa de nuevo el 15/06/16 y se procede a la retirada del material de osteosíntesis y se realiza una exéresis de humero proximal. Se implanta una protesis invertida de hombro modelo delta xtend de vástago largo.
El 08/07/16 acude por luxación recidivante de la prótesis invertida de hombro. Se cambia el polietileno y se pone un suplemento espaciador de 9 mm.

DISCUSIÓN:

En la actualidad, la artroplastia parcial de hombro es el tratamiento de fracturas de humero proximal, pero en aquellas complejas y con artropatía del manguito de los rotadores, los resultados no están exentos de complicaciones. Nuestro caso se trata de una mujer con una fractura de humero compleja con factores de riesgo que alteran el curso de la fractura (sexo femenino, mala calidad ósea o edad avanzada).

CONCLUSIONES:

1) Las fracturas de humero proximal complejas son de difícil manejo en la práctica clínica.
2) La posibilidad de complicaciones es alta y viene determinada en muchas ocasiones por los factores de riesgo previos de los pacientes.

COMUNICACIÓN **ORAL 127**

TÍTULO:

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES DE PRÓTESIS ARTICULARES Y DE IMPLANTES VERTEBRALES. COMPARACIÓN ENTRE CULTIVO ESTÁNDAR DE TEJIDOS Y EL CULTIVO TRAS SONICACIÓN.

AUTORES: Orta Chincoa, J. / Andrés Cano, I. / Oliva Moya, F. / Brun Romero, F.M. / Andrés García, J.A.

CENTRO: Hospital Universitario Puerta del Mar

INTRODUCCIÓN

Una de las causas más frecuentes de revisión de implantes osteoarticulares es la infección del sitio quirúrgico. La dificultad del sistema inmune y de la antibioterapia para eliminar esta infección radica en la capacidad de los microorganismos para formar una capa adherente, conocida como biofilm, en la superficie de los materiales extraños al organismo. Esto dificulta igualmente su diagnóstico. Separar el biofilm de la superficie protésica puede mejorar los resultados de los cultivos. Varios estudios muestran que la sonicación del implante retirado facilita dicho proceso, aumentando el rendimiento diagnóstico del estudio microbiológico.

OBJETIVOS:

Analizar los resultados del diagnóstico microbiológico obtenidos mediante cultivo tras la sonicación del implante y mediante cultivos convencionales de muestras quirúrgicas de prótesis de cadera, rodilla e implantes de raquis retirados por cualquier motivo.

MÉTODOS:

Cohorte prospectiva de pacientes sometidos a cirugía de revisión de prótesis de rodilla, cadera e implantes raquídeos retirados por sospecha de infección o fallo aséptico en el Hospital Puerta del Mar, Hospital de Puerto Real y Hospital de Jerez, entre el 1 de julio de 2013 y el 1 de julio de 2015.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Fueron incluidos 97 pacientes (57 mujeres y 40 hombres), con una edad media de 65 años. El 37% de las muestras correspondieron a prótesis totales de cadera, el 34% a prótesis totales de rodilla, el 9,3% a implantes raquídeos y, el resto, a prótesis parciales de cadera y de rodilla. El tiempo medio desde la colocación primaria del implante hasta su revisión fue de 87 meses. El 59,5% de los pacientes fueron diagnosticados en el preoperatorio de aflojamiento aséptico y el 39,5% de infección confirmada. En 38 casos (39,2%) hubo diferencias en cuanto al diagnóstico microbiológico obtenido entre el cultivo estándar y el cultivo tras el sonicado de la muestra.

CONCLUSIONES:

El sonicado de los implantes articulares mejoró el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo en el 39,2% de los casos. Propionibacterium acnes es uno de los microorganismos a tener en cuenta en casos de sospecha de aflojamiento aséptico del implante.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 136**

TÍTULO:

RESULTADOS A MEDIO PLAZO DE LAS PRÓTESIS INVERTIDAS DE HOMBRO INDICADAS POR FRACTURA O ARTROPATÍA DEL MANGUITO ROTADOR.

AUTORES: **López Pulido, M.J. / Izquierdo Fernández, A. / Díaz Miñarro, J.C. / González Fernández, A. / Alfonso Bravo, C. / Zapata Vizuete, A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.**

INTRODUCCIÓN

Desde 1985 con el diseño de Grammont, la prótesis invertida de hombro ha cobrado importancia como tratamiento de la patología del hombro, inicialmente en la artropatía secundaria a rotura irreparable del manguito rotador (que sigue siendo la indicación principal) pero aumentando las indicaciones con el paso del tiempo, como ocurre con las fracturas del húmero proximal en 3 ó mas fragmentos.

OBJETIVOS:

Analizar si existen diferencias en los resultados a medio plazo entre las prótesis invertidas de hombro indicadas por fractura o por artropatía debida a rotura del manguito rotador; en cuanto a escalas funcionales, de dolor y notching.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos una búsqueda de nuestra base de datos prospectiva, obteniendo 35 pacientes intervenidos con prótesis invertida de hombro DELTA X-TEND TM (Depuy Synthes®) en el año 2012. Se excluyó a 6 pacientes, 4 por fallecimiento (debido a otras causas) y 2 por pérdida en el seguimiento. Se incluyeron a 6 hombres y 23 mujeres con un seguimiento medio de 4 años. La indicación quirúrgica fue por Fractura (3 ó más fragmentos) en 15 pacientes (edad media 85) y por artropatía debida a rotura del manguito rotador (cta) en 14 (edad media 75). A todos los pacientes se les realizó a los 4 años un cuestionario funcional (ASES), de dolor (EVA) y una Radiografía simple para valorar el notching según la clasificación de Nerot -Sirveaux. Dividimos a los pacientes en dos grupos: los intervenidos por fractura y por cta. Estudiamos los resultados funcionales, de dolor y el notching observado en la Rx. Para el análisis estadístico se aplicó una t de Student mediante el software IBM SPSS Statistics versión 19.0.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En cuanto al ASES se obtuvo una puntuación media de 75,8 y una desviación estándar (SD) de 12,43 en el grupo de Fractura; y 68,57 (SD 16,55) en el grupo cta. Intervalo de confianza (IC) al 95% (-3,87 ; 18,33). No apreciándose diferencias significativas entre ambos grupos p= 0,192. EL EVA medio en el grupo Fractura fue 1,60 (SD 1,88); mientras que en el grupo cta fue de 2,43 (SD 2,38). IC 95% (-2,46; 0,8), no siendo significativas estas diferencias p = 0,305. Se observó 4 pacientes con un notching tipo 1 en el grupo fractura, mientras que en el grupo de cta hubo 10 casos de notching: 8 de ellos tipo 1 y dos, tipo 2.No se observaron complicaciones mayores (infección, aflojamiento y luxación).

CONCLUSIONES:

La prótesis invertida de hombro obtiene buenos resultados a medio plazo en el tratamiento de los pacientes mayores con fractura de húmero proximal y de aquellos con artropatía por rotura del manguito rotador, tanto en escalas funcionales como de dolor; no existiendo diferencias entre ambas indicaciones quirúrgicas.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 141**

TÍTULO:

¿CÓMO DECIDIR ENTRE UNA PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL EN LAS FRACTURAS DE CADERA DEL ANCIANO?.

AUTORES: **González Quevedo, D. /Sánchez Siles, J.M. / Tamimi Mariño, I. / Bautista Enrique, D. / Granero Molina, E.J.**

CENTRO: **Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir – Hospital de Montilla**
Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

Elegir entre una prótesis total de cadera o una hemiartroplastia en pacientes con fracturas intracapsulares de cadera a menudo se basa en factores subjetivos. Predecir la supervivencia de estos pacientes es esencial para seleccionar el implante más adecuado.

MÉTODOS:

Realizamos un estudio de cohortes retrospectivo sobre la mortalidad de los pacientes por encima de 70 años con fracturas intracapsulares de cadera que fueron tratados entre enero de 2010 y diciembre de 2013, tanto con prótesis total o parcial de cadera. La información de los pacientes fue recopilada con nuestra base de datos informática. Para todos los pacientes se calculó el índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad (ACCI) y el de la Sociedad Americana de Anestesistas (ASA). Los pacientes fueron seguidos durante dos años después de la cirugía. La tasa de supervivencia fue comparada entre los dos grupos utilizando un modelo de riesgos proporcionales (regresión de Cox).

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Un total de 356 pacientes fueron incluidos en el estudio. A los 2 años de seguimiento, 221 (74.4%) de los pacientes con un índice ACCI ≤ 7 continuaban vivos, en contraste con solo 20 (29.0%) de aquellos con un índice ACCI > 7. Además, 201 (76.2%) de los pacientes con un índice ASA ≤ 3 seguían vivos después de 2 años, comparado con 30 (32.6%) de los individuos con índice ASA > 3. Los pacientes con un índice ACCI > 7 y un índice ASA > 3 tienen un incremento significativo de la mortalidad a 2 años (índice de riesgo ajustado de 3.2, IC 2.2-4.6; y 3.12, IC 2.2-4.5, respectivamente). La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del índice ACCI prediciendo la mortalidad a 2 años fueron de 39.2%, 91.1%, 71% y 74.4% respectivamente. Por otro lado, la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del índice ASA prediciendo la mortalidad a 2 años fueron de 49.6%, 79.1%, 67.4% y 76.1% respectivamente.

CONCLUSIONES:

Tanto el índice ACCI como el índice ASA fueron capaces de predecir la supervivencia a dos años de los pacientes con fracturas intracapsulares de cadera.

COMUNICACIÓN **ORAL 142**

TÍTULO:

IMPORTANCIA DEL TIP APEX DISTANCE (TAD) COMO PREDICTOR DEL RIESGO DE CUT-OUT EN LAS FRACTURAS TRATADAS CON CLAVO GAMMA.

AUTORES: Díaz Martín, P. / Tallón López, J. / Andrés García, J.A.

CENTRO: Hospital Universitario Puerta del Mar

INTRODUCCIÓN

El fracaso de la fijación de la fracturas extracapsulares tratadas mediante clavo endomedular gamma3 suele estar relacionado con la posición del tornillo proximal en la cabeza femoral. Para ello se ha desarollado una medición simple denominada Tip Apex Distance (TAD) que consiste en la suma de la distancias de la punta del tornillo al ápex de la cabeza femoral en las radiografías anteroposterior y axial. En estudios al respecto hay documentada una importante asociación estadística entre TAD>25 mm y casos de cut-out.

OBJETIVOS:

Conocer la tasa de incidencia de cut-out de nuestro servicio y el grado de influencia del Tip Apex Distance en los casos de fracaso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analiza una muestra de 748 fracturas extracapsulares de cadera de las cuales 570 eran mujeres (76.2%) y 178 hombres (23.8%) intervenidas mediante clavo endomedular gamma3 en el Hospital Puerta del Mar de Cádiz desde Enero de 2010 a Marzo de 2015 con un seguimiento mínimo de 3 meses.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

De las 748 caderas intervenidas se produjeron 11 casos de cut-out (1.47%) de los cuales 9 eran mujeres (81.8%) con una media de edad de 75.2 años y 2 hombres (18.2%) con una media de edad de 87 años. De estos 11 casos de cut-out, 9 (81.8%) presentaban criterios de inestabilidad de la fractura (afectación de trocánter menor, presencia de tercer fragmento, trazo invertido, subtrocantérico) Tan sólo se pudo medir el TAD en 6 de ellas al carecer las otras 5 de una radiografía axial de calidad. De los 6 casos que pudimos analizar 5 (83.3%) presentaron un TAD aumentado (34,31,35,46 y 27mm) y solamente 1(16.6%) un TAD disminuido (16mm).

CONCLUSIONES:

Existe una importante asociación entre los casos de fracaso de fracturas de cadera tratadas mediante clavo gamma y un TAD aumentado, debiendo tener en cuenta también la influencia de otros factores tales como la edad avanzada, inestabilidad de la fractura y reducción insatisfactoria de la fractura.

COMUNICACIÓN **ORAL 169**

TÍTULO: **FRACTURA ABIERTA DE PELVIS QUE PASA DESAPERCIBIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Hernández Ruiz, Á. / Sanchez Siles, J.M. / Frías Da Silva, D./ Romero Escribano, E. / Martínez Medina, R.I. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional de Málaga**

INTRODUCCIÓN

La fractura de pelvis es una fractura típica de mecanismos de alta energía y con los cual suele acarrear multiples lesiones asociadas. Si ya de por si la existencia de esta lesion es algo que indica gravedad mas aun si esta fractura se presenta como fractura abierta.
Una fractura abierta de pelvis puede hacernos ver el grado de energía de dicho traumatismo y la gravedad del mismo dado el grado importante de estructuras vasculares y neurológicas que se encuentran íntimamente adheridas a esta.

OBJETIVOS:

Se presenta el caso de una mujer de 19 años que sufrió una fractura de pelvis que es su valoración y tras una estancia prolongada en planta así como una valoración por multiples especialistas de diferentes especialidades no se pudo apreciar que esta fractura era abierta y que por lo tanto había que cambiar la actitud con la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente mujer de 19 años de edad que sufre accidente de trafico de alta energía por lo que es trasladada a las urgencias de nuestro hospital por el servicio del 061. La paciente acude consciente y sin aparentemente ninguna lesion grave pero dado el alto grado de dolor la paciente precisa de incubación orotraqueal. A la paciente se le realiza en urgencias una valoración inicial con tomografia computerizada donde se aprecia: fractura de ala sacra derecha, ramas iliopubianas bilaterales y rama isquiopubiana derecha.No se aprecia sangrado activo ni otras lesiones óseas.
Se clasifica como fractura de pelvis tipo C de Tile y fractura de sacro tipo 2 de ISLER. Dado que se tras de una fractura inestable de pelvis se decide realizar una estabilización de la pelvis con un tornillo iliosacro.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Durante su estancia en la planta en el postoperatorio inmediato la paciente comienza con fiebre y empeoramiento del estado general. Comienza con fiebre y deterioro del estado general. Se reexplora a la paciente sin apreciarse ninguna posible foco que justifique este deterioro general. La paciente es evaluada por parte de medicina interna que realiza cobertura empírica con antibióticos sin apreciarse ninguna otro foco que pueda justificar esta fiebre.
A los días en la planta se aprecia un exudado vaginal purulento por lo que se decide realizar una hoja de interconsulta a Ginecología que valora a la paciente y la diagnostica como vaginitis descartando como posible causa de la fiebre. Se tomaron muestras del exudado con resultado de E.Coli para el cual ya estaba cubierto. LA paciente continua en la planta con el exudado vaginal que cambia de características pasando verdoso en lugar de marronaceo como era anteriormente.
Se solicita nueva valoración por parte de Ginecología que indica traslado a Hospital Materno Infantil par nueva valoración.
Allí se le realiza un nuevo TC en el que se aprecia:

- Colección en pelvis y localizado a nivel de la fractura de rama iliopubiana.
- Contenido vaginal de similares características a las colecciones descritas sin identificarse fistula

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 169**

TÍTULO: **FRACTURA ABIERTA DE PELVIS QUE PASA DESAPERCIBIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Hernández Ruiz, Á. / Sanchez Siles, J.M. / Frías Da Silva, D./ Romero Escribano, E. / Martínez Medina, R.I. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional de Málaga**

Ginecología decide realizar exploración bajo sedación conjunta con nuestro equipo de guardia donde se aprecia salida abundante de material purulento a la expresion suprapubica, se aprecia trayecto fistuloso parauretral derecho retrosinfisario en zona de fractura pélvica pudiese palpar esquirla ósea perforando pared vaginal.Se realiza drenaje del acceso. Tras este drenaje la paciente continua presentando un estado febril por lo que se plantea por parte de Cirugia General realizar un drenaje avacuador del espacio de Retzius. La paciente presenta mejoría y tras una larga estancia en nuestro servicio la paciente es dada de alta a domicilio con revision en nuestras consultas.

CONCLUSIONES:

El echo de que la fractura de pelvis fuese abierta y pasase desapercibida por lo extraño de su localización hizo que la paciente padeciese un cuadro febril de origen en principio desconocido ya que solo pasado un tiempo comenzó con clínica ginecológica que en un principio fuese descartada como posible origen.
Tras las diferentes exploraciones por parte tanto de C.General, Ginecología, Traumatología, Enf.Infeciosas e Interna se consiguió descubrir cual era el origen de esta fiebre y descubrir que se trataba de una fractura abierta en un sitio nada usual.
El hecho de que la fractura fuese abierta modifico tanto el tratamiento antibiótico de la paciente ya que se trataban de otros gérmenes lo que colonizaban la fractura(Flora vaginal) así como la actitud quirúrgica dado que preciso la realización de drenaje de los abcesos y curetaje de las fractura.
Las fracturas abierta de pelvis a vagina se trata de una patología extraordinariamente infrecuente encontrándose muy pocos casos descritos en la bibliografía, esto dificulta enormemente su diagnostico diferencial y mas aun si la lesion es minima sin producir en un principio un sangrado que pueda hacernos sospecha de la misma.
El fundamente de esta presentación es hacer pensar a los oyentes en esta posible lesion que aunque infrecuente, siempre se nos puede presentar en el caso de una paciente con un traumatismo pélvico de alta energía y que normalmente no sospecharíamos a no ser que tuviésemos una clínica clara.

COMUNICACIÓN **ORAL 173**

TÍTULO: **TÉCNICA BROSTRÖM GOULD: ¿EL FUTURO EN EL TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD CRÓNICA DE TOBILLO?.**

AUTORES: **Rial Valverde, L. / Hijazi, J. / Contreras Rubio, J.R.**

CENTRO: **Hospital San Juan de Dios del Aljarafe**

INTRODUCCIÓN

CAT POR INESTABILIDAD TOBILLO

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es hacer una revisión sobre el tratamiento artroscópico de las inestabilidades de tobillo.

MÉTODOS:

La terapia será individualizada y el abanico de opciones va desde el tratamiento conservador hasta el quirúrgico, siendo conocidas las diferentes técnicas abiertas. En contraposición la artroscopia aún está en desarrollo y se necesitan más estudios de embergadura para hacer conclusiones. Usando nuestra base de datos del Hospital , obtenemos 7 pacientes (Enero 2013 a Enero 2016) tratados vía artroscópica por presentar una inestabilidad crónica de tobillo pudiendo estar asociada a otras lesiones. Obtenemos un seguimiento posterior de, al menos, 1 año. Uno de estos pacientes no se presentó el día de la cirugía y con otro conseguimos colocar el anclaje en el peroné pero la sutura hubo que terminarla abierta. Todos estos pacientes fueron tratados con la técnica de Boström-Gould. El postoperatorio también fue el mismo para todos ellos: 3 semanas en descarga y posterior colocación de Walker con apoyo parcial y bastones durante otro mes. Posteriormente se envía a Rehabilitación para iniciar un programa de ejercicios. Dimos permiso para continuar con actividad deportiva a los 6 meses de la cirugía. nº pacientes Edad Lesiones asociadas Complicaciones Resultado
1 53 Artrosis. Entesopatía Aquiles Dolor por impigement que mejoró con infiltración Mejoría clínica: estable , sin dolor ni sensación de inestabilidad.
2 14 Mejoría clínica.
3 22 Impigement Mejoría clínica.
4 39 Artrosis TPA Se termina realizando vía abierta Mejoría clínica.
5 Pie cavo varo Mejoría clínica.
6 No se presentó el día de la cirugía.
7 Mejoría clínica.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Una de las lesiones más frecuentes de traumatología es el esguince lateral del tobillo, considerando que un 20 % de estas lesiones darán lugar a una inestabilidad mecánica o funcional. Existen dos tipos de inestabilidad: mecánica en la que el tobillo es más laxo; y una funcional en la que los tobillos tienden a ceder.
Aunque ciertas deformidades previas como un retropié en varo, un mediopié cavo, una flexión plantar del primer radio, o una laxitud generalizada han mostrado jugar un cierto papel en la predisposición a la inestabilidad crónica de tobillo, la combinación de la insuficiencia mecánica y funcional resultante de un esguince agudo ha demostrado ser el factor principal en la etiología de la inestabilidad crónica de tobillo (2) (3)

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 173**

TÍTULO: **TÉCNICA BROSTRÖM GOULD: ¿EL FUTURO EN EL TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD CRÓNICA DE TOBILLO?.**

AUTORES: **Rial Valverde, L. / Hijazi, J. / Contreras Rubio, J.R.**

CENTRO: **Hospital San Juan de Dios del Aljarafe**

El mecanismo lesional más frecuente del esguince lateral de tobillo consiste en una flexión plantar forzada, una inversión del tobillo, y una ligera rotación interna mientras el centro de gravedad del cuerpo gira pivotando sobre el tobillo. Este movimiento implica un estrés máximo para las fibras de todo el complejo lateral, pero en especial para el LPAA. Las razones por las que el paciente consulta más frecuentemente suelen ser, o bien una sensación de inseguridad y molestia permanente junto a alteraciones mecánicas de la articulación como bloqueos, chasquidos o clics; o bien puede únicamente estar asociado a episodios agudos de esguinces recurrentes, en su mayoría por mecanismos de inversión forzada de poca intensidad, que se presentan con tumefacción, dolor y la impotencia funcional propia de éstos. En cuanto a los tratamientos, todos ellos irán dirigidos a combatir el dolor, la sensación de inseguridad, y cualquier tipo de alteración intraarticular que pueda ayudarnos a prevenir episodios de inestabilidad y/o cambios artrósicos a largo plazo. Podemos clasificar la múltiples técnicas quirúrgicas y variantes existentes en 4 grandes grupos principales: 1) reparación anatómica; 2) reconstrucción anatómica; 3) reconstrucción no anatómica; y 4) otros procedimientos menos estudiados. Reparación anatómica: una reparación directa mediante la sutura de los cabos del LPAA y el LPC lesionados. Después se añadieron técnicas con refuerzo sobre la sutura.

La reconstrucción anatómica se basa en la utilización de distintos tipos de injertos para el refuerzo de la reparación de los ligamentos externos del tobillo. Los tendones utilizados incluyen, entre otros, el gracilis, el semitendinoso, el peroneus brevis, la fascia lata, el palmaris, el plantaris, el rotuliano, e incluso el tendón de Aquiles. La tendencia más empleada continúa siendo utilizar un injerto del tendón del músculo gracilis con fijaciones mediante túneles óseos en los puntos de inserción de los ligamentos lesionados, empleando para la fijación tornillos interferenciales. El empleo del periostio del maléolo peroneo como refuerzo a la reparación de los ligamentos laterales fue desarrollado por Roy-Camille Reconstrucción no anatómica: la utilización más empleada es la del tendón peroneus brevis. Esta técnica da como resultado limitaciones en la movilidad de la articulación subastragalina, pudiendo derivar en fenómenos ostroartriticos degenerativos.

El papel de la artroscopia en el tratamiento de la inestabilidad crónica de tobillo continúa en desarrollo. Existen pocos estudios con resultados a largo plazo. Corte-Real(4) realiza un estudio en 28 pacientes tras la reparación artroscópica de los ligamentos laterales con anclajes en el peroné, obteniendo una puntuación media de excelente en las escalas empleadas a dos años de seguimiento. Nery y cols.(5), emplean la técnica de Broström-Gould por vía artroscópica en 38 pacientes con un seguimiento de casi 10 años y una tasa del 94% de resultados buenos o excelentes. Más recientemente, Ventura y cols.(6) describen la artroscopia en cuatro pasos para la estabilización del tobillo mediante sinovectomía, el desbridamiento de los bordes del LPAA lesionados, y la contracción capsular mediante termo-coagulación. Trata 90 pacientes con un seguimiento de 4 años y unos obtienen unos resultados buenos y excelentes en un 96%. Maiotti(7) utiliza la artroscopia de tobillo para tratar la inestabilidad empleando únicamente la contracción térmica de la cápsula, sin realizar ningún gesto sobre los ligamentos. Su estudio incluye a 22 futbolistas con inestabilidad crónica de tobillo con un seguimiento de 42 meses y unos resultados buenos a excelentes en un 86% de los casos.

Sin embargo, con estas técnicas asistidas, se han descrito complicaciones entre el 5,3% y el 29%, como la neuritis del nervio peroneo superficial o del nervio sural, y dolor o molestias por la prominencia del anclaje o de los nudos. Recientemente, se ha descrito una técnica completamente artroscópica y que utiliza anclajes sin nudos para el tratamiento de la inestabilidad del tobillo. Las ventajas de la técnica artroscópica son una menor morbilidad, postoperatorio más confortable, la posibilidad de evaluar toda la articulación y tratar las lesiones concomitantes a través de los mismos abordajes y un mejor resultado estético.(1)

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 194**

TÍTULO: **USO DE DISPOSITIVO INTERESPINOSO EN LA ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR EN EL PACIENTE ANCIANO. NUESTRA EXPERIENCIA.**

AUTORES: **González López, M.C. / Quintana Cruz, J.J. / Periáñez Moreno, R. / Rovira Gutiérrez, M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

La estenosis de canal espinal lumbar es una causa frecuente de dolor lumbar, claudicación neurógena y radiculopatía en la población anciana. La cirugía es un tratamiento aceptado en dicha patología, siendo la principal indicación de cirugía espinal en adultos mayores de 65 años. Desafortunadamente, estos procedimientos tienen resultados variables a largo plazo y no están exentos de complicaciones, especialmente en los pacientes ancianos con alta comorbilidad asociaciada. Por ello, se están desarrollando diferentes técnicas para su tratamiento, dentro de las cuales se encuentra el dispositivo interespinoso. El objetivo de implantar este dispositivo es descargar las articulaciones facetarias, restaurar la altura foraminal y proporcionar estabilidad para mejorar el resultado clínico de la cirugía. Los dispositivos interespinosos lumbares ofrecen ventajas como su aplicación técnicamente sencilla, menor agresividad quirúrgica, así como no impedir intervenciones posteriores. Sus resultados clínicos están recogidos en la literatura actual, sin embargo no quedan claras su verdaderas indicaciones. Por otro lado, esta técnica no está exenta de complicaciones, las más destacables son la intolerancia y la migración, también se ha descrito cambios osteolíticos o fracturas en las apófisis espinosas o articulares.

OBJETIVOS:

Presentación de resultados obtenidos en nuestro centro hospitalario en el tratamiento de la estenosis de canal lumbar. Comparación de resultados logrados mediante la implantación de dispositivos interespinosos y cirugía descompresiva y artrodesis en el paciente anciano.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Comparamos dos grupos de pacientes intervenidos en nuestro centro entre los años 2015 y 2016, de 65 a 85 años de edad, con estenosis de canal lumbar de uno a tres niveles vertebrales. Los pacientes no habían sido sometidos previamente a cirugía de columna lumbar. Se excluyeron pacientes con espondilolistesis mayores a grado I de Meyerding. Un grupo se trató mediante implantación de dispositivos interespinosos, mientras que en el otro se realizó artrodesis lumbar o lumbosacra. En ambos grupos la intervención se llevo a cabo bajo anestesia general, en decubito prono. Todos los sujetos fueron sometidos a cirugía de descompresión mediante un abordaje posterior.

RESULTADOS:

Presentamos valoraciones pre y postoperatorias de incapacidad y dolor utilizando el índice de discapacidad de Oswestry (ODI), la escala visual analógica (VAS), así como el grado de satisfacción del paciente.

CONCLUSIONES:

La estenosis de canal lumbar es la principal indicación de cirugía de columna lumbosacra en el paciente anciano. En la literatura se ha recogido la existencia de una mayor tasa de complicaciones en las fusiones instrumentadas en este tipo de pacientes, encontrándose entre las mismas la pseudoartrosis, el fracaso del implante y las complicaciones debido a la comorbilidades asociadas. Debido a esto, existe la necesidad de desarrollar técnicas menos invasivas que proporcionen un equilibrio adecuado entre efectividad y seguridad. Son necesarios nuevos estudios con tamaños muestrales mayores que permitan establecer de manera clara las indicaciones para la implantación de los dispositivos interespinosos y así clarificar los beneficios reales que puede plantear este tipo de cirugía.

COMUNICACIÓN **ORAL 206**

TÍTULO: **SÍNDROME DE EDEMA DE MÉDULA ÓSEA FAMILIAR EN 3 HERMANOS CON MUTACIÓN DEL FACTOR V DE LEYDEN.**

AUTORES: **Serrano Toledano, D. / Del Río Arteaga, M. / Borrego Paredes, E. / Ribera Zabalbescoa, J.**

CENTRO: **Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz**

OBJETIVOS:

Realizar la primera descripción del síndrome de edema de médula ósea familiar ligado a la mutación del factor V de Leiden en tres hermanos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio tipo serie de casos retrospectiva. Se realizó resonancia nuclear magnética (RNM) de ambas caderas para confirmar el diagnóstico clínico de síndrome de edema de médula ósea. Se llevó a cabo estudio analítico en sangre periférica que incluyó hemograma, perfil lipídico, estudio de coagulación, anticuerpos antinucleares y determinación de la mutación G1691A para el factor V de Leiden. Se realizaron RNMs de control a los 6 meses y al año para descartar evolución a necrosis aséptica de cabeza femoral.

RESULTADOS:

Se describe el desarrollo y evolución del denominado síndrome de edema de médula ósea familiar en tres hermanos (dos varones, una mujer) con una edad media de 41,6 años (rango 40-43 años). Ninguno de los pacientes tenia antecedentes previos de ingesta de corticoides, abuso de alcohol o traumatismo. El estudio de imagen con RNM confirmó el diagnóstico de síndrome de edema de médula ósea familiar en los tres casos. En los tres hermanos la mutación G1691A para el factor V de Leiden fue positiva. La evolución fue favorable en todos los casos, con desaparición completa del edema a los 6 meses de la primera RNM.

DISCUSIÓN:

El síndrome de edema de médula ósea es una entidad clínica poco común. Descrita por primera vez en 1959, ha sido denominada también como edema transitorio de médula ósea. El curso natural de la enfermedad es a la curación, con remisión espontánea entre los 6 y 12 meses. Aunque su patogénesis permanece desconocida se han propuesto varias hipótesis entre las que destacan la enfermedad tromboembólica, obstrucción del flujo arteriolar o venoso, lesión de la pared vascular secundaria a vasculitis o metabolismo lipídico alterado. En los últimos años varios estudios han enfatizado la importancia que anormalidades en la coagulación tales como trombofilia o hipofibrinolisis pueden tener en la aparición de este síndrome. En este sentido la mutación en el factor V de Leiden se ha considerado como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad. El presente estudio supone la primera descripción del síndrome de edema de médula ósea familiar ligado a la mutación del factor V de Leiden. Los resultados del presente estudio refuerzan la hipótesis trombofílica en la patogenia de este síndrome.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 209**

TÍTULO: **ROTURA CUADRICIPITAL EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA : REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CASO PROPIO (ROTURA PARCIAL TENDON CUADRICIPITAL CON RETENSADO DEL MISMO).**

AUTORES: **Yrayzoz Fuentes, J. / Conde Albarracín, A. / Blanes Pérez, A. / Castaño Jaramillo, J. / Carrascal Aldana, G.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

La artroplastia total de rodilla es uno de los procesos más frecuentes en nuestra práctica diaria como cirujanos ortopédicos. El atlas de variabilidad de la práctica médica de artroplastia total de rodilla en España lo cifra en 2,5-13,49/10.000 habitantes. La artroplastia total de rodilla no está exenta de complicaciones. Una poco frecuente pero de difícil solución, es la lesión del aparato extensor, en concreto la disrupción del tendón cuadricipital.

OBJETIVOS:

Conocer la casuística de la lesión mediante una revisión bibliográfica y las distintas opciones de manejo de la misma.

MÉTODOS:

Se realiza revisión bibliográfica en diferentes bases de datos tales como PUBMED y COCHRANE con los siguientes términos: quadriceps, rupture, extensor mechanism,total knee arthroplasty, Polypropylene mesh. Obteniendo los siguientes artículos considerados como relevantes:

The Journal of bone & joint surgery VOL. 94-B, No. 11, November 2012 Management of extensor mechanism ruptura afte. Roturas del tendón cuadricipital:

- Casi siempre asociadas a traumatismos.
- Dificil diagnóstico: Enmascarado por la clínica de la contusión (retraso en el diagnostico),
- Exploración: deficit extensión y defecto palpable en el tendón cuádriceps.
- Límite marcado es de 20º de déficit de extensión:
- > 20º : CIRUGIA. La decisión de intervenir hay que tomarla lo antes posible para evitar la retracción partes blandas.
- AGUDA: Sutura Termino-Terminal (Igual que si no tuviera una PTR)
- CRONICA: Aloinjertos o injertos sintéticos.
- < 20º: CONSERVADOR (Inmovilización durante 6 semanas con la pierna en extensión y aumento progresivo de movilidad con ortesis).

Journal of American Academy Orthopedic Surgery (Ed Esp) 2003;2:236-244 Rotura del tendón cuadricipital

- Lesión poco frecuente pero grave.
- Requiere diagnóstico inmediato y tratamiento quirúrgico precoz.
- Más prevalente : Edad avanzada (> 40 años) y ENFERMEDADES MÉDICAS SUBYACENTES.
- Rotura bilateral espontánea : Enfermedades sistémicas como Gota, diabetes o uso mantenido de esteroides.
- Exploración : TRIADA de dolor agudo, incapacidad de extensión y defecto suprarrotuliano.
- Pruebas complementarias: Técnicas imagen (Ecografía y Resonancia magnética nuclear)
- Tratamiento : En las lesiones incompletas el tratamiento suele ser conservador y en las lesiones completas se opta por un tratamiento quirúrgico precoz.
- Roturas INCOMPLETAS: TRATAMIENTO CONSERVADOR.
- Inmvolización en extensión completa durante 6 semanas, se comienza la liberación de los grados de la ortesis una vez que el paciente es capaz de realizar elevación de la extremidad inferior en extensión completa SIN DOLOR.
- Tratar el derrame articular de forma agresiva, ARTROCENTESIS PRECOZ (Jensen y Graf), evitar que el hematoma se

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 209**

TÍTULO: **ROTURA CUADRICIPITAL EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA : REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CASO PROPIO (ROTURA PARCIAL TENDON CUADRICIPITAL CON RETENSADO DEL MISMO).**

AUTORES: **Yrayzoz Fuentes, J. / Conde Albarracín, A. / Blanes Pérez, A. / Castaño Jaramillo, J. / Carrascal Aldana, G.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)**

solidifique y retrase la curación.
- Roturas COMPLETAS AGUDAS:
- Técnica Scuderi.
- Suturas transóseas (Rotura muy distales donde no es posible una T-T)
- Roturas COMPLETAS CRÓNICAS:
- Método Codivilla: V invertida.
-

The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care Volume 71, Number 4, October 2011
Late repair of quadriceps tendon ruptures with free hamstring autograft augmentation and tension relief in patients with predisposing systemic Diseases.

Roturas CRÓNICAS TRATAMIENTO TARDÍO:
Serie de 5 casos tratados quirúrgicamente de forma tardía en el cual se realizaron autoinjertos de pata de ganso (Semitendinoso y Gracilis). No se mantuvo una inmovilización prolongada, comenzando la rehabilitación intensiva a las 2 semanas de la cirugía permitiendo carga total (Lyshom muy bueno en 4/5 pacientes), rompiendo con la tendencia de la inmovilización prolongada de 4-6 semanas con miembro en extensión completa y retirada progresivo de la ortesis así como de la carga parcial.

The Journal of bone & joint surgery VOL. 87-A, No. 1, January 2005 Quadriuceps tendón rupture after total knee arthroplasty
- Lesión RARA despues de una PTR (Serie de 34 pacientes)
- Prevalencia 0,1% (34/23.800 PTR revisadas en Clínica Mayo, Minnesota)
- Roturas PARCIALES:
- TRATAMIENTO CONSERVADOR: 7 Buenos resultados
- TRATAMIENTO QUIRURGICO: 16 (1 Rerotura/ 12 buena evolución/ 3 perdida de seguimiento)
- Roturas COMPLETAS:
- TRATAMIENTO CONSERVADOR: 1 mal resultado
- TRATAMIENTO QUIRURGICO: 10 (4 rerotura / 4 buenos resultados /2 malos)
- Complicaciones: 11de los 26 tratados quirúrgicamente.

The Knee , September 2015 Polypropylene mesh augmentation for complete quadriceps rupture after total knee arthroplasty.

Serie de 6 pacientes con roturas cuadricipitales en los cuales se usó para su reconstrucción mallas de Polipropileno:
- - En 4 de esos 6 pacientes se había realizado previamente una sutura T-T que no fue efectiva.
  - Se presenta el uso de mallas en cirugías de revisión de lesiónes tendinosas crónicas mediante fijación tibial con tornillo interferencial y tunelización en patela con sutura sobre sí misma de la malla.

Resultados funcionales fueron pobres (Lyshom bajo), pero ofrecen una mejora importante en el control del dolor postoperatorio (EVA 8).

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 209**

TÍTULO: **ROTURA CUADRICIPITAL EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA : REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CASO PROPIO (ROTURA PARCIAL TENDON CUADRICIPITAL CON RETENSADO DEL MISMO).**

AUTORES: **Yrayzoz Fuentes, J. / Conde Albarracín, A. / Blanes Pérez, A. / Castaño Jaramillo, J. / Carrascal Aldana, G.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)**

CASO CLÍNICO:

Paciente de 62 años.
- Antecedentes personales: No RAMc, fumadora, sindrome depresivo, hipertensión arterial.
- Motivo de consulta: Gonalgia derecha de tiempo de evolución. Refiere dolor en reposo incluso despertares nocturnos por el mismo, gran dificultad para comenzar la marcha así como la incorporación desde la sedestación y sensación de inestabilidad en la rodilla afecta.
- Exploración objetiva: Rodilla globulosa con un Genu valgo a la inspección , ligero derrame articular , Zohlen positivo , no cajones pero si un bostezo medial <5º (laxitud del LLI)
- BA: 0.0.110
- Pruebas complementarias: Radiografía en carga de ambas rodillas AP y L donde se evidencia gonartrosis grado IV de Alhback.

WOMAC: 16/5/62
EVA: 8
Cirugía: 2 de Octubre del 2014

En decúbito supino, bajo anestesia locorregional, profilaxis AB e isquemia preventiva se realiza artroplastia total de rodilla tipo Triathlon de Stryker (Postero-estabilizada) según técnica habitual, componentes:
- Fémur: nº 4
- Platillo tibial: nº 5
- Polietileno: 13 mm
- Patela: Espongialización

El postoperatorio se realizó dentro de la normalidad, permaneciendo 3 días ingresada, comenzando la deambulación con andador el segundo día postoperatorio.
Presentó buen control del dolor (catéter epidural que se retira a las 48 horas) y un sangrado a las 24 horas postintervención de 400 cc (en ese momento no se administraba acido tranexámico por protocolo).
Al alta se revisó a los 3 semanas por fisioterapia siendo dado de alta dada la buena evolución y movilidad que presentaba.

1ª revisión postquirúgica (31 Octubre 2014) : KSS B/85/40

2ª revisión postquirúrgica (16 Enero 2015) : KSS B/90/90

3ª revisión postquirúrgica (10 Abril 2015)

- Deambulación: Con bastón, previamente no había usado.
- Incidencias: ha tenido que acudir a Urgencias por dolor en bursa suprarrotuliana por aumento de líquido. Se le indicó que era mejor no hacer artrocentesis por el riesgo de sobreinfección.
- Control del dolor: Regular desde que tiene este cuadro.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 209**

TÍTULO: **ROTURA CUADRICIPITAL EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA : REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CASO PROPIO (ROTURA PARCIAL TENDON CUADRICIPITAL CON RETENSADO DEL MISMO).**

AUTORES: **Yrayzoz Fuentes, J. / Conde Albarracín, A. / Blanes Pérez, A. / Castaño Jaramillo, J. / Carrascal Aldana, G.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)**

Exploración:
- Herida quirurgica: Bien
- Signos de infeccion: No
- BA: 0.0.110 pasivo. No consigue extensión completa de forma activa contra gravedad, con un flexo de unos 40º.
- Inestabilidad mediolateral: leve bostezo medial < 5º.
- Inestabilidad AP: NO.
- Derrame articular (Peloteo): sí, pero sobre todo llama la atención la tumefacción en cara superoexterna de rodilla que parece extraarticular.

Pruebas complementarias:
- Se solicitaron radiografías de ambas rodillas comparadas. Índice Insall-Salvati alterado en rodilla protetizada (rótula muy baja prácticamente en contacto con platillo tibial)

Plan de actuación:
- Derivada a urgencias del hospital Virgen Macarena para ecografía urgente.
- Se solicita RMN urgente-preferente de forma reglada.
- A la espera de resultados para valorar reanclaje de tendón cuadricipital.

ECOGRAFÍA: Informada como presencia de hematoma en región suprapatelar de unos 30x20 mm en el espesor del tendón cuadricipital pero se evidencia continuidad del mismo.
RESONANCIA MAGNETICA: Informada como tendinosis sin evidenciar rotura del mismo (¿?)
A pesar de que las pruebas de imagen informan de la “no rotura” , al menos completa del tendón, la paciente presentaba un impotencia funcional para la elevación en extensión del miembro inferior derecho, se palpaba una solución de continuidad en región suprapatelar y dolor en dicha zona.
Se decide inmovilización con ortesis en extensión y no se permite el apoyo del miembro durante 6 semanas.

4ª revisión postquirúrgica (25 de Mayo 2015)

La paciente continua con la misma clínica y se decide intervención quirúrgica.
Las opciones que se plantean al tratarse de una “rotura parcial” tratada de forma conservadora con malos resultados funcionales era la de una cirugía de revisión.
Al ser las pruebas negativas planteamos cirugía exploratoria con los siguientes supuestos:
- Si se tratara de una rotura completa: Se realiza refrescado de bordes y sutura T-T si es posible y si no es posible Tecnica de Codivilla, asociando en función de la necesidad plastia autóloga de semitendinosa y gracilis .

(Journal of American Academy Orthopedic Surgery (Ed Esp) 2003;2:236-244 Rotura del tendón cuadricipital; The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care Volume 71, Number 4, October 2011 Late repair of quadriceps tendon ruptures

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 209**

TÍTULO: **ROTURA CUADRICIPITAL EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA : REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CASO PROPIO (ROTURA PARCIAL TENDON CUADRICIPITAL CON RETENSADO DEL MISMO).**

AUTORES: **Yrayzoz Fuentes, J. / Conde Albarracín, A. / Blanes Pérez, A. / Castaño Jaramillo, J. / Carrascal Aldana, G.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)**

with free hamstring autograft augmentation and tension relief in patients withpredisposing systemic Diseases)

- Si se tratara de una rotura parcial : Entendiendo como parcial la rotura del fascículo profundo y conservación del fascículo superficial del cuádriceps,se realizará un retensado del fascículo superficial con doble solapa con ascenso de la rótula (basándonos en un articulo publicado en The American Journal of Sports Medicine que versa sobre la reconstrucción del ligamento femoropatelar con el fascículo supercial del cuádriceps, planteamos la posibilidad de realizar un retensado con dicho fascículo)

(The American Journal of Sports Medicine Vol. 41, No. 5, 2013 MPFL Reconstruction: The Superficial Quad Technique)
Se optó por la segunda opción, ya que al realizar la artrotomia medial nos encontramos con un tendón cuadricipital elongado, en el cual se evidenciaba una continuidad en su superficie pero un tejido cicatricial en profundidad (Confirmando las sospechas de la rotura del plano profundo),por lo cual se planteo el retensado y ajuste del tracking femoropatelar. La sutura utilizada fue de PremiCron 5 (no reabsorbile).
En el postoperatorio se inmovilizó con una ortesis en extensión y fue dado de alta con revisión en dos semanas, con idea de comenzar una carga precoz y liberación progresiva de los grados de flexión.

(The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care Volume 71, Number 4, October 2011 Late repair of quadriceps tendon ruptures with free hamstring autograft augmentation and tension relief in patients with predisposing systemic Diseases)
Se revisó cada dos semanas para liberar progresivamente 30º de flexión permitiendo carga total desde la segunda semana.
Se retiró ortesis a las 8 semanas postintervencion.

Revisión postintervención de revisión (15 Mayo 2016) : KSS B/90/90

- Deambulación: sin ayudas
- Incidencias: Ninguna
- Control del dolor: Muy ocasional

Exploración:

- Herida quirurgica: Muy bien
- Signos de infeccion: Ninguno
- BA: 0.0.110
- Inestabilidad mediolateral: leve bostezo < 5º medial
- Inestabilidad AP: NO
- Derrame articular (Peloteo): No

Pruebas Complementarias:

- Rx : Rotula con indice Insall-Salvati ≅1

Tratamiento:

- Vida normal.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 209**

TÍTULO: **ROTURA CUADRICIPITAL EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA : REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CASO PROPIO (ROTURA PARCIAL TENDON CUADRICIPITAL CON RETENSADO DEL MISMO).**

AUTORES: **Yrayzoz Fuentes, J. / Conde Albarracín, A. / Blanes Pérez, A. / Castaño Jaramillo, J. / Carrascal Aldana, G.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)**

CONCLUSIONES:

La rotura del tendón cuadricipital en pacientes con PTR es una lesion poco frecuente pero grave, afectando al 0,1% de los protetizados de rodilla.
Más prevalente en edad avanzada (> 40 años) y ENFERMEDADES MEDICAS SUBYACENTES como Gota, diabetes o uso mantenido de esteroides en estos casos puede ser incluso bilateral)
En la exploración debe estar presente la famosa TRIADA de dolor agudo, incapacidad de extensión (marcando el límite en un déficit de 20º de extensión) y defecto suprarrotuliano.
Es necesaria la realización de pruebas complementarias, principalmente técnicas de imagen (Ecografía y Resonancia magnética nuclear) son las herramientas mas usadas.
Finalmente el tratamiento. En las lesiones incompletas el tratamiento suele ser conservador y en las lesiones completas se opta por un tratamiento quirúrgico precoz con suturas directas si es posible, técnicas de refuerzo (autólogas o sintéticas) si fracasan las cirugías previas .
El área de debate surge en torno a los sistemas de inmovilización. Se plantean dos escuelas, la inmovilización prolongada durante 6 semanas y la carga completa con liberación de ortesis a partir de la 2ª semana.
No obstante, lo resultados funcionales obtenidos son por lo general no satisfactorios.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 216**

TÍTULO: **MALIGNIZACIÓN DE FIBROMATOSIS PLANTAR A SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO COMPLEJO E INFRECUENTE.**

AUTORES: **Rodríguez Rodríguez, M. / Blanes Pérez, A. / Carrillo de Albornoz Soto, R.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

La fibromatosis plantar o enfermedad de Ledderhose se caracteriza por una proliferación de fibroblastos que invaden la fascia plantar, agrupados en forma de nódulos. Su tratamiento es conservador, reservándose la extirpación quirúrgica para casos muy sintomáticos. A pesar de tener carácter benigno, su patrón de crecimiento es agresivo y con tendencia a la recidiva. No se han descrito casos en la literatura de maliginzación a sarcoma de células claras.

OBJETIVOS:

Presentamos el caso inusual de malignización de fibromatosis plantar a sarcoma de células claras tratado mediante quimioterapia aislada de miembro que se complicó con síndrome compartimental requiriendo fasciotomía y posterior amputación. Revisamos las características y el manejo de ambas entidades y su mención en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 17 años diagnosticado a los 12 de fibromatosis plantar en pie izquierdo mediante RNM y biopsia. En tratamiento con Raloxifeno y seguimiento con RNM peródicas que no muestran cambios significativos hasta pasados 4 años, cuando se observa crecimiento de la lesión e invasión de musculatura, tendones y paquete vasculonervioso así como lesiones óseas que alcanzan tercio proximal de tibia, siendo estos hallazgos compatibles con transformación sarcomatosa de su fibromatosi. La biopsia confirma el diagnóstico de sarcoma de células claras. El estudio de extensión muestra metástasis pulmonares y adenopatías inguinales, por lo que se decide realizar resección de adenopatías y administración de quimioterapia intraarterial de miembro afecto con Melfalán + TNF. A las 48 horas de la perfusión el paciente presenta clínica de síndrome compartimental, con edema importante, compromiso sensitivo y motor y cifras de CPK de hasta 83.000, por lo que se realiza de forma urgente fasciotomía de compartimentos anteromedial y anterolateral de la pierna y lateral del muslo. Se realizan curas diarias con mala evolución de la herida anterolateral que lleva a practicar miectomía de tibial anterior y peroneos, y aislándose en cultivos P. aeruginosa y E. cloacae. Tras curas en quirófano durante 4 semanas, se consigue un lecho fibrótico y sangrante a pesar de la gran pérdida de sustancia; sin embargo, la posibilidad de cobertura mediante reconstrucción microquirúrgica es desestimada dadas la situación vascular, la evolución del proceso oncológico y las infecciones concomitantes, viéndonos abocados a optar por la amputación. 5 semanas tras la fasciotomía se realiza amputación transtibial.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El paciente evoluciona favorablemente tras la cirugía y es dado de alta a las 2 semanas con buen aspecto del muñón y buen control del dolor, aunque la flexión de rodilla está limitada a unos 10º. El pronóstico de su proceso oncológico es en cambio desalentador, con una esperanza de vida de 12-18 meses.
Debido a la edad del paciente y su rechazo expreso a la amputación se decidió intentar conservar el miembro mientras la situación sistémica lo permitiera. Sin embargo, la imposibilidad de reconstrucción de partes blandas nos llevó a declinar dicha decisión en favor de la amputación que, a pesar de no ser terapéutica dado el estado avanzado de su enfermedad, permitió disminuir los riesgos de infección y deterioro general así como la reincorporación del paciente a su domicilio y vida social y agilización de tratamientos necesarios para su enfermedad.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 216**

TÍTULO: **MALIGNIZACIÓN DE FIBROMATOSIS PLANTAR A SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO COMPLEJO E INFRECUENTE.**

AUTORES: **Rodríguez Rodríguez, M. / Blanes Pérez, A. / Carrillo de Albornoz Soto, R.**

CENTRO: **Hospital Uninversitario Virgen Macarena**

CONCLUSIONES:

La fibromatosis plantar es una enfermedad infrecuente, con una prevalencia del 0.23%. Hasta la fecha no hay artículos bibliográficos que demuestren su capacidad de transformación a sarcoma de células claras. Esta última entidad es una variante rara de sarcoma cuyo tratamiento de elección es la cirugía más o menos amplia en función de la localización y extensión del tumor. En nuestro caso, debido al estado avanzado de la enfermedad en el momento del diagnóstico, se optó por la quimioterapia aislada de miembro para control local de la enfermedad. Tras este procedimiento, hasta un 19% de los pacientes terminan siendo amputados debido a complicaciones.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 225**

TÍTULO: **DESCOLONIZACIÓN DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA Y CADERA.**

AUTORES: **Passini Sánchez, J. / López Camacho, A. / Farfán Gil, J.J. / Acosta,F. / Muñoz Muñoz, C.**

CENTRO: **Hospital de Antequera, Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La infección de una prótesis articular es una entidad muy grave con importantes repercusiones negativas sobre el paciente. La colonización en fosas nasales por el Staphylococcus aureus alcanza el 30% en población sana, y hasta un 45% en pacientes hospitalizados. Múltiples trabajos relacionan su hallazgo en esta localización con una mayor incidencia de infección postoperatoria, así como el incremento de su prevalencia y fenómenos de resistencia.

OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia de S. aureus en fosas nasales en pacientes con indicación de artroplastia total de cadera y rodilla, y su posible asociación con otras variables clínicas. Analizar la efectividad de un protocolo de descolonización preoperatorio, y su impacto en la incidencia de infección en artroplastia de rodilla y cadera.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio en el que se incluyen todos los pacientes programados para una artroplastia total de rodilla o cadera primaria o de revisión. Se evalúa el impacto y la efectividad de un estudio de detección y descolonización nasal de S. aureus previo a la intervención, de acuerdo con los resultados del antibiograma (Mupirocina nasal, o ácido fusídico en caso de resistencias, 2 veces al día y lavados diarios con clorhexidina jabonosa durante 5 días). Los pacientes en quienes no fue efectiva la descolonización, recibieron un segundo ciclo de tratamiento postoperatorio. Los resultados se comparan con una cohorte histórica no tratada.

RESULTADOS:

Se identificaron test de colonización positivos para Staphylococcus aureus sensible en el 23,07% de los casos, y un 3.84% para Staphylococcus aureus resistente. En el control preoperatorio en pacientes a quienes se administró el protocolo de erradicación se confirmó una ausencia de colonias nasales en el 85% de los casos. El número de casos de infección postoperatoria por este germen fue significativamente menor que en la cohorte retrospectiva.

CONCLUSIONES:

Los resultados indican que el protocolo de descolonización nasal utilizado en este estudio fue efectivo para el control de Staphylococcus aureus sensible y resistente, así como en la disminución de incidencia de infección postoperatoria por este germen.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 226**

TÍTULO: **UTILIDAD DE INDICADORES BASADOS EN MEDICACIÓN COMO PREDICTORES DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA.**

AUTORES: **Passini Sánchez, J. / Farfán Gil, J.J.**

CENTRO: **Hospital de Antequera, Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La comorbilidad y el tiempo de estancia hospitalaria (TEH), asociados o como variables independientes, son factores determinantes del elevado coste sanitario de la artroplastia total de rodilla. Existen principalmente dos tipos de indicadores que evalúan la comorbilidad: 1. los indicadores basados en diagnósticos como el Charlson Comorbidity Índex (CCI) y el American Society of Anesthetics (ASA) score, que quizá es el más usado en nuestro medio, y 2. los indicadores basados en la medicación como el Medication Bases Índex Chroic Disease Score (CDS), o el aún más simple Conteo Numérico de Medicamentos (CNM), de relativamente reciente utilización en artroplastia. Revisiones sistemáticas recientes han demostrado que, aunque los primeros predicen de mejor la mortalidad, estos últimos son una mejor medida predictora de utilización de cuidados de salud y estancia hospitalaria.

OBJETIVOS:

Determinar si los indicadores basados en medicación CDS y CNM tienen un mayor valor como predictores del tiempo de estancia hospitalaria (TEH) que los indicadores basados en diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio de cohorte retrospectivo en el que se incluyeron 300 pacientes intervenidos de una Artroplastia Total de Rodilla (ATR) entre 2010 y 2015. Para cada uno de ellos se recogieron datos demográficos, datos de comorbilidad (ASA score), y medicación prescrita (CDS y CNM). Se utilizó un modelo de regresión binomial para comparar el valor predictivo de los indicadores basados en diagnósticos y de los indicadores basados en medicación.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se incluyeron un total de 300 pacientes en el estudio. El CNM demostró ser predictor estadísticamente significativo del tiempo de estancia hospitalaria con un incremento porcentual de la misma con cada medicamento. El ASA score y el CDS no tuvieron una relación estadísticamente significativa con la estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES:

El indicador basado en medicación CNM es un mejor predictor de la estancia hospitalaria que el CDS y el ASA Score. Este hecho podría tener gran relevancia clínica debido a su superioridad en este ámbito comparado con los índices basados en diagnóstico y a su más fácil aplicabilidad.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 240**

TÍTULO: **¿DEBEMOS FIJAR CON TORNILLOS LA OSTEOTOMÍA DE WEIL?.**

AUTORES: **Jiménez Adán, O. / Mesa Rivero, M.E. / Benabdeljalil, Y. / Vivas Pastor, A. / Mayorga Bolivar, Y.G.**

CENTRO: **Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla**

INTRODUCCIÓN:

La osteotomía de Weil como tratamiento de la metatarsalgia mecánica, es una solución usada habitualmente en la que se acorta el radio afectado. Puede fijarse con osteosíntesis con tornillos o dejarla sin fijación, simplemente con la estabilidad que aporta la oblicuidad de la osteotomía.

OBJETIVOS:

Comparar el resultado clínico y radiológico, así como evaluar la aparición de posibles complicaciones postquirúrgicas entre la osteotomía de Weil abierta fijada con tornillos y sin fijación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo realizado a 81 pacientes intervenidos quirúrgicamente por metatarsalgia mediante osteotomía de Weil entre 2012 y 2014 en el servicio de COT del Hospital de Valme. En 19 pacientes se realizó fijación interna de la osteotomía mediante un tornillo cefálico, obteniendo 27 osteotomías con fijación. En 62 pacientes se realizó osteotomía sin fijación de la cabeza de los metatarsianos, obteniendo un total de 96 osteotomías sin fijación. Se midió radiológicamente el acortamiento de cada metatarsiano tras la intervención y se les pasó a los pacientes un cuestionario que incluía la escala de medición AOFAS de metatarsalgia.

RESULTADOS:

Los pacientes fueron evaluados mediante la escala AOFAS para medición de metatarsalgia donde de 100 puntos, se le atribuyen 40 al dolor, 45 a la función y 15 al alineamiento metatarsal, considerando el resultado como bueno si la suma es mayor de 75 puntos. La complicación más frecuente en el grupo con fijación ha sido la metatarsalgia por transferencia, mientras que en el grupo sin fijación ha sido la recidiva.

CONCLUSIONES:

El resultado radiológico es discretamente diferente en ambos grupos, ya que el acortamiento metatarsal es mayor y se mantiene más estable en los pacientes tratados con fijación. Clínicamente los pacientes mejoran de forma similar en el postoperatorio temprano, diferenciándose fundamentalmente en el tipo de complicaciones desarrolladas a medio-largo plazo. En el grupo con fijación las complicaciones más frecuentes son la metatarsalgia por transferencia y la molestia generada por el material de osteosíntesis, mientras que en el grupo sin fijación la recidiva es mayor pero, evita la obligación de reintervención. Aun así, las diferencias son escasas y la medición de resultados clínicos no evidencia diferencia significativa para elegir una técnica u otra.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 245**

TÍTULO: **ACORTAMIENTO GEMELAR COMO CAUSA DE FASCITIS PLANTAR.**

AUTORES: **Prados Olleta, N. / Sánchez Aguilera, A.J. / Quirante García, S. / Contreras Anguita, F.J. / Muñoz Aguilarte, V.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

La fascitis plantar es el motivo de consulta por talalgia más frecuente. El acortamiento de la musculatura gemelar se postula en los últimos años como una de sus causas principales, lo que tendría implicaciones terapéuticas.

OBJETIVOS:

Medir la flexión dorsal de tobillo en un grupo de pacientes y otro de controles para valorar si existe un acortamiento gemelar, que pueda ser factor causante de la fascitis.

MÉTODOS:

Se realiza un estudio de casos y controles. Se registra en ambos grupos la edad, el sexo y el índice de masa corporal (IMC). Se realiza la valoración de la movilidad articular del tobillo mediante la medición de flexión plantar y dorsal activa y pasiva en descarga con rodilla en flexión y extensión y la flexión dorsal en carga con rodilla en flexión y extensión (figura 1). Se realiza estudio estadístico descriptivo y se comparan los datos de ambos grupos (figura 2).

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se aprecia una mayor frecuencia de fascitis plantar en mujeres (60%). El IMC es más elevado en el grupo Pacientes. El grupo Pacientes presenta una flexión dorsal activa de tobillo, con rodilla extendida, significativamente inferior a la del grupo control (P=0,013). Las mediciones en este grupo con rodilla extendida son significativamente inferiores a las realizadas con rodilla flexionada (P=0,000), pudiéndose atribuir a acortamiento gemelar. No existen diferencias en el grupo control. La frecuencia de gastrocnemios cortos es mayor en el grupo Pacientes (P=0,010) cuando el criterio para flexión dorsal limitada se establece en menor a 0º (partiendo de 90º). No existen diferencias para el corte en 10º.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con fascitis plantar presentan menor flexión dorsal de tobillo con rodilla extendida, que se incrementa con flexión de la misma, lo que nos indica un acortamiento gemelar, factor que favorecerá la aparición de fascitis plantar, aunque deben existir otros.

COMUNICACIÓN **ORAL 253**

TÍTULO: **MANEJO DEL PIE ZAMBO IDIOPÁTICO EN NIÑOS MAYORES DE TRES MESES MEDIANTE EL MÉTODO PONSETI.**

AUTORES: **Martínez Ortega, M. / Abad Lara, J.A. / Bravo Aguilera, C.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba**

INTRODUCCIÓN:

El método Ponseti es una excelente técnica en el manejo del pie zambo en niños recién nacidos, aceptándose como tratamiento de elección en estos casos. Sin embargo su utilización en el niño mayor cuando ha fracasado el tratamiento conservador aún es controvertida.

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es evaluar los resultados del método Ponseti en el niño mayor con pie zambo tras el fracaso del tratamiento ortopédico.

MÉTODOS:

Se realiza un estudio retrospectivo de los pies zambos en niños mayores de 3 meses tratados en nuestro centro desde 2008 hasta 2015, utilizando el método Ponseti.

RESULTADOS:

El número de pies tratados fue de 17, siendo todos ellos mayores de 3 meses de edad, ya que habían sido valorados inicialmente en otros centros. Más del 80% necesitó tenotomía percutánea, pero ninguno necesitó cirugía articular con liberación posteromedial.

CONCLUSIONES:

El manejo del pie zambo mediante la utilización del método Ponseti en niños mayores obtiene excelentes resultados superponibles al manejo en el recién nacido. Es fiable, reproducible y poco invasivo, evitando en prácticamente todos los casos la cirugía articular. Debe ser considerado como tratamiento de elección cuando se presenta el fracaso del tratamiento ortopédico.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 257**

TÍTULO: **OSTEOBLASTOMA DE RAQUIS.**

AUTORES: **Serrano Escalante, F.J. / Lopez Puerta González, J.M. / Hernandez Benneit, J.M. / Hidalgo Pérez, M. / Santos Rodas, A.**

CENTRO: **Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

Los tumores primarios de la columna vertebral son lesiones raras, menos frecuentes que las metástasis, mieloma múltiple y linfomas. Las lesiones osteoblásticas benignas pueden dividirse en Osteoma Osteoide (OO) y Osteoblastoma (OB). El OB es un tumor benigno formador de hueso que representa menos de un 1% de los tumores óseos. Su diferencia fundamental está basada en su comportamiento biológico. Son procesos patológicos similares con un amplio rango de manifestaciones clínicas. Los OB tienen un mayor tamaño, con potencial de crecimiento, capacidad de invasión de canal y de malignización. En 1984, Dorfman y Weiss definieron el Osteoblastoma Agresivo como un tumor osteoblástico borderline con alta tasa de recurrencia y capacidad de malignización. En 1975, Marsh publicó una serie con un 41% de OB con localización en raquis. De ellos, la columna toracolumbar (70%) es la localización más frecuente, seguida del raquis cervical (25%). En ambos casos, hay mayor afectación de elementos posteriores, con mayor incidencia de pedículo y lámina. El 17% de los OB se localizan en el sacro. Cuando afectan a huesos largos suelen tener una localización diafisaria. Otras localizaciones habituales son manos, muñeca, pies y tobillo, cráneo, hueso faciales, costillas, y esternón, clavicula, escápula, rótula y pelvis. El OO tiende a expandirse intraóseo y el OB al espacio pariespinal y epidural. El nidus del OO suele ser menor a 1 cm y el del OB mayor de 1 cm (59% >2,5 cm).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han revisado los pacientes con diagnóstico de osteoblastoma, biopsiados en nuestro centro en el periodo de 2011-2016. Se ha obtenido una serie de 9 pacientes, tres de los cuales presentaron OB en raquis. Se analizaron variables demográficas así como tipo de tratamiento empleado, tipo histológico, localización y tamaño de la lesión, tratamiento previo, tiempo hasta el diagnóstico, recidiva local y complicaciones del tratamiento empleado, así como sintomatología predominante.

RESULTADOS:

7 de los pacientes fueron varones y dos mujeres. La edad media de los pacientes fue de 22,7 años. La localización más frecuente fue la metáfisis proximal de tibia (2 casos). Seguidos de metáfisis tibial distal, metáfisis femoral proximal, radio distal y húmero proximal con un caso. En el raquis se diagnosticaron 3 casos a nivel de la lámina de L4, sacro y lámina de C5. El tamaño medio de las lesiones fue de 2,05 cm (0,7-3,6 cm). La OB de raquis presentaron un tamaño medio de 1,1 cm. El síntoma principal y presente en todos los casos fue el dolor localizado a nivel de la lesión. A nivel raquídeo se asoció a cervicobraquialgia izquierda en el caso del OB C5, ciatalgia derecha en el caso del OB L4. Los pacientes con OB sacro y lumbar asociaron escoliosis lumbar antiálgica. En ambos casos se apreciaron alteraciones significativas de la marcha con flexo de rodilla y cadera. El OB sacro se asoció a hiperreflexia de MMII, retracción de isquiotibiales y giba dorsal significativa que requirió valoración por servicio de Neuropediatría. El OB cervical no se asoció a torticolis ni escoliosis. En todos los casos se realizó un tratamiento previo con AINEs. El OB lumbar requirió tratamiento con mórficos, y fue tratado con radiofrecuencia(RF) lumbar ante la sospecha diagnóstica inicial de OO. Esta técnica también se empleó en el tratamiento inicial de un caso localizado en metáfisis tibial distal. El paciente con OB en húmero proximal fue tratado previamente mediante cirugía artroscópica de hombro por lesiones tipo SLAP. Los pacientes con OB lumbar y sacro recibieron terapia intensiva por parte del servicio de Rehabilitación para conseguir la reeducación de la marcha, y tratamiento de cineseterapia y toxina botulínica para corrección de flexo de rodilla y cadera. Desde el punto de vista histológico, sólo el OB lumbar fue considerado como OB agresivo o epitelioide. El resto de los casos

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 257**

TÍTULO: **OSTEOBLASTOMA DE RAQUIS.**

AUTORES: **Serrano Escalante, F.J. / Lopez Puerta González, J.M. / Hernandez Benneit, J.M. / Hidalgo Pérez, M. / Santos Rodas, A.**

CENTRO: **Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)**

fueron considerados OB histológicamente convencionales. El tiempo medio de los síntomas hasta alcanzar el diagnóstico de OB fue de 16 meses. En el caso de las lesiones en raquis este periodo fue inferior (11 meses). El legrado y fresado a alta velocidad con relleno óseo (aloinjerto) fue el tratamiento de elección en los OB localizados en fémur, tibia y radio distal. El OB femoral requirió osteosíntesis con clavo trocantérico. En el húmero proximal se realizó una biopsia escisional de la lesión. El OB de L4 fue tratado inicialmente mediante RF, y ante la persistencia de los síntomas se procedió a la realización de una laminectomía derecha de L4 y foraminotomía L4-L5 derecha para tratar la clínica radicular. Se obtuvieron muestras óseas que confirmaron el diagnóstico osteoblastoma, y descartaron la sospecha inicial de OO. A nivel cervical se realizó una exéresis subtotal de la lesión por parte del servicio de Neurocirugía. El tiempo medio de seguimiento de los pacientes es de 20 meses (6 meses-4 años). 4 casos presentaron una recidiva local de la lesión, dos de los cuales fueron tratados con un nuevo legrado y relleno óseo. Una paciente con OB de tibia proximal presentó una recidiva local con lesión cortical posterior en tibia, que fue resecada. A pesar de ello persiste clínica de dolor en cara posterior de rodilla y está pendiente de nueva intervención quirúrgica. El OB lumbar presentó recidiva local/ resección incompleta en las pruebas de imágenes realizadas tras la laminectomia derecha de L4. Se procedió a la resección en bloque del hemicuerpo derecho y elementos posteriores con fusión L3-L5 y aloinjerto estructural intersomático. Este paciente presentó un cuadro radicular agudo derecho que requirió tratamiento por parte de clínica del dolor. Resolución parcial de la escoliosis antiálgica con curva dorsolumbar menor a 10º (25º previo a cirugía). Reeducación de la marcha con mejoría del flexo de rodilla y cadera. Actualmente sin signos de nueva recidiva. La paciente del OB sacro fue intervenida mediante la realización de laminectomía de resección de S1-S2, sin signos de recidiva local en controles radiológicos posteriores. En fase de corrección de trastornos de la marcha y flexo de rodilla y cadera por parte de rehabilitación. Pendiente de la evolución de la escoliosis lumbar antiálgica asociada, ya que se seguimiento es escaso (4 meses desde la cirugía). El paciente con OB femoral intervenido y fijado con clavo trocantérico refiere dolor en muslo por posible movilización asépticas del implante, sin signos de recidiva. El paciente con OB C5 presenta cervicalgia residual sin signos de recidiva local ni clínica radicular.

DISCUSIÓN:

La edad más frecuente de aparición es la 2º década de la vida. Durante la adolescencia y edad adulta joven. Existe un predominio del sexo masculino variable según las series (2:1). Este predominio es mayor en nuestra serie. La duración media de los síntomas antes del diagnóstico es de 20 meses, similar al detectado en nuestra casuística. La presentación clínica tan común de estas entidades es lo que favorece el retraso diagnóstico. La presentación clínica más frecuente de los OO/OB (80-100%) que asientan en la columna vertebral esa el dolor dorsolumbar o cervical, generalmente localizado en la zona donde asienta el tumor, ocasionalmente radicular (en especial el OB). El dolor está en relación con actividad física y es de intensidad muy variable. Suele ser continuo, con empeoramiento nocturno que llega a despertar al paciente y que responde típicamente a salicilatos y AINEs. El dolor del OB no es tan intenso como el del OO, ni responde tanto a AAS. La marcha puede estar alterada por el dolor. Las lesiones a nivel lumbar pueden simular los síntomas de una hernia de disco y son frecuentemente tratados como lesiones discales. La localización espinal de los OO/OB se relaciona con afectación neurológica y escoliosis. Los déficits neurológicos son más frecuentes en los pacientes con OB (25-70% de los OB; 0-30% OO). Existe una fuerte asociación entre OB y alteraciones neurológicas debido a su tendencia a la extensión a tejidos blandos adyacentes, pudiendo provocar estenosis foraminales y compresión epidural. La incidencia de invasión epidural del OB es del 49-56%. La mayor parte de los pacientes con lesiones cervicales tienen torticolis dolorosas con reducción del rango de movilidad cervical, en lugar de escoliosis. En nuestra serie, 2 casos (OB lumbar y cervical) de localización raquídea

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 257**

TÍTULO: **OSTEOBLASTOMA DE RAQUIS.**

AUTORES: **Serrano Escalante, F.J. / Lopez Puerta González, J.M. / Hernandez Benneit, J.M. / Hidalgo Pérez, M. / Santos Rodas, A.**

CENTRO: **Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)**

DISCUSIÓN:

presentaron clínica radicular concomitante. El OB lumbar y sacro presentaron alteraciones de la marcha significativas con flexo de rodilla y caderas. El OB cervical no se asoció a torticolis. Las escoliosis producidas por dolor son poco frecuentes. Pueden aparecer en respuesta a una lesión ósea situada de forma unilateral en la columna o parte posterior de la costilla. Según Metha, el resultado de la escoliosis tras la interrupción del estímulo doloroso depende de 2 factores fundamentales: la duración del dolor y la edad del paciente. La duración del estímulo doloroso que genera espasmo muscular es el factor más importante a la hora de valorar la progresión o regresión de la escoliosis. La edad del paciente es un factor de la misma importancia El 40% de los OB se localizan en el raquis y más de la mitad se asocian a escoliosis. Los OB se localizan alrededor del ápex de la curva en el lado cóncavo. El 86% de los pacientes presentan lesiones en columna lumbar o torácica.El ápex de la curva mayor se localiza entre los niveles vertebrales del tumor. Ransford al igual que Metha considera que los pacientes que debutan durante la fase de madurez esquelética se resolverán completamente tras la cirugía. En el niño en crecimiento , los factores que influyen en la resolución de la escoliosis tras la cirugía son:

1) La edad del comienzo de los síntomas.
2) La duración de los síntomas.
3) La severidad de la escoliosis en el momento de la cirugía.
4) El tiempo hasta alcanzar la madurez esquelética.

Si el diagnóstico se retrasa a partir de un punto crítico, la cirugía no conseguirá la resolución espontánea de la escoliosis. Si el tratamiento se retrasa a la madurez esquelética, se pierde la oportunidad de conseguir una regresión espontánea de la escoliosis. La edad de los OB raquídeos asociados a escoliosis en nuestra seria fue de 14,5 años, por lo que se espera una resolución parcial de la escoliosis dorsolumbar y lumbar establecidas. El OB lumbar pasó de un ángulo de Cobb de 25º a 10º. Filippi describe la histología clásica del OB. Se trata de un nidus bien circunscrito compuesto por un conglomerado de trabéculas óseas envuelto por un estroma fibrovascular. Su histología es similar a la del OO. La diferenciación entre OB y osteosarcoma puede ser difícil, lo que ha llevado a la adopción de términos como OB epitelioide, OB agresivo o osteosarcoma osteoblastoma-like. La histología del OB epitelioide es similar a la del OB agresivo o maligno, incluyendo la presencia de osteoblastos epitelioides y una matriz ósea peculiar llamada “blue bone”. Se trata de lesiones localmente agresivas cuya histología puede predecir el comportamiento biológico del tumor. Desde el punto de vista clínico, Yin establece a su vez diferencias entre el OBC y el OBA. El OBA se asocia a menos dolor , pero a mayor deformidad espinal y alteraciones neurológicas, menor duración de los síntomas, mayor tamaño y mayor extensión periférica. El curso clínico de dolor intenso es más común en el OBC. El dolor nocturno de elevada intensidad sólo ocurre en los OBC. Sólo se describió como OB agresivo un caso en nuestra serie (OB lumbar). El tratamiento de elección del OB es la resección completa de la lesión. En el OB convencional (st.2 de Ennekin), en tratamiento recomendado es el legrado radical de la lesión seguido del manejo apropiado del defecto óseo estructural resultante. El empleo de fresas de alta velocidad permite eliminar los restos microscópicos del tumor. La tasa de recidiva local de la lesión es del 24% tras curetage y relleno óseo. Estas recidivas suelen aparecer tarde (meses o años) tras la primera cirugía por lo que se recomienda un seguimiento a largo plazo. Los OB agresivos (st. 3 Ennekin) deben ser tratados mediante resección amplia de la lesión para asegurar su completa exéresis. Weber recomieda el empleo de RF guiada por TAC en el tratamiento del OB y de los OO espinales con resultados similares a la cirugía abierta. En nuestra serie se empleó la RF guiada por TAC en el OB lumbar y en un caso de Tibia Distal sin éxito. El empleo de embolización 24 horas antes de la cirugía permite reducir el sangrado intraoperatorio en la cirugía de resección tumoral así como las necesidades de transfusión postoperatorias. La reconstrucción ósea posterior a la resección tumoral debe estar perfectamente planificada. A nivel raquídeo, el empleo de instrumentación posterior asociada a aloinjertos estructurales puede ser necesario para estabilizar el raquis tras la cirugía de revisión. El empleo de técnicas de osteosíntesis con fijación interna de los defectos óseos pueden ser necesarias en el tratamiento de OB en huesos largos.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 257**

TÍTULO: **OSTEOBLASTOMA DE RAQUIS.**

AUTORES: **Serrano Escalante, F.J. / Lopez Puerta González, J.M. / Hernandez Benneit, J.M. / Hidalgo Pérez, M. / Santos Rodas, A.**

CENTRO: **Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)**

resultante. El empleo de fresas de alta velocidad permite eliminar los restos microscópicos del tumor. La tasa de recidiva local de la lesión es del 24% tras curetage y relleno óseo. Estas recidivas suelen aparecer tarde (meses o años) tras la primera cirugía por lo que se recomienda un seguimiento a largo plazo. Los OB agresivos (st. 3 Ennekin) deben ser tratados mediante resección amplia de la lesión para asegurar su completa exéresis. Weber recomieda el empleo de RF guiada por TAC en el tratamiento del OB y de los OO espinales con resultados similares a la cirugía abierta. En nuestra serie se empleó la RF guiada por TAC en el OB lumbar y en un caso de Tibia Distal sin éxito. El empleo de embolización 24 horas antes de la cirugía permite reducir el sangrado intraoperatorio en la cirugía de resección tumoral así como las necesidades de transfusión postoperatorias. La reconstrucción ósea posterior a la resección tumoral debe estar perfectamente planificada. A nivel raquídeo, el empleo de instrumentación posterior asociada a aloinjertos estructurales puede ser necesario para estabilizar el raquis tras la cirugía de revisión. El empleo de técnicas de osteosíntesis con fijación interna de los defectos óseos pueden ser necesarias en el tratamiento de OB en huesos largos. Independientemente del método de resección empleado, los márgenes quirúrgicos deben quedar libres de tumor si se espera la curación completa. Yin considera que la indicación de RT en estos pacientes está aún en discusión. Algunos autores consideran que no es efectiva en el tratamiento del OB del raquis, otros la recomiendan como tratamiento adyuvante cuando la resección completa no es posible. En nuestra serie no se empleó RT adyuvante en ningún caso.

CONCLUSIONES:

Los OB en raquis son lesiones benignas, localmente agresivas que tienden a producir síntomas neurológicos, deformidad (escoliosis antiálgica) y trastornos de la marcha. Su diagnóstico es difícil, lo que ocasiona importantes retrasos en el tratamiento. Se recomienda su resección en bloque con amplios márgenes de seguridad cuando sea posible, en función de la morbimortalidad resultante . El empleo de técnicas de fusión vertebral puede ser necesaria si se afecta la integridad estructural del raquis intervenido.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 260**

TÍTULO: **RESULTADOS DE LAS FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS DE CODO PEDIÁTRICO EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CIRUJANO.**

AUTORES: **López Pulido, M.J. / Ruiz Sanz, J. / Abad Lara, J.A. / Del Fresno Molina, J.A. / Martínez Ortega, M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas supracondíleas de codo pediátrico son las fracturas con indicación quirúrgica más frecuente. Estas fracturas pueden ser tratadas tanto por traumatólogos de adultos como por traumatólogos infantiles.

OBJETIVOS:

Valorar los resultados clínicos y radiológicos de los pacientes con fracturas supracondíleas de codo tratados por traumatólogos de adultos (TA) y compararlos con los tratados por traumatólogos infantiles (TI).

MÉTODOS:

Revisión retrospectiva de pacientes con fracturas supracondíleas de codo tratados en nuestro centro entre los años 2011-2016, con un seguimiento mínimo de 3 meses. Se han evaluado las siguientes variables: datos demográficos, tipo de fractura, tipo de desplazamiento, lesiones neurovasculares, tiempo hasta cirugía, tiempo quirúrgico, calidad de la reducción obtenida, calidad de la osteosíntesis, pérdida de reducción, complicaciones, necesidad de reintervención y resultado funcional de Flynn.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se evaluaron un total de 94 pacientes (64 niños y 30 niñas) con una edad media de 6,07 años (2-12) y un seguimiento medio de 7,09 meses. Un total de 39 pacientes fueron tratados por traumatólogos de adultos y 55 por traumatólogos infantiles. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad, sexo, peso, tipo de fractura, desplazamiento ni lesiones neurovasculares entre ambos grupos. La tasa de mala reducción fue mayor en el grupo TA (31,5% vs 11,1%, $p < 0,05$). La tasa de osteosíntesis deficiente fue mayor en el grupo TA (47,3% vs 14,8%, $p < 0,05$). La tasa de reducción abierta fue ligeramente superior en el grupo TA (21,1% vs 16.3%, $p > 0,05$). La tasa de reintervención fue menor en grupo TI (1,8% vs 15,7%, $p< 0,05$). Los resultados funcionales de Flynn fueron mejores en el grupo TI ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES:

En nuestra serie se han observado mejores resultados cuando la fractura supracondílea ha sido tratada por un traumatólogo infantil. Factores como la curva de aprendizaje y la experiencia del cirujano deben tenerse en cuenta.

COMUNICACIÓN **ORAL 282**

TÍTULO: **CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN FRACTURAS DE HUMERO CON PLACA PHILOS HELICOIDAL LARGA.**

AUTORES: **Gutiérrez Castro, J. / Cañada Oya, H. Zarzuela Jimenez, C.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario, Jaén**

INTRODUCCIÓN:

La técnica Mipo humeral está cada vez más extendida aunque son todavía pocos los cirujanos que la manejan. La osteosíntesis biológica y las mínimas incisiones que precisa esta técnica favorecen una consolidación precoz y una recuperación más rápida de los enfermos. Fracturas muy proximales que afectan a las tuberosidades, la lesión aunque controlada del manguito rotador y las fracturas oblícuas largas con grandes fragmentos en mariposa, en las que con el enclavado intramedular la reducción puede no ser todo lo satisfactoria que se desea, hacen que este tipo de osteosíntesis sea una opción quirúrgica, cuando se domina, alternativa al enclavado intramedular. La cirugía abierta y síntesis con placa, es el gold standard a día de hoy, pero nosotros pensamos que la técnica mipo, la osteosíntesis biológica, cuando se domina, ofrece una recuperación mas precoz, menor lesión de partes blandas y una consolidación de la fractura mucho mas temprana.

MÉTODOS:

Presentamos una serie de casos que incluye desde fracturas diafisarias puras de húmero hasta fracturas complejas epifiso-metafiso-diafisarias complejas sintetizadas mediante esta técnica. La utilización de fijadores externos tipo manos libres fue fundamental para conseguir una correcta alineación de las fracturas en la mayoría de los casos. En las fracturas epifiso-metafisodiafisarias- diafisarias se usó una placa philos moldeada para aplicarla a la zona distal humeral anterior para evitar la lesión del nervio más frecuentemente afectado en este tipo de osteosíntesis, el radial. No reportamos ningún caso de parálisis radial postoperatoria, si bien presentamos un caso en el que se desconocía si la había por el estado de insconciencia del enfermo, y que al extubarlo sí la presentaba aunque en la actualidad está recuperada.

EVOLUCIÓN:

Todos los casos consolidaron en un tiempo inferior a 30 días. La rehabilitación precoz, instaurada a los pocos días de la cirugía han hecho que la recuperación del balance articular tanto del hombro como del codo haya sido muy satisfactoria.

DISCUSIÓN:

El tratamiento conservador de este tipo de fracturas ha sido clásicamente el tratamiento más ampliamente difundido, pero en las mayoría de los casos se hace muy penoso para los enfermos y no está exento de múltiples complicaciones como la rigidez, malaalineación, seudoartrosis etc. La menor agresión a las partes blandas, la posibilidad de manejar fracturas complejas con distintas técnicas combinadas y la no lesión del manguito de los rotadores, hacen que esta técnica, manejada de forma cautelosa sea una opción válida para el tratamiento de las fracturas de húmero.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 296**

TÍTULO: **TRATAMIENTO DE ROTURAS CRÓNICAS DE AQUÍLES MEDIANTE TRANSFERENCIA ARTROSCÓPICA DEL FLEXOR HALLUCIS LONGUS.**

AUTORES: **Montero Pariente M.A. / Contreras Rubio, J.R. / Barrionuevo Sánchez, F.L. / Rial Valverde, L. / Berlanga Porras, A.**

CENTRO: **Hospital San Juan De Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla**

INTRODUCCIÓN:

Los términos rotura tardía o crónica se han utilizado para describir un retraso en el tratamiento o el diagnóstico antes del tratamiento. En la literatura no se indica un número específico de semanas que debe transcurrir antes de considerar un rotura crónica, pero más de 4-6 semanas es el más frecuentemente citado. El tratamiento conservador con AFO articulada, tiene indicaciones limitadas: para pacientes con alta comorbilidad o con vida cama-sillón; ya que no consigue reestablecer ni la longitud ni la fuerza ni la función Aquílea

OBJETIVOS:

Este tipo de roturas crónicas son poco frecuentes. Sin embargo, presentan un grave problema durante la reparación quirúrgica, ya sea porque presentan un GAP y / o una extensa formación de cicatrices en el lugar de la rotura. Si además sumamos que la principal complicación del tratamiento quirúrgico ha sido la alta tasa de complicaciones de la herida, la opción terapéutica de la transferencia artroscópica del FHL solucionaría ambos: el defecto tendinoso local y la tasa de complicaciones de la herida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En los casos con rotura crónica de Aquíles es necesaria la reconstrucción de manera quirúrgica. Sin embargo, no existe ninguna técnica quirúrgica uniformemente aceptada ni se ha encontrado en la literatura ningún estudio aleatorio para comparar las técnicas entre sí. Aunque las primeras roturas han sido tratadas con Turn-down flaps o Plastia V-Y, muchos autores han empleado con éxito procedimientos de trasferencia de diversos tendones (FHL, FDL, Peroneus Brevis) El Flexor Hallucis Longus (FHL) es un flexor plantar, dos veces más fuerte que el FDL, y su eje contráctil es el que más se aproxima al del tendón de Aquiles. Así, la transferencia del FHL mantiene el equilibrio normal de los músculos del tobillo, a diferencia de la transferencia de otros tendones, tal como el Peroneus Brevis. A penas se emplea la técnica abierta ya que requiere dos incisiones grandes (una para exponer la rotura y otra para extraer el FHL) por lo que conlleva mayor morbilidad y complicaciones de partes blandas; y no mejora resutados postoperatorios ni reduce la tasa de re-roturas.

RESULTADOS:

Para realizar la transferencia artroscópica de FHL, el paciente se coloca en decúbito prono y con el pie por fuera de la mesa quirúrgica. Se suelen emplear los dos portales posteriores de Van Dijk, a ambos lados del tendón y a unos 2 cm proximales de la inserción tendinosa distal. El artroscopio se introduce a través del portal lateral hacia la dirección del primer espacio hasta localizar la parte posterior de la articulación subtalar y mediante el abordaje medial se inserta el material de trabajo Se crea un espacio de trabajo en la cara posterior del astrágalo y se extiende hacia atrás en la parte dorsal del calcáneo hasta la inserción de Aquiles, preparandose así el punto de inserción en el calcáneo para la transferencia A continuaciòn,se identifica el FHL, anterior y medialmente al proceso posterior, y el ayudante lo verifica con la flexión dorsal y plantar del 1º radio. Debe ser liberado proximalmente y se pasa una sutura alrededor de la parte medial del tendón para aplicar la tensión. El tendón es seguido distalmente en su canal. Se introduce una aguja medialmente y se visualiza en el canal. Se corta el tendón de FHL siguiendo a la aguja bajo control artroscópico. A través del portal medial, se crea un túnel vertical en la tuberosidad posterior del calcáneo. Artroscópicamente, el tendón de la FHL pasa a través del canal y se fija con

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 296**

TÍTULO: **TRATAMIENTO DE ROTURAS CRÓNICAS DE AQUÍLES MEDIANTE TRANSFERENCIA ARTROSCÓPICA DEL FLEXOR HALLUCIS LONGUS.**

AUTORES: **Montero Pariente M.A. / Contreras Rubio, J.R. / Barrionuevo Sánchez, F.L. / Rial Valverde, L. / Berlanga Porras, A.**

CENTRO: **Hospital San Juan De Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla**

un tornillo interferencial bajo tensión (con una flexión plantar del tobillo de unos 20º). Después de la operación, mantenemos el tobillo con una AFO en equino y en descarga durante 4 semanas. Posteriormente, los pacientes se les permite caminar con ortesis neutra durante tres meses, seguido de calzado normal.

CONCLUSIONES:

En nuestra experiencia, pacientes en los que hay un retraso de más de 6 semanas en el tratamiento o el diagnóstico antes del tratamiento, les ofrecemos tratamiento quirúrgico. Mediante endoscopia puede tratarse de manera efectiva la rotura crónica del tendón de Aquiles. Así, presenta menor morbilidad que la cirugía abierta, lo que permite una rehabilitación precoz y, por consiguiente, el acortamiento del tiempo de inmovilización y de recuperación del paciente. Los abordajes artroscópicos se combinan con una tasa menor de complicaciones de la herida y los problemas de cicatrización de esta zona. Así, las típicas complicaciones que se relacionan con el procedimiento abierto, podrían evitarse. Según diferentes estudios, los cirujanos que están familiarizados con la cirugía artroscópica prefieren la técnica endoscópica en lugar de la cirugía abierta. Así, la transferencia artroscópica de FHL para roturas crónicas de Aquiles es una opción mínimamente invasiva y un adecuado procedimiento alternativo a la técnica abierta , ya que se pueden obtener resultados reproducibles, permite una excelente visión anatómica y muestra menos complicaciones que la técnica abierta.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 297**

TÍTULO: **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL GANGLÍON INTRANEURAL CPE: REVISIÓN DE DOS CASOS.**

AUTORES: **Liria Ibáñez A. / De la Hoz García, M. / Herrera Mármol, R. / Reyes Jiménez, A. / De la Hoz Marín, J.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario, Jaén**

INTRODUCCIÓN:

Existen numerosas causas que pueden originar la parálisis del nervio ciático popliteo externo, entre ellas encontramos el quiste ganglionar intraneural. Otras causas que deben incluirse dentro del diagnóstico diferencial de esta patología son las lesiones de la raíz nerviosa en L5 y los tumores de vaina nerviosa en el compartimiento lateral de la rodilla. El origen de estos quistes no esta exento de controversia, aunque la teoría más comúnmente aceptada es la teoría articular unificadora descrita por Spinner en el 2003. Así, los ganglios intraneurales a este nivel, son quistes mucinosos que aparecen dentro del epineuro de dicho nervio, y cuyo origen parece estar en relación con una rama articular.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos dos casos diagnosticados de quiste intraneural del nervio peroneo común. La clínica en ambos casos fue el dolor en la cara externa pierna, pérdida paulatina de la sensibilidad dorsolateral del pie y la pérdida de la capacidad para la flexión dorsal del primer dedo del pie en un caso, mientras que en el otro la imposibilidad para realizar la flexión dorsal del pie fue el déficit motor. Se completó estudio mediante electromiografía y resonancia magnética, que confirmó la lesión a dicho nivel. Tras estudio preoperatorio se realiza intervención quirúrgica en un período que osciló entre las tres y cuatro semanas desde la aparición del déficit motor. La cirugía consistió en la descompresión quirúrgica del quiste intraneural, junto con la resección y ligadura de la rama articular. Se inmovilizó con férula antiequino y vendaje inguinopédico, comenzando la movilización pasiva tras la retirada de puntos. Se practicaron sucesivas revisiones hasta completar seis meses donde se apreciaba recuperación sensitiva y motora completa.

DISCUSIÓN:

La comprensión de la patogénesis de esta enfermedad permite un enfoque sencillo del tratamiento eficaz de esta patología, proporcionando una recuperación funcional completa y evitando los riesgos innecesarios de la cirugía, asociados a la resección del quiste y disección intraneural, permitiendo evitar además, las frecuentes recidivas observadas previamente. Entender la base articular de los quistes intraneurales conduce a el éxito de esta cirugía.

COMUNICACIÓN **ORAL 299**

TÍTULO: **LESIÓN NEUROLÓGICA TRAS ARTROSCOPIA DE CADERA. ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO. RESULTADOS PRELIMINARES.**

AUTORES: **Serrano Toledano, D. / Del Río Arteaga, M. / Borrego Paredes, E. / Ribera Zabalbescoa, J.**

CENTRO: **Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

La tasa de complicaciones descritas en la literatura tras artroscopia de cadera varía desde el 0 al 27%. Los factores que pueden contribuir a estas complicaciones pueden ser derivados del paciente (anatomía y hábito corporal), técnica (uso de mesa de tracción, posición, tipo de poste, fuerza, tipo y tiempo de tracción) y experiencia del cirujano. En la mayoría de los casos el porcentaje de lesión neurológica oscila entre el 2 y el 10%. Los nervios ciático y pudendo son los que se afectan con más frecuencia. Históricamente, los autores han propuesto limitar el tiempo de tracción a menos de dos horas para minimizar el posible daño neurológico. Esta hipótesis implica que el mecanismo de lesión es una lesión isquémica tiempo-dependiente similar al uso del manguito de isquemia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio serie de casos prospectivo multicéntrico de artroscopia de cadera intervenida por cirujanos de cadera que realizan, al menos, 40 Casos por año. Se recogen los datos durante el año 2016. Participaron en el estudio el Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz de Sevilla y el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe de Bormujos, Sevilla, la Clínica Vistahermosa de Alicante, la Clínica Cemtro y el Hospital Infanta Leonor de Madrid, el Hospital del Mar de Barcelona y la Clínica Mompía de Santander. Se recogieron datos preoperatoriamente (edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal, diagnóstico, tiempo de evolución de síntomas, exploración, pruebas complementarias, escala HOS e iHOT), intraoperatoriamente (tipo y tiempo de cirugía y tracción, lesión intraoperatoria, tratamiento y cierre capsular) y postoperatoriamente (infiltraciones, HOS, iHOT, complicaciones, retorno laboral y deportivo, reintervenciones, conversión a PTC y satisfacción).

HIPÓTESIS:

El presente estudio hipotetiza un porcentaje de complicaciones neurológicas que tiene repercusión clínica real menor al 1% cuando la artroscopia de cadera es llevada a cabo por expertos y el tiempo de tracción es menor a 2 horas.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 311**

TÍTULO: **RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL PIE PLANO MEDIANTE TECNICA EVANS-MOSCA.**

AUTORES: **Mantic Lugo, M. / Domínguez Amador, J. / Andrés García, J.A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Puerta del Mar**

INTRODUCCIÓN:

El pie plano flexible (PPF) es una entidad frecuente en la infancia. Cuando son sintomáticos el tratamiento conservador debe ser la primera opción reservándose las opciones quirúrgicas para aquellas situaciones donde éste falla. De las técnicas quirúrgicas descritas el alargamiento de columna externa de calcáneo (Evans-Mosca) cada vez tiene más adeptos permitiendo la corrección del retropié y mediopié al reducir la posición deformante del escafoides tarsiano.

OBJETIVOS:

Valorar nuestros resultados preliminares de los pacientes tratados en nuestro servicio por PPF doloroso mediante técnica de alargamiento de columna externa de calcáneo.

MÉTODOS:

Se revisó retrospectivamente los paciente intervenidos mediante dicha técnica desde enero de 2013 a enero de 2017. El único criterio de inclusión fue paciente intervenido mediante alargamiento de columna externa de calcáneo independientemente de la causa del mismo. Se midieron y compararon los siguientes valores radiológicos pre y postquirúrgicos: proyección AP la cobertura astrágalo escafoidea en porcentaje de descubrimiento, ángulo de Kite y ángulo astrágalo- 1º meta. En proyección lateral Meary y calcáneo pitch. También se midió el tiempo medio de consolidación del injerto en los casos usados y satisfacción de los pacientes.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Un total de 5 pacientes fueron incluidos, de ellos 1 fue niña y 4 varones. Los casos variaron desde PPF dolorosos aislados a asociados a síndromes. Observamos una mejora de todos los parámetros radiológicos con tendencia a la normalidad salvo en los casos asociados a PCI GMCFS IV-V. El tiempo medio de consolidación fue de 6 semanas y la satisfacción general de familia alta salvo en un caso por poca corrección estética.

CONCLUSIONES:

La técnica de alargamiento de columna externa de calcáneo (Evans-Mosca) es una técnica con buenos resultados cuando las indicaciones están bien establecidas. Aunque nuestro estudio tiene un tamaño muestral pequeño y el seguimiento es muy corto nuestros resultados muestras la tendencia a la normalidad de estos pies con la técnica quirúrgica apoyando el uso de la misma en casos seleccionados. Debemos valorar en los casos asociados a síndromes neurológicos graves si es necesario añadir otro gesto quirúrgico para el mantenimiento de la corrección.

COMUNICACIÓN **ORAL 325**

TÍTULO: RESULTADOS FUNCIONALES DE LA RECIDIVA DE LOS PIES ZAMBOS IDIOPÁTICOS TRATADOS EN NUESTRO CENTRO.

AUTORES: Torres Álvarez, M.N. / Bezos Cuaresma A. / Downey Carmona, F.J.

CENTRO: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN:

El método Ponseti para la corrección del pie equinovaro (PEV) ha demostrado excelentes resultados. Sin embargo, las recidivas se presentan del 2-20% según las series publicadas y continúan siendo el problema más importante al que se enfrentan los que practican este método. Dentro de las opciones de tratamiento para la recidiva del PEV estarían: el reinicio del enyesado más tenotomía percutánea del tendón de Aquiles (TPA) en niños pequeños o la trasposición del tibial anterior (TTA) a la tercera cuña, para la cual existen varias técnicas quirúrgicas (pull-out, tornillo interferencial, arpón), en el caso de niños mayores.

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es valorar el porcentaje de PEV recidivados según el tratamiento aplicado inicialmente (una vez diagnosticado el PEV) y comparar el resultado funcional obtenido después del tratamiento de la recidiva según la técnica empleada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de todos los pacientes con PEV idiopáticos tratados entre 2004 y 2016 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, obteniéndose una muestra de 144 pacientes estudiándose 183 pies y, de ellos, se recogieron los que habían recidivado en ese mismo periodo tiempo. Se excluyeron del estudio los PEV no recidivados, los de etiología sindrómica, teratológica o neurológica. La recidiva fue definida como recurrencia de alguno de los elementos de la deformidad del PEV (cavo, aducto, varo retropié o equino) que requiriese tratamiento. Los PEV recidivados se clasificaron en dos grupos de estudio en función de si habían o no recibido tratamiento mediante el método Ponseti previo a la recidiva. Se analizaron dentro de cada grupo el tipo de tratamiento aplicado a la recidiva y se exploró la funcionalidad una vez finalizado dicho tratamiento (pie plantígrado, dolor medido mediante escala visual analógica (EVA), tipo de calzado utilizado en su vida diaria, flexión dorsal obtenida flexionando la rodilla y flexión plantar de tobillo; considerando buen resultado funcional: pie plantígrado, con EVA≤3, FD>0º y FP>30º. Se analizaron los datos estadísticamente mediante el programa SPSS v.21.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

De los 183 pies recogidos el 23,5% (43 pies) recidivaron. De este 23,5%, 30 pies (16,39%) habían recibido tratamiento inicial mediante otro métodos como fisioterapia, cirugía o enyesado distinto al Ponseti; y 13 pies (7,1%) habían sido tratados siguiendo el método Ponseti. De los 43 pies recidivados a todos se les realizó nueva tanda de Ponseti y además se les añadió: TTA con técnica de pull-out en 20 casos, TTA con tornillo interferencial en 4 casos, TTA con arpón en 2 casos, a 14 pies se les aplicó de nuevo el método Ponseti + TPA y 3 pies fueron tratados mediante otros métodos. El resultado funcional del tratamiento de la recidiva: TTA con pull-out: 15 (75%) pies con buen resultado. TTA con tornillo interferencial: 3 (75%) pies con buen resultado. TTA con arpón: 2 (100%) pies con buen resultado. Método Ponseti:13 (92,86%) pies con buen resultado.

CONCLUSIONES:

1. El método Ponseti para el tratamiento del PEV obtiene menores recidivas.
2. El resultado funcional de los PEV recidivados son similares independientemente del tipo de tratamiento recibido.

COMUNICACIÓN **ORAL 327**

TÍTULO: **¿INFLUYE EL ABUSO EN EL CONSUMO DE BEBIDAS CARBONATADAS EN EL DÉFICIT DE VITAMINA D EN LOS NIÑOS CON FRACTURA?.**

AUTORES: **Martínez Vázquez, M. / Badillo Cruzado, R. / Borges Guerra, J.R. / Luque Romero, L.G. / Farrington Rueda, D.M.**

CENTRO: **Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva**

Tipo de proyecto: Individual / Duración: 2 años / RESUMEN:

ANTECEDENTES:

Parece existir un incremento del déficit de vitamina D en la población infantil que podría estar relacionado con el aumento en la incidencia de fracturas en los niños con niveles séricos más bajos.

OBJETIVOS:

Comparar los niveles de 25 hidroxi vitamina D y el estilo de vida, alimentación y dieta, en niños con fracturas en niños sin ellas (grupo control).

METODOLOGÍA:

Estudio prospectivo de casos y controles que incluye un tamaño muestral mínimo representativo de ambos grupos se ha calculado en unos 83 pacientes en cada grupo de estudio (Grupo 1 pacientes con fractura y grupo 2 pacientes sin fractura). Se desarrolla en la población infantil del Área Hospitalaria del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla (Hospital de referencia de Ortopedia Infantil para Huelva y Sevilla) desde el 22/03/2014 al 21/ 03/2014 Edad entre 6 meses y 14 años. Se incluye parámetros analíticos como son el nivel sérico de 25 OH vitamina D; Calcio sérico, β-CrossLaps/serum, Total P1NP, Fosfatasa Alcalina Ósea (FAL Ó BAP), edad en meses, peso, altura e índice de masa corporal, raza, práctica de el ejercicio físico, estimación de exposición solar, consumo de bebidas carbonatadas y la presencia o no de enfermedades concomitantes. Serán excluidos pacientes de ambos grupos con enfermedades que alteren la absorción de vitamina D. El análisis de la población de estudio y los subgrupos se llevará a cabo usando análisis paramétricos y/o no paramétricos (T de Student, ANOVA, U de Mann-Whitney o H de Kruskal-Wallis) y análisis de correlación para comparar los niveles de vitamina D con la edad, el IMC, la estacionalidad y el tipo de fractura. Posteriormente, para evaluar el riesgo de fractura relacionada con los niveles de hidroxivitamina D y otras variables relacionadas se recurrirá a un análisis de regresión logística binaria. En todos los casos se exigirá una significación estadística del 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS:

Se analizarán todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión del estudio, tanto para el grupo de estudio como para el grupo control, atendidos en el periodo de tiempo indicado. Partiendo de estudios pilotos previos(ólo uno en E.E.U.U), se estima que existe una diferencia en torno al 25% en el nivel de vitamina D que presentan los niños con y sin fractura. Teniendo en cuenta esta estimación, y considerando un nivel de confianza del 95%, una potencia del 95% y un 10% de posibles pérdidas.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con déficit de 25 OH de vitamina D tienen mayor riesgo de desarrollar fracturas. Parámetros como el IMC, la no práctica de ejercicio físico y el consumo excesivo de bebidas carbonatadas, pueden influir en dicho déficit, así como en el riesgo de desarrollar fracturas.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 337**

TÍTULO: **EVOLUCIÓN DEL BURN OUT EN LOS MIR DE TRAUMATOLOGÍA EN ANDALUCÍA Y NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA RESIDENCIA.**

AUTORES: **Obrero Gaitán, D. Gómez Ramírez, M.J. Manzano Sánchez, V. / Delgado Martínez, A.D.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

Tras estudio previo en el año 2006 en el que estudiamos el nivel del sindrome de burn out en los MIR de Traumatología en Andalucía decidimos diseñar otro estudio para ver de forma evolutiva como ha evolucionado la incidencia de este sindrome profesional entre los MIR, así como su posible relación con una serie de características sociolaborales además de testar el nivel de satisfacción con su residencia. Diseñamos un estudio observaciones donde pasamos el test Maslach BurnOut Inventory para medir el nivel de Burn Out, un test donde medimos variables sociolaborales y un test de satisfacción con la residencia. Esta encuesta se envía de forma anónima a todos los MIR de Andalucía que son socios de la SATO a través de un enlace GoogleDrive. Obtenemos 21 respuestas. Donde el 85% eran menores de 30 años, el 60% hombres. El 85% tienen entre 5-10 guardias al mes, el 55% opinan que la docencia no está estructurada, el 60% opinan que su tutor no los guía en la residencia, el 94.7% no tienen el DEA, el 55% tienen 3 o más residentes por año en su servicio.La incidencia de BurnOut es del 9.5%. La tasa de alto Cansancio Emocional es del 23.8% frente al 47.7% del 2006, la elevada Despersonalización fue del 71.9% frente al 69.2%, y la baja Realización Personal es del 14.2% frente al 37.1% del 2006. En cuanto a la satisfacción con la residencia, el 75% volvería a elegir la misma especialidad en el mismo hospital y el 70% dan una satisfacción de 8-9 en una escala de 10. Como factores que apuntan para mejorar su percepción de la residencia sugieren una mayor estructuración de la docencia y una mejor carga laboral y de responsabilidad. Estos resultados nos muestran una menor tasa de Burn Out que en el 2006 así como una mejora sustancial en la tasa de Cansancio Emocional y en la Realización Personal sin que, en cambio, haya cambios con respecto a los factores sociolaborales estudiados.

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

CASOS CLÍNICOS:

-REVISIóN RETROSPECTIVA en los últimos 5 años .
-24 ; 8 BILATERALES (33%)

-RETARDO DE CONSOLIDACIóN 7 casos , 2 en seguimiento reciente qx 31%

-Tiempo medio entre las dos fxs 1 año + 4 meses .
(1 año /3 casos) ; (1 mes/1 caso) ; (5 meses/1 caso);(3 años/1 caso) ; (5 años /1 caso) AL MISMO TIEMPO /1 caso.

-EDAD promedio 77 años.

-Todos con BIFOSFONATOS + de 5 años menos 1 paciente
-Bilaterales + 10 años incluso 15 .

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

CASO CLÍNICO:

-66 años mujer con Bifosfonatos desde hace más de 5 años .
-Acude en diversas ocasiones a Urgencias por Dolor en muslo izquierdo se le realizó Rx AP de Pelvis no apreciándose cambios significativos (ver Rx cómo por el corte al que llega habitualmente no es posible ver la imagen espicular que se aprecia posteriormente en Tele de MMII .Acude a consulta de trauma tras 3 AÑOS DE EVOLUCIóN por continuar con dolor sordo en muslo izquierdo .
-Tele MMII se aprecia imagen espicular en cortical lateral femoral
-TAC densificacion de cortical lateral
-04/2014 Clavo gamma 3 largo PROFILÁCTICO .
-Evolución favorable .

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital



COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital



COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital





COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

CRITERIOS MAYORES:

1-Sin trauma o mínimo.

2-Origen en cortical lateral ,transversal , u oblicua corta al avanzar en sentido medial.

3-Fxs incompletas implican sólo la cortical lateral , las fxs completas ambas y asociadas a «pico» medial .

4-NO CONMINUTA o mínimamente conminuta.

5-ENGROSAMIENTO PERIóSTICO O ENDóSTICO CORTICAL LATERAL presente en el sitio de la fx.

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

CRITERIOS MENORES:

1-AUMENTO GENERALIZADO DE GROSOR CORTICAL DE DIÁFISIS FEMORAL.

2-SÍNTOMAS UNI O BILATERALES PRODRóMICOS ,dolor sordo o dolor en muslo o ingle.

3-FXS DE LA DIÁFISIS FEMORAL COMPLETAS BILATERALES O INCOMPLETAS .

4-RETRASO DE LA CONSOLIDACIóN.

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

-EPIDEMIOLOGÍA:

-En OSTEOPORóTICOS fxs subtrocantéricas y diafisarias de fémur 3 y 5% respectivamente.
-Fxs atípicas en tratados con BIFOSFONATOS 0,4%.
-Mayor grado de tracción en región subtrocantérica , en ASIÁTICOS mayor curvatura femoral ,+ tensión mayor prevalencia.
-Especialmente en mayores de 70 años.
-INCIDENCIA CALCULADA EN TTº CON BIFOSFONATOS 7,8 CASOS/100.OOO personas /año enmayores de 60 años.
-Se INCREMENTA con el TIEMPO DE EXPOSICIóN pasando de 2 por 100.000 casos/año por cada 2 años de uso de ttº a 78 por 100.000 por cada 8 años de uso .
-ASBMR indica INCIDENCIA MUY BAJA con respecto al nº de fxs femorales , vertebrales y no vertebrales prevenidas.

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

PREVALENCIA DE FACTORES ASOCIADOS A LAS FXS ATÍPICAS :

FACTOR ASOCIADO	PREVALENCIA
Asiáticos	32-50%
Fracturas Bilaterales	28-42%
Dolor prodrómico	70%
Glucocorticoides	34%
IBPs	39%
Retardo Consolidación	26-39%

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

-DOLOR PRODRóMICO EN EL 70% .

-SÍNTOMAS + AP AR , DM, CORTICOIDES en ttº con BF SOSPECHAR.

-RX FEMORAL AUMENTO DE GROSOR CORTICAL PREDICTOR DE FX ATÍPICA INMINENTE

-TAC : ENGROSAMIENTO CORTICAL FOCAL,NEOFORMACIóN PERIOSTAL Y/O PRESENCIA TENUE LINEA RADIOLUCENTE

-RNM TÍPICO EDEMA EN T1 HIPEREMIA REACTIVA EN T2 Y NEOFORMACIóN óSEA PERIOSTAL SI SE ESTÁ DESARROLLANDO LA FX.

-GAMMAGRAFIA AUMENTO DE CAPTACIóN EN CORTICAL LATERAL

-DGTCO DIFERENCIAL CON NEOPLASIA PRIMARIA O SECUNDARIA , INFARTO óSEO Y OSTEOMIELITIS (EN MÉDULA Y NO IMAGEN LATERAL TÍPICA) .

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

TRATAMIENTO:

-CONSERVADOR:

1-DETENER TTº CON BF: la incidencia de fx atípica fue del 53,9% en fémur contralateral en los 3 años siguientes de fx que no dejaron ttº y del 19,3% en los que lo abandonaron tras fx.
Estudio prospectivo sueco observa reducción del 70% del RR de fx atípica un año después de abandonar BF.

2-CALCIO/VIT D

3-FÁRMACOS ANABóLICOS:
TERIPARATIDA ACORTA TIEMPO DE CURACIóN MEJORA RECAMBIO óSEO, ante la falta de estudios aleatorios específicos SE DA SU INDICACIóN SBT SI HAY ESCASOS SIGNOS DE CONSOLIDACIóN TRAS 4 -6 SEMANAS TRAS QX

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

-CONTRAINDICADA:
*HUESO INMADURO
*PAGET
*RADIOTERAPIA

DESCARTAR CUALQUIER ENF. METABóLICA óSEA SUBYACENTE:
-analítica Ca sérico , Hormona paratiroidea , 25-hidroxivtamina D , hormona estimulante de tiroides, orina 24 h para calcio, marcadores de recambio óseo.

CTX (suero) y NTX (orina) bajos si se miden antes de fx indicará bajo recambio óseo .Durante fx estarán elevados.

Se ha demostrado que aumento de niveles de 25-hidroivit D y Ca sin elevación de hormona paratiroidea mejora curación de fxs.

Hipercalciuria se asocia a baja densidad ósea , descartarla o tratarla.

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

1-ATÍPICAS COMPLETAS:
CLAVO INTRAMEDULAR LARGO ACERROJADO MEJORES RESULTADOS REPARACIóN ENDOCONDRAL

*FXS ATÍPICAS MAYOR TASA DE COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS (fresar 2,5 mm + del diámetro del clavo)
TASA DE FX IATROGÉNICA CASI 30%.
TASA DE FRACADO PARA PLACA 30% .

*TIEMPO MEDIO DE CONSOLIDACIóN 26 SEMANAS (calidad ósea alterada considerado principal factor).

*QXS DE REVISIóN (dinamización del clavo , cambio de clavo, placa angulada)

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

2-FXS ATÍPICAS INCOMPLETAS:

*ALTA TASA DE BILATERALIDAD 40%
*RX LÍNEA RADIOLÚCIDA -----MAL PX ----QX
*SI NO HAY LÍNEA RNM BUSCANDO EDEMA óSEO ----SE PUEDE CONSERVADOR PERO ALTAS TASAS DE FRACASO
*CONTROLAR DE FORMA ESTRECHA CON RX Y RNM Y QX SI EMPEORA SX O RADIOLOGÍA.

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

-SOBRESUPRESIóN DEL HUESO se recomienda detener BF tras 5 años «VACACIONES TERAPEÚTICAS»

*BAJO RIESGO DE FX Ca /Vit D
*ALTO RIESGO Y BAJOS NIVELES DE MARCADORES DE RECAMBIO óSEO SE CAMBIA POR AGENTES ANABóLICOS.
DESCANSO HASTA QUE DENSIDAD MINERAL OSEA EMPEORE O ELEVACIóN EN LOS MARCADORES.

M.RESORCIóN
-NTX
-CTX

M.FORMACIóN óSEA
-FA
-PINP

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

-NO SE RECOMIENDAN VACACIONES TERAPEÚTICAS EN LOS DE ALTO RIESGO EN TTº CON CORTICOIDES O QT CÁNCER Y EN LOS QUE NTX + 35 Y CTX + 450.

-EN ELLOS CONTROLES REGULARES DE CALIO, 25 HIDROXIVITAMINA D Y HP INTACTA , MANTENIÉNDOLOS CON SUFICIENTE CALCIO Y VITAMINA D.

-NO ESTÁ CIENTÍFICAMENTE JUSTIFICADA LA JUBILACIóN TERAPEÚTICA

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

CONCLUSIONES:

*BF SON LOS PRINCIPALES MEDICAMENTOS DISPONIBLES PARA PREVENIR OSTEOPOROSIS .EL PERFIL RIESGO –BENEFICIO ES FAVORABLE YA QUE CADA FX ATÍPICA SE VE COMPENSADA POR LAS 100 FXS DE CADERA QUE PREVIENEN.

*OSTEONECROSIS DE MANDÍBULA Y FXS ATÍPICAS SON LAS COMPLICACIONES MÁS COMUNES AUNQUE INCIDENCIA MUY BAJA.

COMUNICACIÓN **ORAL 345**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin.**

CENTRO: **Hospital**
Hospital

-SE ACONSEJA SUSPENDER BF TRAS 5 AÑOS SI RIESGO BAJO .
-SUSPENDERLOS SI HAY FX ATÍPICA
-FÁRMACOS ANABóLICOS
-TASA DE FX DEL LADO CONTRALATERAL ES ALTA , SCREENING RX DEL CONTRALATERAL AUNQUE NO DUELA (AAOS 2013)
-RX/RNM /GAMMA
-ENCLAVADO INTRAMEDULAR
-EN FXS INCOMPLETAS EN DESCARGA /ANABóLICOS CONTROL ESTRECHO .
-RETARDO DE CONSOLIDACIóN.

COMUNICACIÓN **ORAL 355**

TÍTULO: **TRATAMIENTO, COMPLICACIONES Y RESULTADOS CLÍNICOS EN FRACTURAS DE CABEZA FEMORAL, SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

AUTORES: **Fenero-Delgado, B.T. / Andrés-Cano, P. / Prada Chamorro, E. / Giráldez-Sánchez M.A. / Cano-Luis, P.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de cabeza femoral tipo Pipkin son lesiones infrecuentes que se producen habitualmente en pacientes politraumatizados. Nuestro objetivo con este trabajo es analizar los resultados de una serie de casos intervenidos en nuestro servicio y realizar una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de serie casos retrospectivo (2010-2016) de todos los pacientes politraumatizados atendidos en nuestro departamento con diagnóstico de fractura de cabeza femoral tipo Pipkin. Revisión de variables sociodemográficas, quirúrgicas y funcionales.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Revisión de 10 pacientes (ocho hombres y dos mujeres) que presentaron 11 fracturas de cabeza femoral (un caso bilateral), con una media de edad de 33 años (20-62). Todos los pacientes sufrieron un accidente de tráfico. El seguimiento medio ha sido de 33 meses (9-75 meses). Según la clasificación de Pipkin, 7 fueron tipo IV, un tipo III, un tipo II y un tipo I. En todos los casos se realizó una cirugía de control de daños (DCO) mediante una reducción emergente el mismo día de la lesión y posteriormente se realizó tratamiento definitivo (demora media de 7,9 días). A siete pacientes se les realizó un abordaje posterior de Kocher-Langenbeck y a dos se les asoció una trocanterotomía de Ganz. En el caso de Pipkin tipo I se realizó una exéresis del fragmento mediante luxación controlada de la cabeza femoral. Finalmente, un caso de Pipkin IV se trató ortopédicamente. Los resultados funcionales según la clasificación de Merle D'Aubigné y Postel fueron excelentes en 4 pacientes, buenos en 2, satisfactorios en 3 y pobres en un paciente. La tasa de complicaciones fue de un 30% (10% NACF, 20% de lesión neurológica y 10% de osificación heterotópica).

CONCLUSIONES:

Es importante en este tipo de fracturas realizar un diagnóstico temprano, seleccionando el abordaje, la intervención y el manejo postoperatorio apropiados para reducir las complicaciones y mejorar la función articular. A pesar del limitado número de pacientes en nuestra serie, los resultados son similares a los descritos en la literatura. Consideramos que el tratamiento del paciente politraumatizado, de acuerdo al concepto DCO, es fundamental en el enfoque terapéutico de estas lesiones.

COMUNICACIÓN **ORAL 360**

TÍTULO: **FRACTURAS DE ASTRÁGALO. RESULTADOS FUNCIONALES EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS.**

AUTORES: **Hierro-Cañas, F.J. / De la Torre-Colmenero, R. / Andrés-Cano, P. / Giráldez-Sánchez, M.A. / Cano-Luis, P.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de astrágalo son lesiones poco frecuentes, (0,1-0,9%) y con un alto índice de complicaciones. Una de las situaciones en las que puede darse una fractura de astrágalo es en el contexto de un politraumatismo lo que puede comprometer aún más el pronóstico funcional. Nuestro objetivo con el presente trabajo fue analizar los resultados funcionales en los pacientes con fracturas de astrágalo según se produjeran en el contexto de un politraumatismo o no.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional sobre una cohorte retrospectiva de 24 pacientes intervenidos por fractura de astrágalo en nuestro centro (2006-2016). Se agruparon según fuesen politraumatizados (ISS ≥16) o no (ISS<16). Revisión de variables sociodemográficas, radiográficas, funcionales (escala EVA de dolor y FADI - Foot and Ankle Disability Index-) y la aparición de complicaciones como artrosis, artrodesis o necrosis avascular (NAV).

RESULTADOS:

Revisión de 25 fracturas de astrágalo en 24 pacientes con una edad media de 38 años (19-75) y un seguimiento medio de 4,2 años (0,5-9). Según el ISS un 56% de pacientes (13) fueron politraumatizados y un 44% (11) no lo fueron. No se encontraron diferencias significativas entre grupos respecto a las variables sociodemográficas. La puntuación según la escala FADI fue de 62 puntos en los pacientes politraumatizados y de 76,9 en los no politraumatizados (p=0,232). El dolor según la escala EVA fue de 5,8 puntos en el grupo de pacientes politraumatizados y de 4,3 en los no politraumatizados (p=0,257). Respecto a las complicaciones, en el grupo de pacientes politraumatizados se presentaron en un 64% de los pacientes y en los no politraumatizados en un 43%. Un 36% de los pacientes politraumatizados tuvieron signos clínicos y radiológicos de artrosis subastragalina frente al 35% de los pacientes no politraumatizados, de ellos, un 27% fueron intervenidos mediante una artrodesis frente al 28% de los no politraumatizados. Un 27% de los pacientes politraumatizados fueron diagnosticados de NAV del astrágalo frente al 0% de los no politraumatizados.

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio hemos observado una evolución clínica y unos resultados funcionales más desfavorables en los pacientes con fractura de astrágalo en el contexto de un politraumatismo respecto a los pacientes no politraumatizados. Es necesario aumentar el tamaño muestral para que esta afirmación fuera estadísticamente significativa.

COMUNICACIÓN **ORAL 361**

TÍTULO: RESULTADOS CLÍNICOS-RADIOLÓGICOS DE FRACTURAS FEMORALES INTERPROTÉSICA EN NUESTRO CENTRO. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

AUTORES: Prada Chamorro, E. / Andrés Cano, P. / Arias Rodríguez, G. / Giráldez Sánchez, M.A. / Cano Luís, P.

CENTRO: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La fractura femoral interprotésica, o fractura periprotésica de cadera y rodilla, presenta una incidencia en aumento en los últimos años. Esto es debido al incremento en el número de artroplastias realizadas. El objetivo del presente trabajo consiste en valorar la evolución clínica y radiográfica de los pacientes que han sufrido fracturas interprotésicas en nuestro centro y realizar una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Serie de casos de todos los pacientes intervenidos en nuestro centro de fractura interprotésica durante los años 2009 a 2015. Sobre una base de datos de fracturas periprotésicas se seleccionaron las que habían sido producidas en un paciente portador de prótesis de cadera y rodilla. Revisión de variables sociodemográficas, funcionales y radiográficas. El resultado funcional se valoró mediante la escala Oxford Hip Score (OHS). Se analizaron 11 estudios publicados entre 2010 y 2016 sobre el tema y se realizó una comparación con nuestros resultados.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Un 5,1% de las fracturas periprotésicas (9 de 177) se clasificaron como interprotésicas. Revisión de los 9 pacientes que presentaron una edad media de 74,8 años (43-89), siendo 8 mujeres. Un 88,9% (8 de 9) de los pacientes presentaron una o más comorbilidades, siendo la obesidad un factor de riesgo en la mayoría de los casos. El mecanismo causal de la fractura fue un traumatismo de baja energía en el 88,9% de los casos. Se precisó el uso de RAFI asociada a cerclajes o injertos óseos en un 66,7 % (6 de 9) y MIPO en los restantes. Tras un seguimiento medio de 15 meses (0-36), se obtuvo una consolidación satisfactoria en todos los pacientes, aunque únicamente un 66,7% (6 de 9) volvieron al estado funcional previo a la fractura.

CONCLUSIONES:

La fractura inteprotésica es una complicación infrecuente tras la artroplastia de cadera y rodilla aunque su incidencia parece ir en aumento. En nuestra serie y en la literatura actual, el tratamiento mediante placas bloqueadas proporciona resultados radiográficos buenos, pese a un retroceso funcional en algunos de los pacientes. La valoración individual de cada paciente, el stock óseo, la necesidad de injerto y la fijación de los implantes debe considerarse en el manejo de estas fracturas.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 363**

TÍTULO: **CONTROL DE LA OBLICUIDAD PÉLVICA EN ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR MEDIANTE TALLOS DE CRECIMIENTO ELECTROMAGNÉTICOS.**

AUTORES: **Raya Llorente, M. / Fernández Sainz- Rozas, E. / Del Pozo, M.M. / Farrington, D.M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla**

INTRODUCCIÓN:

La oblicuidad pélvica (OP) se asocia a la escoliosis de inicio temprano (EIT) de origen neuromuscular. Aunque se ha descrito que los tallos de crecimiento convencionales ejercen un buen control de la OP a lo largo del tiempo en niños con EIT neuromuscular, aún no se ha evaluado el control de la OP ejercida por los tallos de crecimiento electromagnéticos (TCEM) a lo largo del tiempo.

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo fue evaluar a medio plazo el control de la OP en niños con EIT neuromuscular tratados mediante TCEM.

MÉTODOS:

Realizamos una revisión retrospectiva de todos los niños con EIT neuromuscular tratados en nuestro hospital entre Marzo de 2014 y Septiembre de 2015. Revisamos las radiografías preoperatorias, postoperatorias y tras 6, 12 y 18 meses de la intervención, registrando las medidas de OP y ángulos de Cobb en cada punto. Las comparaciones longitudinales entre variables se realizaron aplicando el test de Willcoxon y/o Friedman, considerando $p<0.05$ estadísticamente significativo.

RESULTADOS:

Diez pacientes cumplieron el criterio de inclusión (6 niños y 4 niñas, 112 meses de edad media) y fueron observados durante 18 meses tras la cirugía inicial. El ángulo de Cobb inicial disminuyó significativamente a lo largo del tiempo ($p<0.001$), tanto tras el postoperatorio inmediato ($p=0.005$) como hasta el final del seguimiento ($p=0.005$). La OP también disminuyó significativamente entre el pre- y el post-operatorio ($p=0.005$) manteniéndose a mes 6 ($p=0.005$) y 12 ($p=0.017$) tras la cirugía. Sin embargo, a los 18 meses de la cirugía inicial la OP volvió a valores preoperatorios, no habiendo diferencias significativas entre ellos ($p=0.080$). Curiosamente, observamos migración de ganchos proximales en todos los pacientes incluidos en el estudio excepto en 3, 2 de los cuales no experimentaron pérdida del control de la OP.

CONCLUSIONES:

Los TCEM son una opción efectiva en el tratamiento de la EIT de origen neuromuscular, al controlar la progresión de la curva a lo largo del tiempo. Sin embargo, solo controlan la OP de forma transitoria, ya que a pesar del control inicial, la OP retorna a valores preoperatorios a los 18 meses de la implantación.

COMUNICACIÓN **ORAL 367**

TÍTULO: **CORDOMA DE ESQUELETO AXIAL.**

AUTORES: **Serrano Escalante, F.J. / Hernandez Benneit, J.M. / Lopez Puerta González, J.M. / Gallo Ayala, J.M. / Chacon Cartaya, S.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla**

INTRODUCCIÓN:

Los Cordomas son tumores óseos poco frecuentes que representan el 1-4% del total de los tumores óseos malignos. A pesar de ello, son los tumores óseos malignos primarios más frecuentes en sacro y columna vertebral, con una incidencia de 0,08/10.000 habitantes. Se originan a partir de remanentes de la notocorda embrionaria que permanece dentro de los cuerpos vertebrales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En últimos 5 años se han realizado 26 biopsias sacras por parte de la Unidad de Tumores de Virgen del Rocío con el resultado de 4 diagnósticos de Cordomas sacro. Dentro de ellas el diagnóstico más frecuente fueron las Metástasis de tumores como Adenocarcinoma de Colón (2), Carcinoma de Pulmón (1), Hepatocarcinoma (1), Carcinoma Urotelial (1) y Carcinoma Epidermoide (1). Junto a ellas, otros diagnósticos como Linfoma Hodkin y no Hodkin, Condrosarcoma sacro, Osteosarcoma sacro (3), Neuroblastoma, Hemangioma, Leiomiosarcoma Sacrococcigeo, Osteoma Osteoide, Liposarcoma Presacro, Plasmocitoma, Hemangioma Intraóseo, Enfermedad de Paget (2), Quiste Óseo Aneurismático, Granuloma Eosinófilo y Osteoblastoma Sacro. En los últimos 10 años, en nuestro centro se han tratado 10 casos de Cordomas en raquis y 8 casos de Cordomas en Clivus por parte de Servicio de Neurocirugía. Dos de los Cordomas Raquídeos se localizaron en raquis cervical (C2 y C4-C5 y fueron tratados por Neurocirugía). 7 casos presentaron una localización Sacrococcígea y un caso Lumbar (L1). Se han revisado las características demográficas, localización, tamaño, manifestación clínica, tratamiento empleado y tasa de recidiva local, complicaciones y resultado funcional de los Cordomas de Raquis (Sacrococcígeos , Lumbar y Cervical C4-C5).

DISCUSIÓN:

Los Cordomas presenta una distribución similar a lo largo del esqueleto axial: base de cráneo (32%), columna móvil (32,8%) y sacro (29,2%). En el sacro, se localizan más frecuentemente en la 4º-5º vértebra sacra, teniendo como barrera anterior a la fascia presacra. Son más frecuentes en hombres a partir de la 4º década de la vida. En nuestra serie, 6 casos fueron hombres y 3 mujeres, con edad media de 67 años. La localización más frecuente de los Cordomas Sacros fue a nivel sacrococcígeo (S3-Coccix). En un caso de recidiva local se produjo afectación de S1-S2 requiriendo resección completa del sacro. Son tumores de crecimiento lento y localmente agresivos, pudiendo metastatizar entre 5%-40% de los casos, especialmente en pulmón, hueso, piel y cerebro. El tamaño medio de las lesiones al diagnóstico fue muy variable con una longitud media de 9,8 cm., en nuestra serie. Tienen tendencia a recidivar, comportándose localmente como tumores malignos. Su curso insidioso favorece su extensión ósea y afectación de estructuras neurales, pudiendo alcanzar gran tamaño. Suelen cursar con dolor de localización profunda o clínica de radicular. Pueden provocar alteraciones de la función esfinteriana y otros déficits neurológicos (más frecuente en raquis móvil que en sacro). Su curso insidioso y clínica poco específica suelen retrasar el diagnóstico Se acompañan de un componente de partes blandas periférico que puede invadir el espacio discal y afectar a otros cuerpos vertebrales. La manifestación clínica más frecuente en nuestra serie fue el dolor en la región sacrococcígea o lumbar. El paciente con cordoma cervical presentó trastornos sensitivos (parestesias) en hemicuerpo derecho. Un caso cursó con una coccigodinia crónica y en 2 casos con

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 367**

TÍTULO: **CORDOMA DE ESQUELETO AXIAL.**

AUTORES: **Serrano Escalante, F.J. / Hernandez Benneit, J.M. / Lopez Puerta González, J.M. / Gallo Ayala, J.M. / Chacon Cartaya, S.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla**

clínica radicular a MMII y claudicación de la marcha. En 3 casos se detectó una gran masa sacra palpable. Ninguno de los pacientes presentaron alteración de esfínteres al diagnóstico. En la radiología convencional aparecen como lesiones líticas en la línea media con un patrón óseo destructivo, y epicentro en un cuerpo vertebral. En el TAC se describen como lesiones expansivas, líticas en la línea media con bordes irregulares e infiltración de partes blandas. La RNM es fundamental para valorar el grado de afectación de las partes blandas y su relación con estructuras neurovasculares adyacentes. Desde el punto de vista anatomapatológico se caracterizan por ser tumores lobulares con septos fibrovasculares y células fisalíforas. El tratamiento fundamental de los Cordomas es la resección en bloque de la lesión. El tratamiento quirúrgico agresivo con amplias resecciones óseas es el tratamiento de elección, pudiendo beneficiarse de tratamiento radioterápico adyuvante. El técnica quirúrgica de elección en los Cordomas Sacrococcigeo y Lumbar fue la resección en bloque con amplios márgenes de seguridad. El Cordoma Lumbar recibió tratamiento paliativo por parte de la Clinica del Dolor debido a la edad del paciente (85 años) y su elevada morbimortalidad (Isquemia Crónica en MMII, IRC, DM, HTA). Actualmente presenta cuadro de dolor lumbar y radicular a MMII, requiriendo de un andador para deambular. El Cordoma cervical C4-C5 fue tratado por el Servicio de Neurocirugía mediante la resección de la lesión. Actualmente presenta cervicalgia residual con alteración de la sensibilidad en MMSS, encontrándose libre de enfermedad tras 7 meses de seguimiento. A mayor agresividad es necesario mayor amplitud de márgenes para reducir las tasas de recidiva local. La relación entre recurrencia local y violación de márgenes tumorales es clara, pudiendo llegar a ser el doble si se invade la capsula tumoral. La contaminación del lecho quirúrgico por siembras celulares es el principal responsable de la recurrencia, por lo que debe prevalecer la escisión completa de la lesión, sobre cualquier maniobra descompresiva. El tiempo medio de recurrencia en resecciones completas es de 2,27 años, y en las resecciones subtotales de 8 meses. En nuestra serie, el tiempo medio de recidiva tras resección completa fue de 2,5 años tras la primera cirugía, con dos nuevas recidivas locales a los 2 años. El abordaje quirúrgico dependerá de la localización y extensión de la lesión. Los inferiores a la articulación sacroiliaca se pueden beneficiar de un único abordaje (posterior). Las lesiones que afectan a estructuras superiores a la articulación sacroiliaca suelen requerir abordajes combinados (dobles abordajes) más complejos. La sacrectomía total en un tiempo a través de un abordaje posterior también ha sido descrita. La cirugía en dos tiempos se asocia a mejor resultado clínico, mejor manejo de recursos hospitalarios y reducción del gasto, aunque el doble abordaje en un tiempo es una técnica que se puede realizar de forma satisfactoria. En nuestra serie, un caso de recidiva local de Cordoma Sacro fue tratado mediante sacrectomia completa mediante doble abordaje con instrumentación lumbopélvica asociada a aloinjerto estructural de peroné entre iliacos. Se han descrito distintas técnicas de fijación espondilopélvica tras sacrectomía total: técnicas de dobles barras, barras simples con un tornillo iliaco simple o con tornillos iliacos dobles y técnicas de Galveston modificadas. Se recomienda el empleo de doble tornillo iliaco para el tratamiento de la inestabilidad espondilopélvica generada por la sacrectomía total. El empleo de injertos óseos intercalados entre iliacos incrementa la estabilidad el montaje, aunque se pueden emplear en su lugar mallas moldeadas y bloques de polietileno. Por debajo de la mitad de S1 puede ser suficiente el empleo de tornillos iliacos simple. También se ha descrito el empleo de placas iliacas en sustitución de los tornillos iliacos. La cirugía de resección tumoral de los cordomas es agresiva y se asocia a una alta tasa de complicaciones. La preservación bilateral de las raíces S3 es necesaria para asegurar una función esfinteriana (vesical e intestinal) normal. La afectación de alguna raíz de S2 implica la pérdida del control voluntario de esfínteres. La sacrectomía total se puede asociar a sangrado masivo y gran pérdida hemática intraoperatoria que se pueden reducir o controlar con la ligadura de los vasos iliacos internos y el empleo de un balón de oclusión intra-aórtico. Las tasas de infección y dehiscencia de la herida quirúrgica en la sacrectomía total son elevadas. El tipo de cirugía es el factor de mayor riesgo para la infección. El tiempo quirúrgico, la

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 367**

TÍTULO: **CORDOMA DE ESQUELETO AXIAL.**

AUTORES: **Serrano Escalante, F.J. / Hernandez Benneit, J.M. / Lopez Puerta González, J.M. / Gallo Ayala, J.M. / Chacon Cartaya, S.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla**

extensión de la resección de los tejidos blandos y la proximidad al recto aumentan las tasas de infección La tasa de complicaciones en nuestra serie es elevada, principalmente derivadas de complicaciones de la herida quirúrgica y cobertura de partes blandas. Hemos presentado 5 casos de seromas, 2 casos de infección profunda de herida quirúrgica que requirieron de limpiezas quirúrgicas y cobertura antibiótica prolongada. El paciente que fue tratado con resección sacra completa presentó importantes complicaciones derivadas de la perforación de asas intestinales, con Schock Séptico de etiología intestinal, que fue tratada mediante laparotomía urgente. A los dos años presentó movilización de los implantes requiriendo revisión de la instrumentación lumbopélvica. La reconstrucción del defecto de partes blandas resultante de la resección total del sacro requiere del empleo de colgajos libres y de vecindad. El Colgajo Musculocutáneo Vertical de Recto Anterior del abdomen transabdominal es el más usado en la reconstrucción del defecto posterior tras la sacrectomía. Puede ser empleado junto con un Injerto Libre de Peroné Vascularizado para incrementar la estabilidad en la unión espondilopélvica. A pesar de ello, el empleo de Aloinjertos (no vascularizados) de tibia o peroné (doble) es el la técnica más extendida. El Colgajo Miocutáneo de Glúteo Mayor es una alternativa al anterior. Tiene tasas de dehiscencia similar a otros y bajas tasas de herniación parasacral. Otros colgajos empleados en sacrectomías parciales son el Colgajo Muscular de Glúteo y el Colgajo Paraespinoso. En defectos masivos se puede emplear el Colgajo Transversal de Recto Anterior Abdominal. El Colgajo de recto anterior para cubrir el defecto posterior de partes blandas resultante ha sido empleado en 2 casos para cubrir el defecto posterior de partes blandas. En un caso se empleo un Colgajo Lumbar para cubrir el defecto resultante de la necrosis glútea secundaria a la resección tumoral. Los Cordomas son considerados tumores radiorresistentes y clásicamente han sido tratados con radioterapia en resecciones incompletas. A pesar de ello, parece que la radioterapia como terapia adyuvante estándar a la resección tumoral aumenta el tiempo de recurrencia y la supervivencia global cuando se emplea en el postoperatorio inmediato. La RT adyuvante se ha empleado en 5 casos de nuestra serie. La supervivencia del paciente no depende tanto de las metástasis a distancia que pueda provocar la enfermedad, sino más bien de la progresión local de la misma. La recurrencia local representa el factor predictor de mortalidad más importante en pacientes con Cordomas, y la extensión de la resección inicial como el factor más determinante a la hora de conseguir una cura. La cirugía incrementa de forma significativa la supervivencia de estos pacientes. Un tamaño tumoral menor de 8 cm y una edad inferior a 59 años son factores pronósticos importantes. La supervivencia es mayor en hispanos, tumores pequeños, alto nivel socioeconómico y en función de la intervención realizada. El nivel más alto de afectación sacra se relaciona con la supervivencia global, la supervivencia libre de enfermedad y la libre de recurrencia. La supervivencia media es de 6,29 años. Sólo el 13,1% de los paciente sigue con vida a los 20 años del diagnóstico. En nuestra serie, 4 casos se encuentran libre de enfermedad sin recidiva local. 2 casos presentaron una recidiva local que requirió nueva cirugía de resección. En ambos se han detectado nueva recidiva local no tributaria de cirugía a nivel glúteo y en fosa isquiorrectal. Un caso presentó metástasis a distancia a nivel de esternón y en partes blandas (ms. Gemelos) sin seguimiento por nuestra parte por traslado a otro centro. Un caso presenta enfermedad progresiva local al no haber sido tratado quirúrgicamente (tratamiento paliativo). El tiempo medio de seguimiento es de 5 años y medio (5 meses-11 años). Funcionalmente sólo se ha detectado una alteración de esfínteres en el paciente de la resección completa de sacro que además presenta cuadro de dolor lumbar, ciatalgia a MMII y requiere de andador para deambular. En un caso existió una afectación esfinteriana que se ha recuperado en un 90%, aunque presenta disfunción sexual en tratamiento. La sintomatología más frecuente tras la cirugía es el dolor sacrococcígeo residual

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 367**

TÍTULO: **CORDOMA DE ESQUELETO AXIAL.**

AUTORES: **Serrano Escalante, F.J. / Hernandez Benneit, J.M. / Lopez Puerta González, J.M. / Gallo Ayala, J.M. / Chacon Cartaya, S.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla**

CONCLUSIONES:

El manejo quirúrgico de los Cordomas sacros se asocia a una elevada morbilidad. La resección en bloque es la técnica fundamental de su manejo quirúrgico. Con técnicas quirúrgicas más agresivas y amplios márgenes de seguridad ha mejorado sustancialmente el control local de la enfermedad. La recidiva de la misma se asocia a la violación de estos márgenes. Los tratamientos adyuvantes de control local (radioterapia y criocirugía) se deben tener en cuenta cuando los márgenes de resección son positivos. El abordaje quirúrgico depende de la extensión de la lesión. Las técnicas de fijación posterior incluyen instrumentaciones espondilopélvicas y transiliacas que pretenden proporcionar estabilidad a resecciones óseas masivas como la sacractomía total. La cobertura posterior del lecho quirúrgico se beneficia del empleo de colgajos musculares como el colgajo de glúteo mayor o el recto anterior pediculado reduciendo las complicaciones derivadas de la herida quirúrgica y la cobertura de la instrumentación. El tratamiento de estas lesiones debe realizarse en centros de referencia ya que requieren de un abordaje multidisciplinar (Oncología Médica y Radioterápica, Traumatología, Neurocirugía, Anatomopatología, Cirugía Plástica, Rehabilitación y Trabajo Social).

COMUNICACIÓN **ORAL 370**

TÍTULO: **OSTEOTOMÍA DE LATERALIZACIÓN DE CALCÁNEO EN EL SÍNDROME DE MÜLLER-WEISS.**

AUTORES: **Alfonso Bravo, C. / Entrenas Aumente R. / López Pulido, M.J. / Guillén Guillén, M.I. Castro Chofles, L.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía**

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Müller-Weiss se puede definir como una displasia del escafoides tarsiano que surge en el niño pero cuyas consecuencias se sufren en el adulto, apareciendo frecuentemente entre los 30 y los 50 años. Produce dolor al caminar, generalmente localizado en el dorso del pie. Según avanza la enfermedad provoca artrosis e incluso deformidad hacia un pie plano. El tratamiento inicial suele ser ortésico con plantillas y calzado adecuado, reservando el tratamiento quirúrgico para fases avanzadas. En caso de intervención, la artrodesis talo-navicular (con o sin injerto) suele ser la técnica de elección.

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestra comunicación es revisar el tramiento quirúrgico de la fase avanzada del síndrome de Müller-Weiss a través de un caso intervenido en nuestro centro y establecer el papel de la osteotomía de lateralización de calcáneo junto a la artrodesis talo-navicular o talo-naviculo-cuneana.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En Marzo de 2014 el paciente es intervenido en nuestro hospital realizándose una artrodesis astrágalo-escafoidea con dos tornillos canulados de rosca corta. Durante el postoperatorio y los meses posteriores el paciente refiere que el dolor no cede. En un TAC realizado 6 meses después de la operación se aprecia la falta de unión de la artrodesis así como la rotura de uno de los tornillos de la osteosíntesis. Ya en 2015 y ante la falta de mejoría del paciente se decide una nueva intervención quirúrgica, con la retirada del material, limpieza de la articulación talo-navicular y escafo-cuneana, reducción, colocación de injerto óseo autologo (tomado de tibia) y fijación con placa de la columna medial así como una osteotomía de lateralización de calcáneo.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Actualmente el paciente se encuentra realizando carga completa y asintomático. En las exploraciones radiológicas de control se aprecian signos evidentes de consolidación ósea.

CONCLUSIONES:

en el síndrome de Müller-Weiss el escafoides tarsiano se encuentra aplanado, con características displásicas, que condiciona una compresión anteroposterior de la cabeza del astrágalo sobre todo en la zona lateral. Esta lateralización de la cabeza del astrágalo provoca una varización subtalar. La osteotomía de lateralización del calcáneo corrige la varización del retropié y disminuye la sobrecarga mecánica en la artrodesis de la columna medial, consiguiéndose mejores resultados finales clínico-radiológicos que con la artrodesis como gesto quirúrgico aislado.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 378**

TÍTULO: **COMPONENTE BIPOLAR VS MONOPOLAR EN FRACTURAS DESPLADAS DE CUELLO FEMORAL EN PACIENTES ANCIANOS. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL.**

AUTORES: **Bergillos Barroso M. González Cuadrado A. V. Jiménez Baquero, J. / Fernández Sainz de Rozas, E. / Leal Robles, A. I.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

Debido al aumento progresivo de la longevidad y por tanto, de la población anciana, la fractura desplazada de cuello femoral tiene una incidencia cada vez mayor a nivel mundial. La hemiartroplastia de cadera es el tratamiento de elección, siendo una técnica que se mantendra en progresión en los próximos años. El propósito del presente estudio es realizar un análisis comparativo entre los dos tipos de hemiartroplastias que se realizan en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado en analisis retrospectivo sobre un total de 153 pacientes, de entre 65 y 99 años sometidos a hemiartroplastia en nuestro hospital (74 monopolares y 79 bipolares) entre los años 2011 y 2014, con un seguimiento minimo de 2 años. En el 98% se hizo un abordaje lateral y en el 2% uno posterior. Se han analizado datos sobre edad, sexo, abordaje, luxaciones, infecciones, reintervenciones y mortalidad. Para la valoración de los resultados en cuanto a calidad de vida se ha utilizado el Oxford Hip Score.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La edad media de los pacientes con prótesis monopolar fue de 89,40 años y de 84,53 en aquellos con bipolar. El 24,18% eran hombres y el 75,82% mujeres. No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a luxaciones, infecciones y reintervenciones. En los pacientes fallecidos, la supervivencia media fue de 11,1 meses en monopolares y 23,3 en bipolares no siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p=0,19). En cuanoto a la valoración de la calidad de vida medida con el Oxford Hip Score, no se han identificado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de prótesis bipolar vs monopolar.

CONCLUSIONES:

mediante nuestro estudio, hemos observado que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros estudiados. Por tanto, podríamos decir que ambas técnicas son equiparables en cuanto a eficacia. Debido al menor coste económico, a la menor complejidad técnica y menor tiempo quirúrgico con el implante unipolar, éste se puede considerar una buena opción de tratamiento para los pacientes ancianos con fractura desplaza de cuello femoral.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 380**

TÍTULO: **MANEJO DE FRACTURAS DE PILÓN TIBIAL EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.**

AUTORES: **Guerrero Mera, J. / Calvo-Rubio García, M.J. / Sánchez Martos, M. / Benabdeljalil, Y. / Moreno Maroñas, J.M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de la superficie articular distal de la tibia se refieren comúnmente a las fracturas de pilón. Estas son lesiones intraarticulares producidas por una carga axial a la tibia con o sin carga de torsión y frecuentemente de alta energía. La fractura del pilón constituye el 1-5% de todas las fracturas de las extremidades inferiores y el 7-10% de todas las fracturas de la tibia. Estas fracturas están caracterizadas por un trastorno articular e una impactación metafisaria. Por lo general, resultan de una caída de una gran altura, accidentes industriales, accidentes de tráfico, o lesiones de deportes de contacto. La reconstrucción de estas fracturas plantea retos significativos, no sólo en la restauración de la compleja estructura ósea de la fractura sino también en el manejo de los tejidos blandos circundantes. La sincronización de la cirugía es crucial. El objetivo del manejo quirúrgico es reducir anatómicamente y fijar los fragmentos intraarticulares y restaurar la longitud, el alineamiento y la rotación de la tibia distal. Se debe proporcionar una estabilización suficiente de los implantes para lograr la unión de huesos. Los resultados de las fracturas de la tibia pilón dependen principalmente de la gravedad del trauma, las condiciones de los tejidos blandos, las comorbilidades, la modalidad de tratamiento y la rehabilitación. Los factores que afectan a los resultados deben investigarse a fondo para lograr resultados satisfactorios.

OBJETIVOS:

Este estudio tiene como objetivo evaluar las variables potenciales que se sabe que afectan el resultado en las fracturas de tibia pilón. Para medir estas variables, se evaluó la incidencia de diferentes complicaciones, la influencia del tipo de fractura, el método de tratamiento quirúrgico y los resultados funcionales de la fijación de 41 fracturas de pilón tibial realizadas en un hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este estudio retrospectivo incluyó a 42 pacientes con 43 fracturas de pilón tibial que fueron tratados quirúrgicamente en nuestro servicio entre marzo de 2012 y abril de 2016 en un hospital de segundo nivel de Andalucía (España). Este grupo de estudio incluyó a 26 hombres y 16 mujeres con una edad media de 47,2±15,2 años. Hubo un caso de fractura bilateral. El 95,4% de los pacientes fueron revisados clínica y radiológicamente de manera periódica

Clasificamos las fracturas de pilón tibial de acuerdo con la clasificación AO de Müller. Estas fracturas se designan con el número 43 (metafisarias): tipo A (fracturas extraarticulares), tipo B (fracturas parcialmente articulares) y tipo C (fracturas totalmente articulares). Con el mismo fin también utilizamos la clasificación de Rüedi/allgöwer. Las fracturas abiertas se clasificaron mediante la clasificación de Gustilo-Anderson. Se utilizó la clasificación de Weber para las fracturas asociadas de peroné.

Se utilizó la escala de puntuación de AOFAS (American Orthopedic Foot and Ankle Society) para valorar los resultados clínicos de los pacientes. Este sistema de puntuación clasifica los ítems evaluados en tres categorías: dolor, función y alineación, 40 puntos asignados al dolor, 50 puntos a la función y 10 a la alineación. Normalmente, una puntuación entre 90 y 100 es excelente, 75-89 bueno, 50-74 regular y <50 pobre.

Realizamos una encuesta de satisfacción a los pacientes sobre el tratamiento y revisiones en consulta asignando un valor entre 0 y 10.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 380**

TÍTULO: **MANEJO DE FRACTURAS DE PILÓN TIBIAL EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.**

AUTORES: **Guerrero Mera, J. / Calvo-Rubio García, M.J. / Sánchez Martos, M. / Benabdeljalil, Y. / Moreno Maroñas, J.M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla**

Los datos utilizados en el estudio fueron obtenidos del archivo clínico y radiológico de la institución. Los datos recogidos se analizaron estadísticamente con el programa estadístico SPSS 15.0. Las comparaciones de variables numéricas y cualitativas intergrupo en más de 3 grupos se realizaron mediante prueba no paramétrica de Kruksal-Wallis. Las comparaciones entre 2 grupos se realizaron mediante la prueba t. U Mann-Whitney prueba que se utilizó para las comparaciones entre los grupos, que no se adaptan a los supuestos paramétricos. Para analizar los datos cualitativos se utilizó la prueba del chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher. El límite de significación estadística se aceptó como $p < 0,05$.

RESULTADOS:

Demografía
Del total de 42 pacientes 26 eran hombres y 16 mujeres. La edad media fue 47,2±15,2.
Tipo de fractura: Las fracturas fueron clasificadas por su apariencia en las radiografías o tomografía computerizada usando el sistema de Arbeitsgemeinschaft fur Osteosnthesefragen/Orthopaedic Trauma Association (AO/OTA). La mayoría de las fracturas fueron clasificadas como tipo C AO/OTA (completa articular) y el subtipo más prevalente fue el C3 (13/41) (completa y metafisaria simple). 5 fracturas de pilón tibial fueron diagnosticadas en pacientes politraumatizados.
Tratamiento
Las decisiones relativas a la técnica de fijación fueron dependientes del cirujano responsable y se hicieron después de la revisión del paciente, la condición de los tejidos blandos, la imagen preoperatoria y también de los hallazgos intraoperatorios.
28 pacientes se sometieron a reducción abierta y fijación interna. Siendo la técnica más utilizada la fijación del peroné con placa y la tibia con tornillos canulados (16 casos).
Trece pacientes fueron tratados con fijación externa. Cuando las técnicas de reducción indirecta permitieron una reducción satisfactoria bajo radioscopia, la fijación externa se utilizó sola (2 casos). Asociado con la fijación externa se realizó la fijación del peroné con placa en 5 casos. Para los demás casos, se realizó una fijación interna limitada mediante tornillos canulados y / o agujas de kirschner para reducir y estabilizar fragmentos articulares y periarticulares (6 casos).
Se presentó fractura de peroné ipsilateral en 36 casos. Y se trató mediante reducción abierta y fijación de placas en 16 casos. La osteosíntesis del peroné se realizó principalmente para restaurar la longitud de la tibia y para controlar el efecto de rotación en el grupo de reducción abierta y fijación interna (ORIF).
Follow-up
Del total de 41 pacientes que sufrieron este tipo de fractura el 50% habían sido dados de alta de las consultas y el resto permanecían en seguimiento. 2 pacientes (4,6%) se perdieron en el seguimiento con una media de 2 meses de revisión después de la cirugía por lo que se consideran perdidos en el seguimiento y se excluyen del análisis de datos adicionales.
Incluidos en los datos de los resultados finales, son por lo tanto un total de 40 pacientes de 41 fracturas con un seguimiento medio de 13 meses (rango IC, 7-21,5).
Infección
La infección surgió como complicación postquirúrgica en el 12,5% de los pacientes.
Se halló relación significativa entre la incidencia de infección y los trastornos de consolidación. Con una incidencia de trastorno de consolidación de 11,4% en los casos sin infección y 60% en los casos con infección.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **ORAL 380**

TÍTULO: **MANEJO DE FRACTURAS DE PILÓN TIBIAL EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.**

AUTORES: **Guerrero Mera, J. / Calvo-Rubio García, M.J. / Sánchez Martos, M. / Benabdeljalil, Y. / Moreno Maroñas, J.M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla**

trastorno de consolidación de 11,4% en los casos sin infección y 60% en los casos con infección. La fijación definitiva se realizó en una variedad de intervalos. La fijación temprana definitiva (cirugía definitiva realizada hasta 48 horas después de la presentación al servicio de urgencias) al contrario que lo expuesto por otros autores previamente parecía estar relacionada con un mayor riesgo de complicaciones de la herida, con una incidencia de infección en estos casos de 11,8% (2 / 17). En este subgrupo, el tipo AO / OTA C fue el más frecuente 76% de los casos. En aquellos pacientes en los que se demoró la fijación definitiva hasta 3 días o más, la incidencia de infección fue 4,6% (1/23). En las fracturas en las que la tibia se fijó con FE la tasa de infección fue 15,4% (2/13). Esto se compara con 10,7% (3/28) tras ORIF.

Trastornos de consolidación

Hubo trastornos de consolidación en 7 pacientes (17,5%), de los cuales 3 casos fueron pseudoartrosis y 4 retraso de la consolidación de la fractura. La clasificación de la fractura fue tipo AO / OTA C en 6 casos.

Artrosis postraumática.

La revisión de las radiografías reveló que 6 pacientes (15%) tenían evidencia de artrosis postraumática. Tres pacientes se habían sometido a una cirugía de artrodesis del tobillo y tres pacientes estaban siendo manejados de forma conservadora y permanecieron bajo seguimiento, con la posibilidad de requerir una intervención quirúrgica en un futuro próximo.

Se observó una relación significativa entre las fracturas tratadas mediante fijación externa (asociada o no fijación interna) y la artrosis postraumatica con una prevalencia de 31,8% con respecto a la ORIF 7,1%.

Cirugía adicional.

De los 13 pacientes (31,7%) que requirieron cirugía adicional, las razones fueron la artrodesis del tobillo por la artrosis postraumática (3), la cirugía en la infección profunda (1) y la retirada de material de osteosíntesis (9).

Resultados clínicos.

Usando la escala de puntuación de AOFAS, la puntuación media fue 74±14 puntos. Los resultados fueron excelentes en 8 casos, buenos en 13, regular en 20 y no se obtuvieron casos cuya puntuación fuera pobre. La puntuación en el apartado de dolor fue 30±9,2, la puntuación de la función fue 37±8,2 y la puntuación de la alineación fue 9±1,3.

Se registró durante el seguimiento de los pacientes una incidencia de complicaciones del 29,3%. Al observar la incidencia de complicaciones según la actitud quirúrgica en relación al uso de fijador externo o no se observó unas incidencias 38,5% y 25% respectivamente. No se observó una diferencia significativa en la puntuación AOFAS en aquellos casos donde se presentaron complicaciones siendo 71,1 y en casos sin complicaciones 75,7 puntos. Solo se halló significación estadística en la diferencia de puntuación entre los pacientes que habían presentado trastorno de la consolidación (64,4) con respecto a los casos que no la presentaron (76,4). La diferencia de puntuación obtenida entre los pacientes cuyas fracturas habían sido tratadas con el uso de fijador externo (con o sin ORIF asociada) y los pacientes en los que no se usó fijación externa en el tratamiento fue de 64 y 77,5 puntos respectivamente, obteniendo una diferencia de puntuación con significación estadística. Por lo que la diferencia de puntuación esperada entre ambos manejos quirúrgicos sería 12,5 (4-21) con una confianza al 95%. La encuesta de satisfacción que se realizó a los pacientes recogió un nivel de satisfacción medio de 8,22±2,25. Sin apreciarse relación entre la satisfacción de los pacientes y la incidencia de complicaciones.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 380**

TÍTULO: **MANEJO DE FRACTURAS DE PILÓN TIBIAL EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.**

AUTORES: **Guerrero Mera, J. / Calvo-Rubio García, M.J. / Sánchez Martos, M. / Benabdeljalil, Y. / Moreno Maroñas, J.M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla**

DISCUSIÓN:

Este estudio retrospectivo de 43 pacientes confirma la dificultad del manejo de las fracturas de pilón tibial y su alta incidencia de complicaciones. Las complicaciones en el seguimiento afectaron a 29,3% de los pacientes y fueron mayoritariamente infecciones o retrasos de consolidación. Estas incidencias son comparables con otras series de la literatura. Al igual que otros autores han señalado anteriormente, encontramos una correlación entre las complicaciones y la severidad de la fractura. Del mismo modo, los trastornos de consolidación fueron asociados con resultados clínicos pobres. La fractura de pilón tibia son casos complejos y necesitan un tratamiento adecuado para limitar la incidencia de complicaciones. Para las fracturas agudas sin lesión cutánea, preferimos una fijación interna estable y rígida en un procedimiento de una etapa. Similar a muchos otros autores, encontramos que la fijación externa definitiva proporcionó mayor incidencia de retrasos de la consolidación y pseudoartrosis que ORIF. Por lo tanto, se considera que la fijación externa debe ser preferentemente utilizada en protocolos de dos etapas como un dispositivo temporal antes de ORIF o fijación interna limitada. Para fracturas con lesiones cutáneas, edema importante de tejido blando o retraso de la cirugía, recomendamos un protocolo de dos etapas como un método seguro para proteger los tejidos blandos similar al de muchos otros autores.

La primera etapa consiste en una reducción aproximada y aplicación de un fijador externo que abarca la articulación del tobillo. La segunda etapa se retrasa de siete a diez días hasta la recuperación del tejido blando y consiste en la reducción definitiva y la estabilización de los fragmentos articulares y la restauración anatómica de longitud y alineación. En un ensayo de dos métodos de tratamiento, Blauth et al. demostraron resultados comparativamente pobres entre los grupos tratados con fijación inmediata y los tratados con un enfoque de dos etapas.

Literatura más reciente promueve la fijación temprana definitiva con buenos resultados después de la cirugía temprana antes del inicio del edema significativo de los tejidos blandos. White et al. Demostró que en las fracturas de AO / OTA tipo C, la reducción abierta dentro de las 36 h de la lesión se asocia con una incidencia de complicaciones de la herida que requiere cirugía adicional de 2,7% después de fractura cerrada. Aceptan que sus resultados van en contra de los datos desfavorables publicados previamente sobre la fijación temprana. Los autores opinaron que esto se debía a los avances en la tecnología de fijación que producían una mejor rigidez estructural y también a la ventana de oportunidad para una cirugía temprana segura que fallaba en 36 horas. Una apreciación de la anatomía de la fractura utilizando imágenes de TC es de suma importancia y exploración de TC preoperatoria se ha demostrado para mejorar la comprensión de la anatomía de la fractura en comparación con la observada en las radiografías simples. McCann et al. han demostrado que los buenos resultados iniciales con incidencias bajas de infección profunda podrían lograrse utilizando la TC. Las limitaciones de este trabajo incluyen el diseño del estudio retrospectivo, tamaño muestral pequeño, múltiples cirujanos involucrados y múltiples métodos de tratamiento.

CONCLUSIONES:

Este estudio recoge resultados y complicaciones tempranas de una serie de fracturas pilón tibial tratadas en un hospital secundario español. Las fracturas distales de la tibia siguen siendo un reto terapéutico para los cirujanos traumatológicos. De acuerdo con la literatura, estas fracturas a menudo se asocian con una alta incidencia de complicaciones. En base a en nuestro estudio, cuando se utiliza fijación externa, la incidencia de complicaciones y artrosis postraumatica es mayor y los resultados funcionales son peores. Creemos que la fijación externa debe reservarse para los traumatismos con lesiones cutáneas graves. Para otros casos, recomendamos ORIF con movilización temprana. Queremos señalar la necesidad de futuros estudios prospectivos aleatorios para determinar la estrategia de tratamiento óptima de manera más precisa y en busca de poder disminuir la incidencia de complicaciones.

COMUNICACIÓN **ORAL 381**

TÍTULO: **RESULTADOS FUNCIONALES DEL REEMPLISSAGE. NUESTRA CASUÍSTICA.**

AUTORES: **Aliaga Guerrero, M. / Tallón López, J. / Flores Ruiz, M.A. / Andrés García, J.A.**

CENTRO: **UGC de Cirugía Ortopédica, Traumatología y Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)**

INTRODUCCIÓN:

La lesión de Hill-Sachs de la cabeza humeral después de una luxación del hombro se encuentra en un 47% de los casos tras la primera luxación glenohumeral y en el 90% de las luxaciones recidivantes. Burkhart y De Beer describieron el defecto óseo en un 67% de los casos de recidivas. El Remplissage, relleno del defecto humeral mediante cpasulodesis posterior y tenodesis del infraespinoso fue descrita por Connolly, J.F en 1972 (cirugía abierta) y Wolf, EM en 2008 (técnica artroscópica) con buenos resultados clínicos.

OBJETIVOS:

Analizamos nuestra casuística sobre las lesiones de Hill-Sachs tratadas mediante Remplissage artroscópico(capsulotenodesis de la cápsula posterior y el tendón infraespinoso). Evaluamos los resultados funcionales en nuestra casuística tras realizar esta técnica.

MÉTODOS:

Se estudian 19 casos de lesión de HIll-Sachs tratados mediante Remplissage desde enero de 2002 hasta diciembre de 2014 con una media de seguimiento por paciente de 15,6 meses. Evaluamos: las características de los paciente intervenidos: edad, sexo, actividad laboral, tipo de deporte que practica; carácter de la lesión: traumatismo previo o no, intervenciones previas y recidivas; y los resultados obtenidos con el tratamiento medidos según la escala de Walsh-Duplay.

RESULTADOS:

Al aplicar la escala de Walsh-Duplay un 27% de los pacientes consideran el resultado como excelente, un 61% bueno y un 11,1% medio. La tasa de luxación o subluxación tras el tratamiento fue de 5,5%. El 90% de los pacientes retoma su actividad previa a la cirugía (30% sin limitaciones; 60% con limitación leve). No encontramos evidencia de pérdida de movilidad.

CONCLUSIONES:

El Remplissage artroscópico para la inestabilidad del hombro es una técnica efectiva para reparar la lesión de Hill-Sachs con respecto a la tasa de recurrencia, la amplitud de movimiento y la función del hombro.

COMUNICACIÓN **ORAL 383**

TÍTULO: VÁSTAGOS CORTOS VS CONVENCIONALES EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA: NUESTRA EXPERIENCIA.

AUTORES: Raya Llorente, M. / Jiménez Baquero, J. / Funes Morante, J.C. / Ballester Alfaro, J.J.

CENTRO: Hospital Universitario de Puerto Real

INTRODUCCIÓN:

Los vástagos no cementados en el tratamiento de la coxartrosis han demostrado buenos resultados a largo plazo para pacientes con buena calidad ósea. El empleo de vástagos cortos, pese a carecer de evidencia científica a largo plazo, supone una serie de ventajas en el tratamiento de los pacientes más jóvenes, siendo la principal la mayor preservación de hueso en fémur proximal, que facilitaría la posterior cirugía de rescate.

OBJETIVOS:

Evaluar la incidencia de complicaciones y la calidad de vida tras la cirugía en dos grupos de pacientes sometidos a artroplastia total de cadera con vástago corto y con vástago estándar.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio retrospectivo sobre un total de 106 artroplastias de cadera implantadas en el Hospital Universitario de Puerto Real entre 2011 y 2015. Se comparan estancia hospitalaria, necesidad de transfusión sanguínea, complicaciones mecánicas y por cualquier otra causa, parámetros radiológicos (reabsorción del calcar, hundimiento, dismetría postquirúrgica, metría de cuello remanente) y dolor en cara anterior de muslo en dos grupos homogéneos de 63 vástagos convencionales (ABG II, Stryker) con 43 vástagos cortos (Nanos, Smith and Nephew; Metha, Braun), implantadas por un mismo cirujano. Se usó T de Student para el análisis de variables cuantitativas y Chi cuadrado para variables cualitativas.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas ($p< 0.05$) en cuanto a estancia hospitalaria postquirúrgica , fracturas periprotésicas, dismetría, complicaciones mecánicas y metría del cuello remanente. El empleo de vástagos cortos supone un avance en la artroplastia total de cadera puesto que preserva mayor stock óseo en fémur proximal, implica menor tiempo quirúrgico y menor incidencia de dolor en cara anterior de muslo. Sin embargo, plantean potenciales complicaciones como la mala alineación o hundimiento.

CONCLUSIONES:

Los resultados avalan el empleo de vástagos cortos en pacientes jóvenes dadas las ventajas clínicas que suponen. Su utilización requiere un adecuado estudio preoperatorio para conseguir una indicación correcta, el conocimiento de la anatomía regional. No se debe olvidar que están sujetos a una curva de aprendizaje en cirujanos con moderada experiencia.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 395**

TÍTULO: **MOMENTO DE LA DESCOMPRESIÓN QUIRÚRGICA EN LA LESIÓN MEDULAR CERVICAL TRAUMÁTICA.**

AUTORES: **Cordero Arriaza, F.J. / Vela Panes, T. / Cano Gómez, C. / García Guerrero, G. / Andrés García, J.A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Puerta del Mar**

INTRODUCCIÓN:

Continúa siendo controvertida la valoración del momento idóneo de la descompresión quirúrgica en el lesionado medular agudo secundario a traumatismo cervical, tanto por ser una patología que se encuentra en continua evolución en nuestro medio, como por la evidencia científica que se puede encontrar al respecto, siendo la mayoría de estudios publicados de nivel moderado o bajo, debido a la dificultad de diseñar trabajos bien estructurados por cuestiones éticas.

OBJETIVOS:

Determinar la influencia en la recuperación neurológica del tiempo desde la lesión a la cirugía en los traumatismos cervicales con lesión medular aguda valorados según la escala ASIA y analizar las variantes morfológicas más comunes en su presentación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de una serie de casos n=34 de pacientes con lesión medular aguda por traumatismo cervical, entre enero de 2005 y diciembre de 2012 en nuestro centro. Se han analizado variables demográficas, tipo de lesión medular (ASIA) al ingreso, tiempo hasta intervención quirúrgica, concepto de descompresión quirúrgica precoz, estancia media, lesión medular al año de evolución, y análisis descriptivo morfológico de las lesiones.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Revisamos 34 casos con lesión medular aguda. De los cuales, el 14,7% eran lesión A de ASIA, un 26,4 tipo B, 38,2% tipo C, y 20,5% tipo D. Se realizó descompresión quirúrgica precoz (<24h) en el 56% de los casos, distribuidos en el 66% de casos B, 69% de casos C, y el 57% de casos D. La revisión realizada al año mostró en las lesiones tipo B una recuperación en el 66% de los casos con respecto a la descompresión tardía; en las tipo C mejoraron todos los casos, y en las tipo D un 75% de los mismos. No se encontró deterioro neurológico en ningún caso intervenido de forma precoz. En el primer año de evolución falleció 1 paciente, afecto de lesión medular aguda tipo B de ASIA, y se perdió el seguimiento de otro paciente con lesión tipo B de ASIA por traslado a otro país. En cuanto a la distribución del tipo morfológico de lesiones del raquis agrupadas por grados de LMA, las predominantes en todos los grupos fueron las fracturas-luxaciones y las fracturas, siendo mucho menos frecuentes el esguince grave, la luxación y la hernia discal postraumática.

CONCLUSIONES:

La descompresión quirúrgica precoz parece influir de forma positiva en la recuperación neurológica de las lesiones medulares cervicales traumáticas, pudiendo realizarse de forma segura en la mayoría de casos, si bien las cuestiones en cuanto al momento de realizarla y el tipo de cirugía continúan siendo controvertidas.
En cuanto al tipo de lesiones del raquis, parece observarse una predominancia de las fracturas asociadas a luxaciones en todos los grados de lesión medular.

COMUNICACIÓN **ORAL 397**

TÍTULO: **RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL ASTRÁGALO VERTICAL CONGÉNITO MEDIANTE YESOS CORRECTORES, REDUCCIÓN ABIERTA Y TRASFERENCIA SUSPENSORIA DEL TENDÓN TIBIAL POSTERIOR.**

AUTORES: **Ruiz Sanz, J. / Abad Lara, J.A. / Dussan Arango, D.M. / Del Fresno Molina, J.A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía**

INTRODUCCIÓN:

El astrágalo vertical congénito es una malformación rara del pie caracterizada por una luxación dorsal del escafoides, verticalización del eje del astrágalo y equino del retropié. Existen numerosas técnicas quirúrgicas descritas para su corrección. En los últimos años se ha popularizado la técnica descrita por Dobbs, mediante corrección progresiva con yesos seriados y reducción cerrada asociada a fijación con aguja de Kirschner. Sin embargo en algunos casos, es preciso realizar reducción abierta para conseguir la corrección

OBJETIVOS:

Presentar una modificación de la técnica de la reducción abierta en el tratamiento del astrágalo vertical congénito, consistente en una trasferencia suspensoria del tendón tibial posterior.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Se presentan 4 casos de astrágalo vertical congénito con edades comprendidas entre los 7 y 30 meses. En todos los casos se colocaron yesos seriados correctores de forma previa a la cirugía. Posteriormente se realiza reducción abierta de luxación escafoidea, realineando el eje astragalino y fijándose con una aguja de Kirschner. Además se asocia una tenotomía de Aquiles y una trasferencia suspensoria del tendón tibial posterior a la porción inferomedial de la articulación astragálo-escafoidea.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En todos los casos se consiguió restaurar en eje normal de astrágalo, consiguiendo valores normales en los ángulos astrágalo-primer metatarsiano, tibio-talar y tibio-calcaneo. Todos los pacientes consiguieron realizar deambulación autónoma sin dolor, con apoyo plantígrado del pie.

CONCLUSIONES:

La asociación de una trasferencia del tendón tibial posterior en la reducción abierta del astrágalo vertical congénito consigue unos excelentes resultados clínicos y radiológicos.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 403**

TÍTULO: **LA RADIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA AP DE PELVIS PREDICE LOS VALORES DE CORRECCIÓN ACETABULAR OBSERVADOS AL AÑO DE LA CIRUGÍA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE OSTEOTOMÍA PERIACETABULAR (PAO).**

AUTORES: **Lirola Criado, J.F., / Zaltz, Ira / Cano Luis, P.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla**
Beaumont Hospital

INTRODUCCIÓN:

La valoración radiográfica de la posición acetabular durante la cirugía de PAO es crucial para un buen resultado clínico y la supervivencia de la cadera tras la reorientación acetabular. Y aunque el uso de fluoroscopio ha mostrado ser válido para la valoración de la cobertura lateral, la posición final del acetábulo requiere un ajuste preciso de la versión y del balance entre la cobertura anterior y posterior, lo que requiere el uso de una Rx AP de pelvis intraoperatoria en posición supina.

OBJETIVOS:

Comprobar si los valores obtenidos en la Rx AP de pelvis en supino intraoperatoria se mantienen en la Rx AP de pelvis en bipedestación realizada al año de la cirugía.

MÉTODOS:

Se revisaron 50 pacientes intervenidos de PAO por displasia sintomática, que contaban con Rx AP de pelvis en supino intraoperatoria y Rx AP pelvis en bipedestación al año de evolución. Se tomaron medidas de los siguientes parámetros: LCEA, ángulo de Tönnis, longitud de la ceja cotiloidea, índice de extrusión, porcentaje de cobertura, medialización, AWI y PWI. La fiabilidad y concordancia de las medidas fue determinada mediante el coeficiente de correlación interclase (CCI) y el método Bland-Altman con intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Fueron revisados 50 pacientes: 48 mujeres/ 2 hombres, 27 caderas izquierdas/ 23 derechas, media de edad 23 años. El CCI fue excelente (>0.75) para LCEA, porcentaje de cobertura, índice de extrusión, medialización y PWI. Fue bueno (0.60-0.74) para ángulo de Tönnis y AWI. Sin embargo, hubo sólo 2º de diferencia intraoperatoria y post-operatoria en el ángulo de Tönnis.

CONCLUSIONES:

La Rx AP de pelvis en supino intraoperatoria bien orientada se correlaciona estrechamente con la Rx AP en bipedestación al año de la cirugía. Cabe destacar que si bien el ángulo de Tönnis y AWI intraoperatorios se correlacionaron peor con la Rx postoperatoria, la diferencia entre ambos fue despreciable y sin relevancia clínica alguna. La posición acetabular ideal tras la reorientación depende del balance de la versión acetabular (AWI/PWI) con la cobertura apropiada de la cabza femoral. La Rx AP de pelvis intraoperatoria se correlaciona extremadamente bien con la Rx AP de pelvis en bipedestación al año y debe usarse en la PAO para determinar la posición del fragmento acetabular.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 407**

TÍTULO: **PRÓTESIS TOTAL TRAPECIO-METACARPIANA O LIGAMENTOPLASTIA DE SUSPENSIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA RIZARTROSIS. EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL.**

AUTORES: **Fernández Sainz-Rozas, E. / González Suárez, J.J. / Jiménez Baquero J. / González Cuadrado, A. / Raya Llorente, M.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

La rizartrosis es una patología frecuente en pacientes en torno a la 4ª-5ª década de la vida, principalmente en mujeres, causando importante dolor y limitación funcional. Existen numerosas técnicas quirúrgicas posibles una vez que fracasan las medidas conservadoras. En nuestro centro hospitalario, realizamos artroplastias protésicas de la articulación trapecio-metacarpiana así como ligamentoplastia de suspensión-interposición.

OBJETIVOS:

Exponer las dos opciones quirúrgicas que utilizamos en nuestro hospital y el resultado que hemos obtenido en los últimos años.

MÉTODOS:

Hemos realizado una revision retrospectiva de 22 pacientes a los que se les colocaron 24 prótesis trapecio-metacarpiana (T-MTC) y de 24 pacientes a los que le realizamos 26 ligamentoplastias de suspensión-interposición, . La gran mayoría de los pacientes intervenidos han sido mujeres (45) y el resto hombres (8), todos ellos con baja-media demanda funcional. El periodo de seguimiento de estos pacientes es de al menos 2 años, habiendo realizado evaluación clínica de los mismos según la escala EVA y el cuestionario DASH.

RESULTADOS:

No se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la escala EVA o cuestionario DASH ni en cuanto a las incidencias de complicaciones, de las que ninguna muestra relación con la técnica quirúrgica. Tampoco se encuentran diferencias en el grado de rizartrosis en el momento de la indicación en ambos grupos. La principal limitación del estudio es la mala calidad del seguimiento de muchos pacientes y la heterogeneidad de los grupos en cuanto a sexo, que podría hacer pensar que no son comparables debido al tamaño de la muestra (p=0,017),

CONCLUSIONES:

En nuestra serie, hemos observado que ambos tratamientos quirúrgicos han presentado resultados similares en cuanto a funcionalidad y dolor. Por tanto podemos concluir que ambas técnicas son útiles para el tratamiento de la rizartrosis grados II-III de Eaton en pacientes con baja-media demanda funcional.

COMUNICACIÓN **ORAL 408**

TÍTULO: **PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN ARTROPLASTIA PRIMARIA DE RODILLA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE DOS PAUTAS DISTINTAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL.**

AUTORES: **Leal Robles A. / Jiménez Baquero, J. / Romero Palacios, A. / Romero Fernández J. / González Cuadrado, A.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

La profilaxis perioperatoria tiene como objetivo disminuir la incidencia de infecciones quirúrgicas, su eficacia ha sido demostrada, pero el momento en que debe administrarse continúa siendo un tema que genera controversia. Hasta 1961 la profilaxis antibiótica se realizaba al final de la cirugía, fue Burke quien demostró los beneficios de de administrarla previa al comienzo de la intervención. La mayoría de los estudios apoyan la administración de dicha profilaxis dentro de las dos horas previas a la incisión quirúrgica; sin embargo otros defienden su aplicación tan próxima a la incisión como sea posible. Si se usa isquemia neumática preventiva, la dosis debe haber sido completada antes de iniciar ésta.

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo ha sido comparar si existen diferencias en la tasa de infección aplicando profilaxis antibiótica una hora antes de la cirugía o intraoperatoriamente, 30 minutos antes de retirar la isquemia.

MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de 300 pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla primaria. A 200 de ellos se les aplicó la profilaxis antibiótica una hora antes de iniciar la cirugía, a 100 de ellos 30 min antes de retirar la isquemia. Se obtienen datos demográficos, de conmorbilidad, estancia hospitalaria e infección.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

No existe relación entre tipo de técnica e infección. Chi cuadrado2.49, odds ratio con intervalo de confianza 95% (0.27-1.34).

CONCLUSIONES:

No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a complicaciones infecciosas entra las dos pautas de profilaxis antibiótica que se han comparado en este estudio.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 412**

TÍTULO: **RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO FEMOROPATELAR MEDIAL . EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL.**

AUTORES: **Fernández Sainz-Rozas, E. / Jiménez Baquero, J. / Raya Llorente, M. / Bergillos Barroso, M. / Leal Robles, A.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

La inestabilidad femoropatelar es una condición incapacitante que afecta principalmente a población joven y activa. Si bien existen decenas de técnicas quirúrgicas destinadas a solucionar este problema, en los últimos años se ha hecho hincapié en la importancia de una reconstrucción anatómica del ligamento femoropatelar medial, que se encuentra dañado en el 90-100% de los casos de luxación completa de la rótula. La controversia continúa centrándose en cómo hacer una correcta indicación de determinada técnica o combinación de técnicas. Los estudios de revisión recientes no terminan de aclarar este aspecto.

OBJETIVOS:

Se presenta una serie de 7 casos intervenidos en nuestro centro junto con los resultados obtenidos y descripción de la técnica utilizada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presentan 7 pacientes intervenidos de forma consecutiva por inestabilidad femoropatelar (luxaciones completas recurrentes). Exponemos el estudio preoperatorio de los pacientes y la técnica quirúrgica. En todos se ha realizado una exploración artroscópica de la rodilla con liberación artroscópica del retináculo lateral; en todos se ha realizado ligamentoplastia del MPFL con autoinjerto de grácilis, con fijación patelar (túnel único) mediante el sistema de suspensión G-lok y fijación femoral con tornillo interferencial de 7 mm.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Una paciente, intervenida previamente por inestabilidad multidireccional con técnicas mixtas, ha precisado retirada del implante y no ha presentado mejoras en su situación basal. Los 6 pacientes restantes han presentado buena evolución sin complicaciones de las heridas quirúrgicas. Dos de ellos han presentado episodios autolimitados de dolor en relación con el túnel femoral. Ninguno ha presentado nuevos episodios de luxación rotuliana desde la intervención y han retomado un nivel de vida normal.

CONCLUSIONES:

La inestabilidad femoropatelar continúa siendo una patología difícil de tratar y todavía no están bien establecidos los límites para las distintas técnicas quirúrgicas. En nuestro centro, en pacientes seleccionados sin displasia troclear grave, con ángulo Q dentro de la normalidad y con altura de patela en los límites de la normalidad, usamos la técnica quirúrgica descrita con buenos resultados hasta el momento. Pacientes con alteraciones graves del eje de los miembros inferiores y displasias trocleares severas requieren normalmente una combinación de dos o más técnicas.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **ORAL 416**

TÍTULO: **FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE HÚMERO. SERIE DE 10 CASOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

AUTORES: **González Del Pozo, J. / Andrés-Cano, P. / Belascoain, E. / Giráldez, M.A. / Cano-Luis P.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas periprotésicas de húmero son infrecuentes y en ocasiones difíciles de tratar. Los artículos en la bibliografía sobre este tema son escasos y no existe un consenso establecido sobre el manejo adecuado de este tipo de fracturas. El objetivo de este estudio fue comparar nuestros resultados con los publicados en la bibliografía, con el fin de mejorar nuestra asistencia y proponer un algoritmo de manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional sobre una serie de 10 casos de fracturas periprotésicas de húmero tratados en la unidad de Traumatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío (2009-2016) con un seguimiento medio de los pacientes de 23 meses. Se realizó un análisis de variables sociodemográficas, radiológicas y quirúrgicas. Se revisaron clínicamente y telefónicamente mediante las escalas UCLA Shoulder Score y Quick-DASH. A continuación, se realizó una búsqueda sistemática en Pubmed sobre las fracturas periprotésicas de húmero, para la realización de una revisión bibliográfica con la que comparar nuestra serie.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Analizamos 10 pacientes con una media de edad de 69,4 años (37-91), de los cuales 5(50%) fueron mujeres y 5 (50%)hombres. El 100% de las fracturas se produjo tras una caída desde su propia altura, el tiempo medio desde la artroplastia hasta la fractura periprotésica fue de 81,6 meses (26-126). El 90% pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente mediante reducción abierta y fijación interna (RAFI), mientras que en un paciente se optó por retirar la prótesis y fijar la fractura mediante enclavado endomedular. Todas las fracturas consolidaron adecuadamente a los 7,2 meses (5-15) excepto una que no lo hizo tras 12 meses de seguimiento y actualmente se encuentra en pseudoartrosis y pendiente de completar tratamiento. En escala UCLA hubo un descenso de 10,66 puntos, y un aumento de 25,55 puntos en el QUICK- DASH, al final del seguimiento. Como principal complicación 2 pacientes presentaron parálisis del nervio radial.

CONCLUSIONES:

Las fracturas periprotésicas de húmero son poco frecuentes, aunque en el futuro es de esperar que su número incremente, dado el aumento de paciente a los que se le ha implantado una prótesis de hombro. Además supone un reto para el traumatólogo dada la baja incidencia de esta lesión y la escasa evidencia en la bibliografía sobre su manejo. En nuestra serie de casos hemos encontrado similitudes en la bibliografía, en relación con los aspectos demográficos y con la obtención de buenos resultados radiográficos, que no se corresponden con el resultado funcional de los pacientes.

COMUNICACIONES PÓSTER

COMUNICACIÓN **PÓSTER 001**

TÍTULO:

CORRECCIÓN DEL PERFIL SAGITAL TRAS FRACTURAS DE CHARNELA DORSOLUMBAR

AUTORES: **Rodríguez Vázquez, F. / Lorite Álvaro, D.**

CENTRO: **Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas vertebrales del adulto a nivel del transito toracolumbar cursan con alta frecuencia con cifosis segmentaria que en ocasiones alteran el perfil sagital del paciente produciendo dolor y limitación importante

OBJETIVOS / MATERIAL Y MÉTODO:

La reestructuracion del perfil sagital en estos casos resulta indispensable para la favorable evolucion del paciente

RESULTADOS:

Presentamos casos de fracturas vertebrales del adulto a nivel de la charnela dorsolumbar tratados de forma quirúrgica para reestablecer el perfil sagital, en caso de fracturad agudas y en fase de secuelas.

CONCLUSIONES:

* Se adjuntan estudios radiológicos pre- y postquirurgicos.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 002**

TÍTULO: **LIGAMENTOPLASTIA ACROMIOCALVICULAR POR MIS EN LUXACIONES TRAUMÁTICAS DE PACIENTES JÓVENES**

AUTORES: **Rodríguez Vázquez, F. / Lorite Álvaro, D. / Pérez Grandal, C.**

CENTRO: **Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)**

INTRODUCCIÓN:

Se presentas 4 casos de luxación acromioclavicular grado V en pacientes jóvenes tratadas mediante cirugía mínimamente invasiva con sistema de fijación Zip Tigh (Biomet).

RESULTADOS:

Presentamos resultados a medio plazo.

CONCLUSIONES:

Se presentas radiografias pre- y postquirúgicas así como imagenes de exploración de los pacientes. Se presentan complicaciones aparecidas en nuestra serie

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 003**

TÍTULO: **SÍNDROME DE COLA DE CABALLO POR HEMATOMA EPIDURAL TRAS REINTERVENCIÓN DE RAQUIS LUMBAR.**

AUTORES: **Rodríguez Vázquez, F. / Lorite Álvaro, D. / Pérez Grandal, C.**

CENTRO: **Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)**

INTRODUCCIÓN:

Se presenta un caso de reintervención de columna lumbar que cursa en el postoperatorio inmediato con sd. de cola de caballo causado por un hematoma epidural.

OBJETIVOS / MATERIAL Y MÉTODO:

Se presentan imagenes de RNM pre y postquirugicas.

RESULTADOS:

Se comentan las complicaciones de la reintervencion del raquis lumbar, centrandose en la lesion neurologica.

CONCLUSIONES:

Se presenta bibliografía

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 004**

TÍTULO: CÓMO UNA TÉCNICA PERCUTÁNEA DEL HALLUX VALGUS PUEDE TERMINAR EN UNA TÉCNICA DE RECONSTRUCCIÓN CON BIOMEMBRANA

AUTORES: Pérez Romero DM, Luque Valenzuela M, Quirante García S.

CENTRO: Complejo Hospitalario Universitario de Granada

INTRODUCCIÓN:

La técnica de Masquelet se utiliza para solventar defectos óseos debidos a fracturas, infecciones o tumores. Durante un primer tiempo quirúrgico se pretende crear una membrana biológica mediante la preparación de la zona afectada y la colocación de un espaciador de cemento de polimetilmetacrilato (PMMA). En un segundo tiempo, tras abrir la biomembrana, se retira el espaciador y el espacio se rellena con injerto óseo.

OBJETIVOS:

Se presenta una complicación poco frecuente de la cirugía de Hallux Valgus percutánea así como su tratamiento con la técnica de Masquelet realizada en el primer dedo del pie derecho.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentar el caso de una paciente de 63 años, intervenida en un centro privado hacía años de Hallux Valgus derecho mediante cirugía percutánea que acudió a consultas por dolor del primer dedo del pie derecho similar al que tenía previamente, asociado a rigidez en flexo y reaparición del bunion. Aunque tanto la clínica como las radiografías en carga dorsoplantar y lateral parecían apuntar hacia un caso estándar de recidiva de la corrección, al comenzar la cirugía gran cantidad de pus y detritus surgieron a través de la incisión primaria. Debido a ello, se postergó dicha cirugía y en su lugar se realizó el primer tiempo de la técnica de Masquelet, procurando mantener la longitud del primer radio con espaciador de cemento y aguja K intramedular dado el defecto óseo presente. Se mandaron muestras a Microbiología que informó del crecimiento de Serratia.spp resistente a ácido clavulánico, por lo que se instauró tratamiento con Carbapenem y Ciprofloxacino. Diez semanas después, con la infección resuelta, se realizó el segundo tiempo de la técnica de Masquelet en el que se constata la formación de biomembrana suficiente, se retiró el espaciador, se rellenó el defecto con injerto autólogo y de banco, se fijó el segmento con una placa y se suturó la biomembrana sobre el montaje.

RESULTADOS:

Actualmente la paciente se encuentra en periodo de recuperación tras el segundo tiempo quirúrgico, con buena evolución clínico-radiológica.

CONCLUSIONES:

A pesar de que las recidivas en la cirugía de antepié tanto abierta como percutánea son relativamente frecuentes, la infección de la cirugía percutánea es bastante rara. La técnica de Masquelet, aunque ampliamente utilizada en la reconstrucción de huesos largos, no ha sido empleada tan asiduamente en la primera articulación metatarsofalángica del pie. En nuestra experiencia es un procedimiento seguro y efectivo en casos complicados, que permite realizar cirugía de salvamento evitando técnicas más agresivas y amputaciones.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 005**

TÍTULO: ÉXITO DEL MÉTODO PONSETI APLICADO A RECIDIVA EN VARÓN DE 9 AÑOS

AUTORES: Luque Valenzuela M. / López Molina. I. / Cendrero Torrado, A.

CENTRO: Complejo Hospitalario Universitario de Granada

INTRODUCCIÓN:

El pie zambo o equinovaro es una deformidad del desarrollo que tiene lugar en torno a la 16 semana de gestación debido a una extrema flexión, aducción e inversión de los huesos del tarso. El método Ponseti consiste en una corrección gradual mediante yesos seriados que se cambian semanalmente. Posteriormente se asocia una tenotomía del tendón de Aquiles para terminar de corregir la deformidad en equino.

OBJETIVOS:

Presentar cómo el tratamiento con yesos de Ponseti puede tener buenos resultados en niños mayores

MÉTODO:

Se presenta el caso de un paciente que fue remitido a nuestra Unidad a los 7 años por recidiva de pie zambo izquierdo intervenido hacía 6 años. Presentaba Pie izquierdo más corto con tobillo en varo y adductus irreductible del antepie, cavo discreto y apoyo sobre el borde externo del pie. Deformidad en lado externo sobre la columna externa. En la proyección lateral de la radiografía presentaba ángulo de Moreau- Costa-Bartani de 101º/115º con ángulo de divergencia astrágalo-calcáneo casi perdido. Al encontrarse asintomático el paciente fue seguido en la consulta hasta que a los 9 años presentó pie izquierdo es rígido, llegando sólo a unos 70º de flexión dorsal y aducto de antepié bilateral. Se decidió realizar tratamiento con el método Ponseti con cambios de yesos semanales durante 10 semanas. Posteriormente se comprobó la integridad del tendón tibial anterior mediante ecografía y se realizó una transposición del tendón tibial anterior de la primera a la tercera cuña.

RESULTADOS:

Actualmente el paciente realiza correctamente 100º de flexión dorsal con el pie izquierdo y se encuentra asintomático

CONCLUSIONES:

Habitualmente se recomienda empezar el tratamiento con yesos tan pronto como sea posible ya que los pies son más flexibles. Sin embargo, su uso está indicado hasta la segunda infancia. En algunos de estos casos puede ser necesaría posteriormente alguna intervención complementaria pero en cualquier caso la mejoría de la deformidad llevará a que este acto quirúrgico sea menor que si no se utilizaran los yesos.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 006**

TÍTULO: **FRACTURA DE HOFFA. UNA INUSUAL LESIÓN DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

AUTORES: **Rodríguez Huguet, P. / Pérez Sánchez, A. / Sotelo Sevillano, J.**

CENTRO: **Hospital Punta Europa**

INTRODUCCIÓN:

La fractura de Hoffa es una infrecuente fractura intraarticular a nivel de fémur distal, uni o bicondilares en el plano sagital. La mayoría precisan tratamiento quirúrgico para conseguir un buen resultado funcional. Recientemente se han utilizado técnicas con sistemas de síntesis más simples con tornillos canulados tipo Herbert bajo visión directa usándose un abordaje mínimamente invasivo.

OBJETIVOS:

Comunicar un caso de una fractura de baja prevalencia, y con frecuente repercusión funcional tratada con un abordaje mínimamente invasivo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 37 años, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por dolor a nivel de rodilla izquierda tras caída de unos dos metros de altura.
A la exploración se aprecia inflamación y derrame en rodilla izquierda sin aparente deformidad y sin alteración neurovascular asociada.
Tras estudio mediante RX y TC se evidencia fractura del cóndilo femoral lateral en el plano sagital (fractura de Hoffa) con desplazamiento articular de unos 4 mm. Se procede a reducción abierta mediante abordaje anterolateral mínimamente invasivo con artrotomía pararrotuliana externa, apreciándose conminución en la zona de carga, consiguiendo reducción y fijación estable de los fragmentos con tornillo canulados tipo Herbert de 4 mm de diamétro.

RESULTADOS:

Tras la cirugía, se inmovilizó con férula inguinopédica en extensión durante dos semanas, y posteriormente se colocó ortesis articulada permitiendo incremento de rango de movilidad de 30º cada dos semanas. La carga se autorizó a partir del 3 mes. Actualmente el paciente no presenta dolor, pero su rango articular, pasado un año de la cirugía es de 0-100º, apreciándose en RX actuales, consolidación de la fractura. Las fracturas de Hoffa son fracturas poco frecuentes, pero suponen el 40% de las fracturas de las fractura articulares de fémur distal (tipos B y C), y describen una fractura en el plano sagital, que con frecuencia se asocian a traumatismos de alta energía, estando la rodilla en flexión. El tratamiento conservador no se recomienda, ya que se asocia a numerosas complicaciones. El tratamiento de elección consisten en reducción abierta y fijación interna, habiendo sido descritos numerosas técnicas por diferentes autores.

CONCLUSIONES:

- Las fracturas de Hoffa son fracturas poco frecuentes y describen una fractura en el plano sagital, que con frecuencia se asocian a traumatismos de alta energía, estando la rodilla en flexión.
- La utilización de tornillos de compresión tipo Herbert en el plano AP aportan estabilidad rotacional
- El uso de un abordaje mínimamente invasivo y este tipo de tornillos permite minimizar los defectos a nivel del cartílago articular

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 009**

TÍTULO: **PLAN TERAPÉUTICO ANTE SINDACTILIAS EN EL SÍNDROME DE APERT.**

AUTORES: **Pérez del Río, V. /Martínez Medina, R. I. / Granero Molina, J.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario Málaga**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Apert es un trastorno genético, de herencia autosómica dominante aunque la mayoría de casos se deben a mutaciones de novo, caracterizado por craneosinostosis, hipoplasia de tercio medio de la cara y sindactilia de pies y manos junto con retraso mental de diverso grado.

OBJETIVOS:

La detección temprana de este síndrome es vital debido a que la rápida instauración por parte de los diferentes especialistas debe comenzar desde el momento del nacimiento para mejorar el pronóstico de vida y obtener un buen resultado funcional, estético y psicosocial que repercutirá en su calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de una niña diagnosticada de Sindrome de Apert al nacimiento, y tratada en nuestro Servicio desde los 5 años tras haber sido intervenida por Cirugía Maxilofacial, Otorrinolaringologia y Neurocirugía.

RESULTADOS:

Se decidió tratamiento quirúrgico de ambas manos y pies en tres intervenciones seriadas y espaciadas en el tiempo, comenzando en el 2012 con comisurotomía 1o dedo pie derecho y comisutomía 2-4o dedo mano derecha. Se realizaron incisiones en Z, exéresis de barra ósea en la sinostosis de 1oy 2o metatarsianos de pie derecho e injerto libre de piel inguinal sin complicaciones postoperatorias.
En 2013 fue reintervenida con la realizacion de colgajo en 2o comisura de mano izquierda tipo Swan dorsal y Z con aporte de injerto libre de piel completa desgrasada procedente de region inguinal izquierda.
En 2015 se realiza comisurotomía 2o mano derecha con diseño de colgajo tipo Swan.
en ningún momento ha presentado retracción de los dedos ni otra complicación postoperatoria a corto ni largo plazo.

CONCLUSIONES:

El sindrome de Apert o acrocefalosindactilia es una enfermedad de origen genético con una frecuencia de 1 de cada 160000 nacidos vivos, con una distribución equitativa entre ambos sexos.
Se caracteriza por malformaciones específicas en cráneo, tercio medio de cara, manos y pies. Debe ser tratado desde el nacimiento por un equipo multidisciplinar.
En cuanto al tratamiento ortopédico de las sindactilias, destacar que debe ser reparadas en intervenciones seriadas para no comprometer la vascularización de los dedos.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 010**

TÍTULO: **OSTEOCONDROMA COMO CAUSA DE SNAPPING ESCAPULAR.**

AUTORES: **Muñoz-López, RC. / Martínez-Ortega, M. / Uceda-Carrascosa, MP. / Muñoz Reyes, F.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba**

INTRODUCCIÓN:

Se expone el caso de un paciente de 18 años que acude por presentar sensación de dolor y crepitación en la parte posterior de la espalda al mover el hombro derecho. Tras la exploración clínica y técnicas diagnosticas se descubre un síndrome de snapping escapular causado por un osteocondroma a nivel de escápula.

OBJETIVOS:

Mostrar el caso de un paciente con un síndrome poco frecuente en la clínica cuya etiología de base era tumoral.

MÉTODO:

Se procede al estudio de un paciente de 18 años con dolor y crepitación a nivel escapular derecho cuando realizaba ejercicios de movilización del hombro ipsilateral por encima d ela cabeza. El paciente no presentaba disminución de la fuerza ni alteración de la sensibilidad del miembro dañado, no obstante se quejaba del dolor persistente a la movilización del mismo y con el ejercicio. Al paciente se le solicita previamente, una prueba ecográfica resultando anodina; y posteriormente se le practica una resonancia magnética; siendo diagnóstica para una tumoración de unos 3 cm compatible con ostecondroma en el margen profundo y medial de la escápula, protruyendo el mismo sobre el tercer espacio intercostal.

Se realiza extirpación quirúrgica de la tumoración mediante una incisión vertical sobre el borde medial de la escápula y centrada sobre el ángulo superointerno de la misma. Se elevan los músculos romboides y elevador de la escápula para acceder al tumor que es resecado con éxito y enviado a anatomía patológica (se confirma el resultado de osteocondroma) con posterior reinserción de la musculatura. Tras la cirugía, el paciente se mantiene inmovilizado durante 4 semanas tras las cuales comiena la rehabilitación.

RESULTADOS:

El paciente tras 6 meses de la cirugía se encuentra con ausencia completa de los síntomas y balance articular completo de las articulaciones escápulo-humeral y escápulo –torácica. La patología de la articulación escapulotorácica está poco valorada en la práctica clínica diaria, por lo que la bursitis y el síndrome de snapping escapular son diagnósticos poco comunes. Su pronto diagnóstico y tratamiento son claves para reducir la impotencia e incomodidad del paciente, siendo para ello fundamental la sospecha de este síndrome. Además en este caso, el manejo de masas escapulotorácicas requiere una correcta aproximación desde el punto de vista oncológico para confirmar la etiología benigna o maligna de la misma. En los últimos años se está poniendo de moda entre la literatura el tratamiento de este síndrome por vía artroscópica, lo cual aceleraría la recuperación de los pacientes frente al tratamiento abierto, no por ello siendo una técnica con una curva de aprendizaje fácil, dada la rarera de la aparición de este síndrome.

CONCLUSIONES:

El síndrome de snapping escapular es un cuadro más que añadir a la patología del hombro el cual, muchas veces puede pasar desapercibido si no se piensa en él, pudiendo llegar a ser invalidante para la persona que lo padece.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 012**

TÍTULO: **LUXACIÓN DE RODILLA: RECONSTRUCCIÓN DEL APARATO LIGAMENTARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **González López, M.C. / Campuzano Bitterling, B. / Rial Valverde, D.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena**

INTRODUCCIÓN:

La luxación de rodilla es una lesión grave y poco común, representando menos del 0,2% de todas las lesiones traumatológicas. Es nomalmente causada por mecanismos de alta energía, siendo los accidentes de tráfico el origen de más del 50% de los casos y las lesiones deportivas menos de un tercio del total.
La luxación de rodilla implica una completa disrupción de la articulación tibiofemoral, que resulta en una lesión multiligamentaria, definida más comúnmente como rotura de al menos dos de las cuatro estructuras ligamentarias principales de la rodilla: ligamento cruzado anterior, ligamento cruzado posterior, corner posterolateral (colateral lateral, popliteo y popliteoperoneo) y ligamento colateral medial.
La incidencia de lesión vascular oscila entre el 5 y el 65%, dependiendo del mecanismo lesional. La incidencia de lesión nerviosa varía del 4,5 al 40%, siendo el nervio peroneo común el más frecuentemente afectado.
El manejo de las luxaciones de rodilla es un tema controvertido actualmente. La reparación directa de los ligamentos o la reconstrucción mediante plastias, el uso de injerto autólogo o aloinjerto, abordaje abierto o artroscópico y momento de realización de la cirugía son áreas de controversia en la literatura disponible.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 54 años que sufre traumatismo de alta energía sobre rodilla izquierda EN accidente con maquinaria pesada. A la exploración a su llegada a Urgencias presenta erosiones en cara anterior y posterior de rodilla con sangrado muy escaso. Deformidad evidente de rodilla e impotencia funcional, sin existir alteraciones vasculonerviosas detectables a la exploración. Radiografía simple: luxación lateral de rodilla izquierda y luxación lateral de rótula izquierda. Tras la reducción de la luxación, se realiza inmovilización con férula inguinomaleolar. AngioTAC: No existe afectación vascular, buena repleción con el contraste de los troncos arteriales y venosos principales sin signos indicativos de sangrado activo. RMN: rotura del LCP en su segmento proximal. Rotura completa del LCA. Disrupción del ligamento colateral medial con hematoma de partes blandas compatible con rotura del ligamento. Rotura del ligamento colateral externo. A las 4 semanas de la lesión se realiza intervención quirúrgica en la que se lleva a cabo:

1) Reconstruccion de LCP y LCA mediante vía antero-interna. Se realiza plastia del LCP con injerto autólogo (tendones isquiotibiales), fijándose mediante un sistema endobutton en fémur y con un tornillo interferencial en tibia. Se realiza plastia del LCA con aloinjerto (HTH) y se fija con tornillo interferencial en fémur y tibia
2) Reconstrucción de LLI con aloinjerto (tendón de Aquiles). Fijación con tornillo interferencial en epicóndilo medial femoral y en tibia con 2 grapas.
3) Reconstrucción del LLE y PPe (PAPE) con aloinjerto (tendón tibial anterior) según técnica de Larso. Se identifica el CPE para evitar lesionarlo. Se realiza tunelización en cuello del peroné y fijación en epicóndilo con un tornillo interferencial.

Tras la cirugía, se inmoviliza con ortesis con la rodilla bloqueada en extensión. Desde el primer momento se indican ejercicios de fortalecimiento de cuádriceps con la rodilla en extensión. La rehabilitación comenzó aproximadamente al mes de la cirugía, con ejercicios para recuperar la flexoextensión. Se mantuvo en descarga completa 4 semanas, para luego comenzar carga progresiva con bastones.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 012**

TÍTULO: **LUXACIÓN DE RODILLA: RECONSTRUCCIÓN DEL APARATO LIGAMENTARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **González López, M.C. / Campuzano Bitterling, B. / Rial Valverde, D.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena**

RESULTADOS:

A los tres meses de la cirugía, la rodilla es estable. El balance articular activo es de 5-60º, llegando la flexión a 80º de manera pasiva. No presenta dolor. Atrofia muscular acusada. Aún se encuentra realizando sesiones de rehabilitación.

CONCLUSIONES:

Las luxaciones de rodilla son lesiones muy graves que requieren una evaluación emergente y a menudo requieren un abordaje multidisciplinar. Detectar posibles lesiones vasculares es la principal prioridad en la exploración inicial. Actualmente existen controversias acerca de los resultados obtenidos con los diferentes métodos de tratamiento (intervención temprana o tardía, selección del injerto, reparación o reconstrucción de las estructuras laterales y los regímenes de rehabilitación). Se han descrito una amplia variedad de técnicas, pero el objetivo de todas es reconstruir los estabilizadores primarios lo más anatómicamente posible.
Es fundamental la secuencia seguida a la hora de la restauración de los ligamentos para conseguir la congruencia anatómica de la articulación. EL LCP es reconstruido en primer lugar para prevenir la excesiva tensión de la plastia de LCA que puede llevar a un excesivo desplazamiento posterior de la tibia respecto al fémur. Tras la reconstrucción de los ligamentos cruzados, se llevará a cabo la reparación o reconstrucción del ligamento colateral medial y corner posteroexterno.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 013**

TÍTULO: **ARTROPATÍA NEUROPÁTICA INFANTIL POR INSENSIBILIDAD CONGÉNITA AL DOLOR. A PROPÓSITO DE TRES CASOS.**

AUTORES: **Pérez del Río, V. / Martínez Medina, R. I. / Granero Molina, E. J.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La artropatía neuropática, también conocida como artropatía de Charcot, se define como el conjunto de lesiones articulares que aparecen a consecuencia de alteraciones de la inervación sensitiva de las articulaciones. La causa más frecuente son lesiones del SNC aunque en países desarrollados es la diabetes mellitus la enfermedad que con mayor frecuencia la causa.

OBJETIVOS:

Se presentan tres casos de nuestro servicio con alteraciones genéticas responsables de una insensibilidad congénita al dolor que presentan a lo largo de su evolución serias alteraciones en distintas articulaciones.

MÉTODO:

La primera paciente es una niña de 13 años con retraso madurativo y neuropatía sensitivo-vegetativa congénita tipo IV derivada desde Pediatría por un cuadro de paraparesia progresiva con un dudoso antecedente traumático de meses de evolución. Tras exploración clínica y pruebas complementarias se diagnostica de fractura de cuerpo vertebral de L4 con intensa destrucción articular compatible con artropatía neuropática.
El segundo paciente es un varón diagnosticado de neuropatía sensitivo-vegetativa congénita tipo IV que debuta con dismetría en miembro inferior izquierdo y que en la radiografía muestra una destrucción articular de cadera izquierda.
La tercera paciente es una niña que a los 10 años con antecedentes de neuropatía hereditaria sensitiva tipo IV y herida en lengua de autogestiones que sufre una fractura de fémur que se reduce y fija mediante clavo TENS.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La primera paciente fue intervenida mediante fijación transpedicular L3-L5 por vía posterior, reducción del muro posterior de L4 y toma de muestras que se enviaron a Anatomía Patológica quienes confirmaron el diagnóstico de artropatía neuropática. Reingresa 5 meses tras la intervención por colección líquida en zona cicatricial, se realiza TC que informan de pseudoquiste en el contexto de artropatía que destruye L4 y moviliza el material de osteosíntesis. Se decide reintervención y extracción de fijador vertebral. Se apreciaba movilidad anormal del segmento. No se encontraron colecciones en ninguno de los planos anatómicos. Se inmovilizó con corsé rígido tipo Knight y tras intenso tratamiento rehabilitador la paciente ha logrado deambulación con ayuda. En el paciente varón con artropatía neuropática de cadera izquierda se desestimó tratamiento quirúrgico durante su infancia y está en seguimiento por la Unidad de Cadera de nuestro Hospital. La tercera paciente presentó una evolución tórpida con diagnostico diferencial de ostemielitis cuya biopsia confirma artropatía neuropática con importante destrucción femoral, articulación femorotibial y tibioastragalina que origina una dismetría de 15 cm tratada de forma conservadora mediante férula ortopédica articulada con bitutor.

CONCLUSIONES:

Por definición, la artropatía neuropática ocurre como resultado de un daño en el sistema nervioso. Se distinguen cinco tipos de neuropatía hereditaria sensitivo-autonómica, siendo la tipo IV (la cual asocia anhidrosis) la que presenta mayor grado de insensibilidad.
Clínicamente en estas neuropatías se pueden producir lesiones a diversos niveles como consecuencia de la pérdida de la sensibilidad dolorosa. Las alteraciones que se asocian con mayor frecuencia son: fracturas múltiples, articulaciones de Charcot, dismetría de extremidades inferiores, osteomielitis, artritis séptica, luxaciones, autoamputaciones, automutilaciones y escoliosis progresiva.
Es necesario un tratamiento multidisciplinar y especializado junto con la colaboración paterna para minimizar las complicaciones de esta enfermedad potencialmente grave. En ausencia de tratamiento etiológico, el tratamiento sintomático adquiere una gran importancia. Se evitaran en lo posible los procesos de riesgo, producción de fracturas, mordeduras, roces, infecciones y mutilaciones.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 014**

TÍTULO: **RAQUITISMO DE ORIGEN CARENCIAL: A PROPÓSITO DE TRES CASOS DE NUESTRO SERVICIO.**

AUTORES: **Pérez del Río, V. / Granero Molina, E. J. / Martínez Medina, R. I.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

Se trata de una enfermedad que produce un defecto de mineralización de matriz orgánica del esqueleto por déficit local de iones de calcio y fósforo necesarios para la formación de cristales de hidroxiapatita, y por lo tanto para la mineralización del tejido osteoide, y que afecta al hueso en crecimiento.
Tiene mútiples causas, entre ellas destaca el déficit nutricional de Vitamina D, alteración en la reabsorción tubular renal de fósforo, enfermedad intestinal que produzca malabsorción.

OBJETIVOS:

Se presentan tres casos de nuestro servicio que presentaban deformidades óseas múltiples que fueron estudiadas en el contexto de displasia ósea, mucopolisacaridosis y raquitismo severo. A propósito de ellos, se lleva a cabo una revisión bibliográfica.

MÉTODOS:

La primera paciente es una niña de 4 años, procedente de Senegal sin revisiones pediátricas desde el nacimiento, que presenta múltiples deformidades óseas: escoliosis dorsolumbar con curva de convexidad lumbar izquierda, genu valgo severo, cubito valgo, mano zamba radial, fémur proximal en cayado, protusión de mesetas tibiales internas. Tórax arrosariado. El mapa óseo mostraba severa afectación de huesos largos que muestran deformidad y arqueamiento con alteraciones en la trabeculación que es irregular y refuerzo en cortical interna de fémures y externa de tibias. Afectación epifisaria proximal y distal de fémur con ensanchamiento de metáfisis. En brazos: húmeros toscos con alteración de la trabeculación y menor afectación epifisaria. Marcado acortamiento y arqueamiento de radios con metáfisis distal muy ensanchada con afectación epifisaria. La segunda paciente es una niña de 2 años y 8 meses, de raza negra, con inicio de deambulación a los medio año antes con marcha tambaleante e inestable y un genu varo por lo que es derivada a nuestra consulta. A la exploración destaca un genu varo marcado y un ensanchamiento epifisario de cúbito y radio. Hiperlordosis lumbar compensatoria. La radiografía muestra afectación epifisaria con ensanchamiento de metáfisis distal de fémur.
La tercera es una niña española de 15 meses que presenta un genu varo, motivo por el cual es derivada a nuestras consultas.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Las dos primeras pacientes fueron estudiadas por Endocrinología y Nefrología Pediátrica, descartándose entre los diagnósticos diferenciales afectación en la reabsorción tubular renal de fósforo, displasia ósea, mucopolisacaridosis y Síndrome de Stuve-Wiedemann, llegándose al diagnóstico de RAQUITISMO de origen CARENCIAL e iniciándose tratamiento con vitamina D y carbonato cálcico hasta normalización de valores y del cociente Ca/Cr.
La tercera paciente durante su estudio presenta hipofosfatemia con hipofosfaturia e hiperfosfatasia con estudio genético del gen PHEX y FGF 23 normales. Se inicia tratamiento con Vitamina D3 y sigue revisiones con Nefrología Pediátrica.

CONCLUSIONES:

El raquitismo es un trastorno de la mineralización ósea del hueso en crecimiento. La causa más frecuente es la carencia por deficiencia de vitamina D. El raquitismo carencial fue una verdadera epidemia en los siglos pasados en las ciudades, llegando a unas tasas del 25% de la población infantil en el Reino Unido. Con el conocimiento de la enfermedad, se iniciaron campañas de prevención mediante profilaxis con vitamina D, con lo que en el mundo desarrollado, se consideraba prácticamente erradicado. Sin embargo, en los últimos años parece existir un resurgimiento de la enfermedad, sobre todo en determinados grupos de riesgo, como inmigrantes de piel oscura. En los países en vías de desarrollo, es a día de hoy una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes en la infancia

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 015**

TÍTULO: **PARAPLEJÍA POR ESPONDILODISCITIS EN EL CONTEXTO DE UNA NEUMONÍA Y FRACTURA OSTEOPORÓTICA.**

AUTORES: **Martínez Medina, R.I. / Pérez del Río, V. / Granero Molina, E.J.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La osteomielitis vertebral engloba a dos cuadros según su localización: la espondilitis (cuando se afecta solamente al platillo o cuerpo vertebral) y la discitis (si la infección se localiza en el disco intervertebral). Con elevada frecuencia es paucisintomática, lo que demora el diagnóstico. Cuando el cuadro ha evolucionado y existe una afectación tanto del disco como del cuerpo vertebral, se denomina espondilodiscitis (ED). La ED es una entidad poco frecuente, con una incidencia del 0,5-2,5 casos/100.000 habitantes-año, llegando al 9,8 casos en mayores de 65 años. La osteomielitis vertebral supone alrededor del 3-8% del total de las osteomielitis. Presenta un pico bimodal por debajo de los 20 años y entre los 50-70 años. La principal vía de llegada es la diseminación hematógena desde un foco infeccioso a distancia, siendo el staphylococcus aureus el agente etiógogico más frecuente. Son factores predisponentes de la ED: la presencia de un foco infeccioso o bacteriemia previa, edad > 60 años, inmunodepresión (VIH, inmunosupresores, trasplantados), insuficiencia renal, hemodiálisis, cirrosis, alcoholismo, diabetes o fibrosis pulmonar.

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico donde una fractura vertebral desapercibida, en el contexto de una neumonía, va a provocar un proceso infeccioso de osteomielitis vertebral, en una paciente pluripatológica con varios factores predisponentes que desencadena una grave complicación neurológica de paraplejia irreversible.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 60 años con antecedentes de enolismo, cirrosis hepática, diabetes melitus tipo 1 y osteoporosis que había acudido previamente en 2 ocasiones a su hospital de referencia por dolor dorsolumbar tras caída la semana previa, sin otra clínica acompañante. En una tercera visita a la urgencias presenta un cuadro de leve disnea, expectoración sanguinolenta, fiebre de 38,3º, leucocitosis y elevación de PCR a 54, se realiza un nuevo estudio radiológico donde se observa un foco de condensación en LID, es diagnosticada de neumonía pautándose tratamiento antibiótico con Levofloxacino.

Dado el escaso apoyo familiar, el estado de dejadez y enolismo, se traslada a un hospital periférico 3 días y luego a su domicilio. Tras una semana de evolución mejora la clínica respiratoria pero empieza con un cuadro progresivo de dolor dorsolumbar y pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores, hasta que le es imposible la deambulación estando en su domicilio realizando vida cama sillón. Ante la no mejoría de la sintomatología se deriva a la urgencia de nuestro hospital. A su llegada a nuestro centro presenta un cuadro febril de 38,2º, dolor lumbar intenso y un déficit motor bilateral de 1/5 en flexión de cadera, 0/5 en extensión de rodilla y 0/5 en flexo-extensión de tobillo. Reflejos rotuliano y aquíleo abolidos. Se realiza estudio de imagen mediante TC donde se observa fractura aplastamiento de T12 con múltiples fragmentos desplazados que ocupan parcialmente el canal medular. Fractura del ángulo anterior de T11. Aumento de partes blandas anterior a cuerpos T11 y T12.

Dada la imagen de alteración del cuerpo vertebral se solicita RMN ante la sospecha de una posible fractura patológica o espondilodiscitis. La RMN muestra un colapso con disminución de altura de mas del 50 % y destrucción del cuerpo vertebral de T12 (incluidos platillos vertebrales) y afectación del margen anteroinferior de T11. Se visualiza una retropulsión del muro posterior en el canal raquídeo que condiciona una estenosis y compresión del cordón medular a este nivel con foco de mielomalacia.

Dada la inestabilidad del segmento vertebral, se programa la cirugía para desbridamiento, descompresión y estabilización.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 015**

TÍTULO: **PARAPLEJÍA POR ESPONDILODISCITIS EN EL CONTEXTO DE UNA NEUMONÍA Y FRACTURA OSTEOPORÓTICA.**

AUTORES: **Martínez Medina, R.I. / Pérez del Río, V. / Granero Molina, E.J.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

Previamente a la programación de la cirugía, presenta un episodio de HDA por varices esofágicas que requieren gastroscopia de urgencia, posteriormente sufre descompensaciones hidrópicas por ascitis y encefalopatía, pese al estrecho seguimiento por parte de medicina interna y digestivo, lo que demora la cirugía una semana. Dada la inestabilidad de la lesión se intervino mediante abordaje posterior, biopsia a cielo abierto para toma demuestras, desbridamiento profuso y estabilización mediante instrumetación T10, T11, T12, L1 y L2 con tornillos transpediculares y cross-link. Los resultados de las muestras obtenidas de la biopsia son negativos, instaurando tratamiento antibiótico empírico suponiendo una traslocación bacteriana de la bacteria aislada en hemocultivo previo (streptococcus mitis) mediante ceftriaxona 1 g IV/12h Tras la cirugía, dada la persistencia del exudado se toman y envían muestras para cultivos obteniendo cepas de E. Coli BLEE. Suspendiendo la ceftriaxona e instaurando Ertapenem.
Presenta una mala evolución de la herida quirúrgica que precisó PICO® y ante persistencia del exudado se decide una nueva cirugía de limpieza y nueva toma de muestras intraoperatoria para cultivo. Obteniendo cultivos positivos a E. Coli BLEE y staphylococcus epidermidis. Se inicia tratamiento con Daptomicina y Tigeciclina. Al alta se habían normalizado la PCR, la herida no presentaba exudado y se pauto tratamiento antibiótico con Trimetoprima-Sulfametoxazol, hasta revisión.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras la curación del cuadro infeccioso, se deriva para rehabilitación a la unidad de lesionados medulares del Hospital Virgen del Rocio, presenta una sensibilidad conservada hasta T10, con hipoalgesia T11-L2, y analgesia L3 a S2. La propiocepción está abolida en miembros inferiores.
Tono muscular aumentado en miembros inferiores, grado 3 EMA en MI derecho, grado 2 EMA en MI Izquierdo. Clonus aquíleo presente bilateralmente.
El balance muscular: 5/5 en miembros superiores de forma global.
En miembros inferiores (Derecho/Izquierdo): Flexión de cadera 0/1 ,Extensión de rodilla 0 /0 , Flexión dorsal de tobillo 0 /0, Flexión plantar 0 / 0, Extensión propio del 1er dedo 0/0. ROTs: presentes y simétricos en ambos miembros superiores, En miembros inferiores rotulianos presentes, aquileos abolidos bilateralmente.

CONCLUSIONES:

Para el diagnóstico precoz de la espondilodiscitis es fundamental una alta sospecha clínica, un dolor lumbar inflamatorio refractario a analgesia, junto con fiebre de > 72 horas sin otro foco nos debe hacer sospechar esta etiología infecciosa. La fiebre no siempre esta presente (solo en 58% de los casos). Son factores predisponentes la inmunodepresión, insuficiencia renal, diabetes, cirrosis hepática, enolismo y la edad avanzada (> 65 años). Para confirmar el diagnóstico es necesario una analítica donde podemos observar un aumento de los reactantes de fase aguda (PCR y VSG), siendo la PCR además útil para valorar la evolución. La leucocitosis no siempre está presente. Las pruebas de imagen como la radiografía simple y Tomografía computarizada pueden ser casi anodinas al principio, siendo la alteración del platillo el primer signo apreciable. La resonancia magnética es el gold-estándar para el diagnóstico, permite la identificación de la lesión, delimitar su extensión y posee una alta sensibilidad y especificidad (96 y 94% respectivamente).
Es fundamental el diagnóstico etiológico mediante la realización de un hemocultivo y urocultivo, ya que la mayoría se debe a diseminación hematógena desde un foco a distancia. Si fueran negativos realizar biopsia percutánea guiada por TC, si aun así no obtenemos resultados debemos plantear una la biopsia a cielo abierto. Son indicación de cirugía vertebral: la inestabilidad del segmento, compresión medular, presencia de abscesos epidurales/paravertebrales o fracaso del tratamiento conservador. En este supuesto podemos realizar la biopsia abierta de inicio para el estudio microbiológico e histopatológico. El principal predictor de buen resultado es el diagnóstico etiológico y antibioterapia dirigida. Son factores de buen pronóstico: el diagnóstico precoz, edad < 65 años, ausencia de comorbilidades.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 016**

TÍTULO: INFECCIÓN VERTEBRAL POR CESTODOS: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN DOS TIEMPOS TRAS LISIS AISLADA EN L4.

AUTORES: Pérez Abela, A.L. / Montes Torres, C. / Quirante García, S.

CENTRO: Complejo Hospitalario Universitario de Granada

INTRODUCCIÓN:

La hidatidosis es la enfermedad más frecuente y severa producida por cestodos en el mundo. La localización más frecuente es el hígado (60-70%) y el pulmón. La prevalencia ósea es entre 0,5 y 2% hallándose la mitad de los casos en la columna vertebral afectando preferentemente a una sola vértebra dorsolumbar. Las principales complicaciones son neurológicas y mecánicas debido a la destrucción ósea y a los quistes.

OBJETIVOS:

Diagnóstico diferencial ante cuadro de lumbalgia con síndrome radicular asociado a destrucción ósea vertebral y masa en partes blandas; así como la posibilidad de tratamiento curativo en ausencia de afectación hepática o pulmonar.

MÉTODOS:

Varón de 25 años procedente de Rumanía con único antecedente de contacto con ganado ovino que acude con lumbalgia de 2 años de evolución que últimamente asocia debilidad de miembro inferior derecho. Ante el hallazgo de destrucción ósea de L4 en la radiografía inicial se realiza TC que informa de lisis del muro anterior de L4 compatible con proceso infeccioso granulomatoso crónico subligamentario y absceso epidural anterior izquierdo. No se observan lesiones pulmonares o hepáticas en el estudio de extensión. Se descarta tuberculosis en la biopsia. Posteriormente realizamos RMN en la que se observa lesiones de aspecto quístico hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 compatibles con posible hidatidosis vertebral.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Realizamos tratamiento quirúrgico en 2 tiempos. En el primer tiempo resección parcial del cuerpo vertebral por vía anterior y colocación de injerto de cresta ilíaca en L3 y L5. En el segundo tiempo, 2 semanas después, artrodesis posterior de L2 a S1 sin instrumentar L4, laminectomía descompresiva de L4 con extirpación de quiste intratecal tras punción con suero hipertónico y evacuación del mismo. Además asociamos tratamiento médico con Albendazol.

CONCLUSIONES:

Debido a la baja frecuencia de hidatidosis vertebral se aconseja el diagnóstico diferencial con quiste óseo aneurismático, hematoma, varicocele, linfocele, Mal de Pott, sífilis, osteomielitis vertebral y mieloma múltiple.
Ante la confirmación diagnóstica de hidatidosis vertebral con destrucción ósea se indica cirugía por vía anterior para resección de quiste y aporte de injerto; así como por vía posterior para descompresión e instrumentación para evitar deformidades.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 017**

TÍTULO: **SARCOMA VERSUS AMILOIDOSIS PRIMARIA EN TUMORACIÓN EN ANTEBRAZO: CLAVES DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

AUTORES: **Godoy Montijano, M.A. / Luque Valenzuela, M. / Quirante García, S.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

La amiloidosis primaria es la forma más común de amiloidosis y la única que se da en el mieloma múltiple. Está causada por fragmentos de anticuerpos anormales (llamados cadenas ligeras). Estas cadenas ligeras se pegan unas a otras y se acumulan en distintos órganos del cuerpo. Aunque se desconoce la causa exacta de la amiloidosis primaria, la enfermedad comienza en la médula ósea.
El Mieloma Múltiple consiste en un trastorno de las células plasmáticas en el cual se produce una producción anormal de inmunoglobulinas que favorece el desarrollo de amiloidosis primaria en estos pacientes.

OBJETIVOS:

Se pretende revisar el protocolo a seguir tras el diagnóstico de amiloidosis a través de la exposición de un caso clínico.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de una paciente de 73 años de edad, derivada a nuestro centro por tumoración en antebrazo izquierdo, en la zona proximal, de crecimiento en 2-3 meses. Aportaba RMN que lo catalogaba como sarcoma de partes blandas, dependiente del flexor de los dedos. Además la señora presentaba múltiples fibromas en ambos brazos. Se programó a la paciente para biopsiar la lesión en la que se observó tejido fibroadiposomuscular con depósito de amiloide con tinción positiva con rojo Congo y birrefringencia verde con luz polarizada, constituido por cadenas ligeras kappa, diagnosticándose de amiloidosis primaria.
Se interconsultó a Medicina Interna y Reumatología. Se realizaron diversas determinaciones analíticas y resonancia magnética de rastreo en la que se objetivó la existencia de una masa mielomatosa con infiltración escapular.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Actualmente la paciente se encuentra en Hematología recibiendo tratamiento para su Mieloma Múltiple.

CONCLUSIONES:

Ante el diagnóstico de Amiloidosis es fundamental realizar una historia clínica y una exploración física meticulosas, solicitar analíticas y realizar estudio de extensión para precisar el alcance la enfermedad así como la presencia de enfermedades asociadas.Además, se confirmará el diagnóstico con una biopsia de la lesión. En estos pacientes es imprescindible llevar a cabo un enfoque multidisciplinar tanto de la ruta diagnóstica como del tratamiento.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 018**

TÍTULO: **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PALIATIVO DE METÁSTASIS VERTEBRAL DE ADENOCARCINOMA DE COLON.**

AUTORES: **Quirante García, S. / López Alcázar, J.L. / Meziyane, A.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

Las metástasis constituyen los tumores malignos más frecuentes localizados en el raquis. El síntoma más habitual es el dolor, que suele ser progresivo, a menudo más intenso por la noche, sin relación con las actividades físicas y que en más de la mitad de los casos se acompaña de un componente radicular que también se intensifica por la noche.

OBJETIVOS:

Hacer hincapié en la necesidad de llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento precoz y adecuado de las lesiones metastásicas raquídeas en el seguimiento de pacientes con cáncer ya diagnosticado.

MÉTODOS:

Presentamos a una paciente de 68 años diagnosticada en 2002 de adenocarcinoma de colon y cistoadenocarcinoma de ovario izq, realizándosele hemicolectomía e histerectomía y doble anexectomía y tratamiento QT. En 2011 y 2012 se le realizan sendas toracotomías para la resección de nódulos metastásicos pulmonares. Y se tratan metástasis costales con RT y QT. En junio´16 y durante un PET-TAC de control se objetivan focos hipermetabólicos óseos en cuerpos vertebrales de T5, T6 y T7 y en 7ª unión costo-vertebral izquierda. Se completa el estudio con RMN que informa de la existencia de una extensa lesión ósea con componente de partes blandas que afecta a T5, T6 y T7 y unión costovertebral izquierda a nivel de T7. A nivel de T6 condiciona una estenosis del canal raquídeo. La paciente refiere dolor muy intenso en la zona descrita, presenta plejia de la pierna derecha y paresia de la izquierda, bipedestación imposible, incontinencia urinaria sin alteración de esfínter anal. Se decide realizar tratamiento quirúrgico descompresivo con intención paliativa: abordaje posterior e instrumentación desde T3 a T10 CD-HORIZON SOLERA 5.5) más laminectomía T5-T7

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Después de 4 semanas tras la intervención apenas tiene dolor y sólo precisa paracetamol y metamizol para controlarlo. En tratamiento RHB, ha comenzado a dar pasos con andador, mueve las 2 piernas, pero aún le falta fuerza, esfínteres normales. Es en este tipo de pacientes donde se pone de manifiesto al máximo nivel la necesidad de un Comité de Tumores multidisciplinar, como el existente en nuestro centro, capaz de valorar y dar orientación terapéutica óptima.

CONCLUSIONES:

A pesar del avance de otros tratamientos como la RT y la radiología intervencionista, la cirugía continúa siendo el estándar de tratamiento en pacientes con clínica de compresión medular rápidamente progresiva o lesiones con alto riesgo de fractura, ya sea con intención curativa o paliativa.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 019**

TÍTULO: **TRATAMIENTO DE TUMOR DESMOIDE MEDIANTE RADIOFRECUENCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE FIBROMATOSIS.**

AUTORES: **Godoy Montijano, M.A. / Sánchez Aguilera, A.J. / Quirante García, S.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

La escisión quirúrgica de un tumor desmoide puede acarrear riesgos por su localización o por la posibilidad de necesitar varias cirugías por el riesgo de recidiva. Se han planteado opciones terapéuticas como la ablación por radiofrecuencia (RF) para disminuir este riesgo.

OBJETIVOS:

Mostrar el tratamiento de un tumor desmoide mediante ablación por RF guiada por tomografía computarizada (TC) y comentar sus particularidades.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de un varón de 57 años con un tumor desmoide supraclavicular. En resonancia magnética nuclear (RMN) se aprecia tumoración compatible con sarcoma de partes blandas (figura 1 corte sagital T1 y 2 corte coronal T2), que se descarta mediante biopsia, que arroja el diagnóstico definitivo de fibromatosis. Debido a la cercanía con el plexo braquial se opta por tratamiento mediante RF, con buen resultado clínico y sin complicaciones ni recidiva local a los tres meses de seguimiento.

RESULTADOS:

El tumor desmoide o fibromatosis es una lesión fibrosa infiltrativa y agresiva localmente, aunque benigna, que asienta en estructuras musculo-aponeuróticas. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con el objetivo del control local. Sin embargo, debido al riesgo de lesión visceral o vasculonerviosa por la localización del tumor y por el riesgo de recidiva y más cirugías, se plantea el tratamiento mediante ablación por RF guiada por TC. Este tratamiento, también usado en otras lesiones como el osteoma osteoide o como tratamiento paliativo en metástasis óseas, está teniendo buenos resultados en cuanto a baja recurrencia y complicaciones con aceptable resultado funcional. La complicación más importante es la necrosis de tejidos a dosis altas de termoablación. Por tanto, no se recomienda en tumores a menos de un centímetro de una víscera, vaso sanguíneo o nervio periférico. Probablemente en el futuro se deba realizar guiado por RMN debido a una mejor diferenciación entre tumor y tejido sano con esta prueba de imagen.

CONCLUSIONES:

Ante casos de fibromatosis en los que el tratamiento quirúrgico conlleve riesgo elevado, el tratamiento con RF es una opción válida y con bajo riesgo de complicaciones.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 020**

TÍTULO: **SÍNDROME DE HURLER: INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN CASOS DE CIFOSIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA.**

AUTORES: **Pérez Abela, A.L. / Requena Ruiz, F.M. / Quirante García, S.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

Las mucopolisacaridosis (MPS) son un grupo de enfermedades genéticas en las que se produce una incompleta degradación y acumulación de ácidos mucopolisacáridos. El Síndrome de Hurler o MPS I, se produce por un déficit de la enzima alfa-L-idurodinasa, de herencia AR. La acumulación de glucosaminoglicanos produce disfunción de órganos y tejidos entre los que las deformidades esqueléticas son una de las manifestaciones más constantes, incluyendo anormalidades vertebrales que originan importantes deformidades en el plano sagital.

OBJETIVOS:

La estrategia óptima a seguir ante las deformidades del raquis en pacientes con Sd. de Hurler sigue siendo motivo de controversia. Las principales indicaciones para seguir tratamiento quirúrgico incluyen una progresiva y severa deformidad o disfunción neurológica. Se acepta que un ángulo mayor de 45º en el momento de la presentación puede predecir una progresión de la deformidad >10º.

MÉTODOS:

Mujer de 6 años de edad diagnosticada de Sd de Hurler que a los 4 meses refiere bultoma en región lumbar en relación a cifosis que ha sido tratada con corsé sin beneficio. En tratamiento de reemplazo enzimático desde los 2 años, en el momento de consulta presenta dolor ocasional con bloqueo doloroso a la movilidad. Radiográficamente acuñamiento de L1 y L2 con listesis L1-L2 grado 1 con compresión del saco a dicho nivel. Cifosis de 68º.
Tras 1 año, empeoramiento clínico y radiológico, con progresión de la angulación a 75º y debilidad en MMII, indicándose tratamiento quirúrgico de la deformidad axial.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Al no encontrar deformidad importante en plano coronal se decide realizar corrección mediante artrodesis T11-L3 con tornillos pediculares en todos los niveles y osteotomías tipo Smith-Petersen T12-L1 y L1-L2 junto a aporte de autoinjerto de espinosas, BCP y MO autóloga. La corrección se realizó bajo control neurofisiólogico de potenciales evocados sin alteraciones. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria.

CONCLUSIONES:

La cifosis toracolumbar es una característica constante y prematura en pacientes con MPS I. El tratamiento sistémico de esta enfermedad ha aumentado de manera drástica la supervivencia, pero no modifica la progresión natural de las alteraciones musculoesqueléticas, lo que obliga cada vez más a tomar medidas quirúrgicas para corregir deformidades que interfieran en la calidad de vida o puedan producir complicaciones secundarias. Aún no hay consenso sobre la edad ideal de actuación ni el tipo de intervención o abordaje más indicado.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 021**

TÍTULO: **MANEJO ACTUAL DE CÁNCER RENAL CON METÁSTASIS ÓSEA ÚNICA EN FÉMUR. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.**

AUTORES: **Godoy Montijano, M.A. / Sánchez Aguilera, A.J. / Quirante García, S.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

El cáncer renal tiene un mal pronóstico que puede ser agravado con la aparición de metástasis óseas, que además provocan dolor severo y fracturas patológicas. El manejo conjunto puede suponer un reto para el traumatólogo.

OBJETIVOS:

Exponer el manejo de un cáncer renal con metástasis óseas en fémur con el doble objetivo de mejorar la función del paciente y alargar la supervivencia.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de dos pacientes, de 61 y 53 años, diagnosticados de cáncer renal derecho (figura 1) y de forma concomitante se detecta metástasis ósea lítica en fémur diafisario derecho (figura 2). Se realiza nefrectomía radial en ambos casos por parte del servicio de Urología, con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de células claras. Posteriormente se realiza extirpación en bloque de la metástasis ósea y reconstrucción femoral con prótesis tumoral (megaprótesis cementada en el primer caso, figura 3; y prótesis MegaC en el segundo caso, figura 4).

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El cáncer renal tiene una incidencia de 20-25% de metástasis óseas, que suelen ser osteolíticas, agresivas y rápidamente progresivas, produciendo dolor incapacitante en muchos casos y en algunos, fracturas patológicas, asentando dos tercios de las fracturas patológicas en fémur. El manejo de estos casos debe ser multidisciplinar entre oncólogos, patólogos, radiólogos y cirujanos, entre otros. En la mitad de los casos se detectan de forma sincrónica con el tumor primario renal. En estos casos, sabemos que aumentamos la supervivencia del paciente realizando resección completa de ambos tumores, mediante nefrectomía radical y escisión en bloque de la metástasis ósea. La radioterapia ha demostrado ser poco efectiva.

CONCLUSIONES:

El manejo agresivo quirúrgico del tumor primario renal con metástasis femoral mejora la calidad de vida del paciente y puede alargar la supervivencia al realizarse de forma sincrónica.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 022**

TÍTULO: **CIRUGÍA DE SALVAMENTO EN CASOS DE FRACTURA AVULSIÓN DE TUBEROSIDAD TIBIAL EN LA ADOLESCENCIA.**

AUTORES: **López Molina, I. / Luque Valenzuela, M. / Quirante García, S.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

La fractura-avulsión de la tuberosidad tibial anterior (TTA) es una rara lesión que representa menos del 1% de todas las lesiones fisarias. Se da con más frecuencia en adolescentes varones deportistas. El tratamiento se realiza mediante osteosíntesis con tornillos, agujas o grapas.

OBJETIVOS:

Presentar una nueva forma de fijación en casos de arrancamiento de la TTA en niños.

MÉTODOS:

Paciente de 14 años intervenido tras sufrir epifisiolisis tipo III de la TTA: fijación del fragmento avulsionado con 2 tornillos. Se inmovilizó con férula de yeso durante 4 semanas y se procedió progresivamente a realizar carga parcial y ejercicios de fortalecimiento de cuádriceps. A pesar de nuestra insistencia, el paciente no realizó ninguno de los ejercicios y 4 meses después presentaba una importante pérdida de movilidad con atrofia cuadricipital. Mediante ecografía se confirma la sospecha de arrancamiento de la TTA, con retracción y fragmentación de la misma. Cabo tendinoso retraído aproximadamente 5 cm desde su teórica inserción tibial. Se propone cirugía de rescate: Tras retirar ambos tornillos se realizó una plastia en V de alargamiento de recto anterior y el descenso de la rótula hasta 1 cm proximal a la articulación y se fijó con un cerclaje circular de descarga a través de túnel transóseo unos 2cm por debajo de TTA. Se tallaron dos cajetines: uno en zona TTA dejando fulcro distal indemne y otro en 1/3 medio-superior de rótula. Se preparó un injerto hueso-tendón-hueso de banco con pastillas de tamaño similar al de los cajetines. Ambas pastillas se fijaron en su posición con sendas placas Quad con 4 tornillos. Se inmovilizó con férula de yeso en extensión. A las dos semanas se retiró la férula y se colocó ortesis articulada, permitiendo movilización progresiva hasta alcanzar los 90º de flexión máxima en un plazo de 4 semanas (aumentando el recorrido 20º semanalmente).Se indicó realizar ejercicios de movilización articular pasiva y se deja en descarga.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Cuatro meses después de la cirugía de rescate el paciente presenta extensión completa y flexión de 95º y está comenzando el retorno a la actividad deportiva.

CONCLUSIONES:

Es indiscutible que el arrancamiento de la TTA requiere la fijación con material de osteosíntesis. El problema surge cuando se produce la rerotura y el tendón del paciente se encuentra atrófico y desvitalizado, con escasas probabilidades de recuperación. En ese caso se recomienda la utilización de injerto, autólogo o de banco. En este caso presentamos una nueva forma de sintetizar este injerto en adolescentes: con la placa Quad se consigue fijación adecuada y estable gracias a los cuatro tornillos.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 024**

TÍTULO: **FRACTURA ATRAUMÁTICA BILATERAL DE CADERA EN PACIENTE CON OSTEOMALACIA HIPOFOSFORÉMICA.**

AUTORES: **Quirante García, S. / Sánchez Aguilera, A.J. / Luque Valenzuela, M.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

La fractura bilateral no traumática del cuello femoral es muy rara. Secundaria habitualmente a déficits en el embarazo, irradiación pélvica, corticosteroides, insuficiencia renal crónica y sobre todo osteomalacia. La osteomalacia se caracteriza por una alteración de la mineralización de la matriz ósea. Es el resultado de una disminución de la disponibilidad de calcio o fósforo para su incorporación a la hidroxiapatita del hueso o por un déficit de la absorción o la activación de la vitamina D.

OBJETIVOS:

Presentar un paciente con fractura bilateral de cadera de larga data asociada a osteomalacia y su tratamiento quirúrgico, así como las complicaciones aparecidas.

MÉTODOS:

Paciente de 50 años, fumador, bebedor, diarrea de larga evolución y malnutrido. Dolor severo en raquis, costillas y fémur proximal. Hipotrofia de musculatura de extremidades y cifoescoliosis. Diagnosticado hace 7 años de osteomalacia hipofosforémica (no hiperfosfaturia) y de fractura antigua bilateral transcervical de cadera. Acude a consulta por dolor incapacitante de larga evolución en ambas caderas. Con TAC se confirma la existencia de trazo agudo sobre crónico en cadera der y se propone hemiartroplastia. En el procedimiento se halla la cabeza de aspecto necrótico impactada en macizo trocantéreo, se implanta vástago cementado SPII, la reducción resulta imposible. Se realiza sucesivamente sin conseguir reducción tenotomía de psoas, aductores y chevron de trocanter mayor. Finalmente se lleva a cabo diafisotomia para extracción del vástago y osteotomía agresiva del macizo trocantéreo, consiguiendo la reducción. A los 2 días de postoperatorio y durante movilización en cama refiere dolor violento y se objetiva fractura periprotésica. Se sintetiza con tornillos interfragmentarios y placa LISS.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras 3 semanas durante las cuales se controla el dolor y se mejora su estado nutricional es dado de alta. Al mes y medio comienzan a observarse signos de consolidación y tras cuatro semanas más se autoriza carga mínima con bastones. Dolor controlado con analgesia de primer escalón.
Queda patente la dificultad que supone tratar un hueso patológico micro y macroestructuralmente. Aún con una planificación preoperatoria adecuada, el procedimiento no está exento de complicaciones que requerirán de toda la capacidad de adaptación del cirujano.

CONCLUSIONES:

La mayor fragilidad ósea, conlleva la aparición de fracturas o de fisuras espontáneas, sobre todo en las costillas, la pelvis y las extremidades inferiores. Pese a ser relativamente infrecuente, la osteomalacia debe formar parte del diagnóstico de sospecha ante un síndrome doloroso difuso sin clasificar.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 025**

TÍTULO: **FRACTURAS FISARIAS EN CODO INFANTIL**

AUTORES: **López Molina, I. / Luque Valenzuela, M. / Sánchez Aguilera, A.J.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas del codo infantil han sido a lo largo de los años uno de los grandes retos diagnósticos de la Traumatología, tanto por la dificultad de hacer una buena historia clínica y exploración física como por la falta de datos que aporta la radiología convencional.

OBJETIVOS:

Presentar el caso de un paciente de 6 años que presentó fractura de fisis distal de húmero que pasó desapercibida en Urgencias, diagnosticándose 10 días más tarde en la consulta de Ortopedia Infantil.

MÉTODOS:

Al recibir en la consulta al paciente, le retiramos la férula antiálgica e intentamos movilizarlo pero era incapaz de realizar la flexoextensión completa. En las radiografías llamaba la atención la falta de congruencia en la articulación cúbitohumeral por lo que se solicitó un TAC de codo, diagnosticándose una fractura fisaria en el codo derecho.
Se intervino mediante abordaje posterior laterotricipital con desinserción de tendon tricipital.
Se identificó el fragmento trocleoepitroclear, fragmentado, contundido, volteado, que junto con el cóndilo externo y pilar lateral, se redujo y se fijó con 2 agujas laterales y 2 mediales. Se reinsertó el tendón tricipital con puntos transóseos y sutura de Krakov continua en zona condroepifisaria de olecranon
Las agujas de Kirschner se retiraron a las 6 semanas tras objetivar consolidación clínico radiológica. Se realizó artrografía que mostró congruencia articular en proyecciones AP y lateral.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Actualmente, 3 meses después de la intervención, el paciente se encuentra haciendo Rehabilitación ya que la flexión es buena pero le faltan 20 º para la extensión completa.

CONCLUSIONES:

Actualmente el diagnóstico de las fracturas fisarias en el codo infantil sigue siendo un reto, llevando a que un alto porcentaje pasen desapercibidas, lo que implica no sólo una intervención mucho más compleja sino no una tasa de secuelas mayor. Debido a las limitaciones que presenta la radiografía algunos autores proponen el uso de la resonancia magnética en aquellos casos en los que la sospecha sea alta.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 026**

TÍTULO: **NEUROAPRAXIA ASOCIADA A POSICIÓN EN HAMACA DE PLAYA.**

AUTORES: **Quirante García, S. / Montes Torres, C. / Requena Ruiz, F.M.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

La posición en hamaca de playa es una de las más utilizadas para el tratamiento y diagnóstico artroscópico del hombro. Consiste en la colocación del paciente en decúbito supino con flexión de las caderas en 30-40º y de las rodillas a 30º para evitar compresión del nervio ciático y minimizar la presión en la fosa poplítea.
La cabeza, cuello y torso se mantienen en posición neutra y elevada para evitar cualquier estrés en la región cervical. La principal desventaja viene desde el punto de vista anestésico debido a la posible aparición de hipotensión severa e hipoperfusión cerebral.

OBJETIVOS:

En relación con otras posiciones utilizadas con los mismos fines, presenta menor tasa de lesiones del plexo braquial al no requerir tracción del miembro y permite la utilización de portales anatómicos, aunque debido a las sujeciones utilizadas para mantener la región cervical y occipital fija pueden resultar dañadas ramas de los nervios cutáneos más superficiales del plexo cervical.

MÉTODOS:

Presentamos el caso de una mujer de 47 años diagnosticada mediante RMN de rotura completa de tendón supraespinoso derecho tras 2 meses de evolución clínica en la que se decidió tratamiento quirúrgico artroscópico. Procedemos a colocar a la paciente en posición de hamaca de playa. La cirugía transcurre sin complicaciones desde el punto de vista anestésico ni traumatológico en 90 minutos.
En el postoperatorio inmediato la paciente comienza a referir entumecimiento en el tercio medio e inferior de la región posterior del pabellón auricular y lóbulo derecho, sin aparente clínica auditiva.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras valoración y realización de audiometría por parte de un especialista en otorrinolaringología se sugiere posible diagnóstico de neuroapraxia de nervio auricular mayor. Éste procede de la fusión del 2º y 3er nervio cervical y asciende a través del esternocleidomastoideo, proporcionando dos ramas terminales, siendo la posterior la responsable del cuadro clínico debido a su trayecto subcutáneo. La clínica comenzó a remitir a las dos semanas de la intervención, obteniéndose recuperación completa a las 6 semanas.

CONCLUSIONES:

A pesar de disminuir las lesiones en el plexo braquial, la posición en hamaca de playa no está exenta de lesión neurológica, sobre todo a nivel cervical, siendo la mayor de las veces propiciada por una incorrecta colocación de la cabeza y el cuello. Por ello se recomienda invertir el tiempo necesario en la posición adecuada de la misma, así como la revisión durante la cirugía, ya que se asume que la severidad de la lesión neural está relacionada con el grado de flexión y desviación de la cabeza y cuello durante la cirugía.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 029**

TÍTULO: **LOS PACIENTES INGRESADOS QUE PADECEN DE FIBRILACIÓN AURICULAR, ¿CUÁNTO ELEVAN LA ESTANCIA MEDIA DE NUESTRO SERVICIO?.**

AUTORES: **Salvago Duarte, T. (1) / Garrido Castro, A. (2) / Losada Mora, P. (3) / Carrillo Linares, J.L. (2)**

CENTRO: **1. Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital de la Axarquía, Vélez Málaga. 2. Medicina Interna, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. 3. Cardiología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga**

OBJETIVOS:

Analizar la prevalencia de la fibrilación auricular (FA) en los pacientes ingresados en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) y valorar si su presencia influye en la estancia media hospitalaria (EM).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo de pacientes ingresados en COT que sufrieron algún tipo de descompensación médica que precisó avisar a un equipo (E) de Medicina Interna y Cardiología. Se analizan los pacientes que presentaban FA, conocida o no, y su EM.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Desde junio de 2008 hasta noviembre de 2014 se realizan 1486 consultas desde COT a E por diversas descompensaciones médicas acontecidas en los pacientes ingresados. 39 de las consultas correspondieron a FA descontrolada. Tras la evaluación de los 1486 pacientes se detectó FA en 56, lo que corresponde al 3,77% de los descompensados. Su estancia media fue de 14,1 días, siendo la del global de descompensados de 14.01 y la EM total del servicio de 8,03.

CONCLUSIONES:

Existe una baja tasa de FA en los pacientes admitidos en COT, ya que la prevalencia en el grupo de descompensados es incluso menor que la prevalencia total en nuestro medio (4,4%). Sin embargo, los pacientes con FA presentan una EM muy superior a la global del servicio, y ligeramente superior a la del subgrupo de descompensados. Estos datos, junto con previos en los que concluimos que la EM de los pacientes hipertensos en áreas quirúrgicas era del 14,15%, podrían sugerir que una evaluación precoz de los pacientes con FA, descontrolada o no, y otros factores de riesgo vascular, podría ser beneficiosa en términos de disminución de la EM.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 030**

TÍTULO: **LUXACIÓN TRAUMÁTICA ANTERIOR DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA.**

AUTORES: **Campuzano Bitterling, B. / Rodríguez Rodríguez, M. / González López, M.C.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena**

INTRODUCCIÓN:

Se presenta un caso clínico de una luxación traumática anterior de prótesis total de rodilla. En el que además se presenta como complicación agua una obstrucción de la arteria poplítea en su segunda porción.

MÉTODOS:

En este caso se analiza la exploración y los pasos y pruebas necesarias para descartar daño vascular ante una luxación de rodilla (ecografía, angiografía, angioTAC). Al igual que el tratamiento para reperfundir el miembro (cateterismo o cirugía abierta). En 2º lugar se discuten las posibilidades y su escaso apoyo en la bibliografía para el tratamiento de luxaciones de prótesis total de rodilla, en nuestro caso obtándose por un tratamiento conservador con ortesis de rodilla articulada consiguiendo una rodilla estable y con un balance articular completo.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La luxación de una PTR es una complicación rara pero grave, que en la mayoría de ocasiones ocurre en modelos que sacrifican el cruzado posterior y relacionada con el diseño de la prótesis. En nuestro caso la luxación no se debe a inestabilidad postquirúrgica ni a fallo de los componentes, sino a un traumatismo de alta energía. Este mecanismo también añade la peculiaridad de la luxación anterior y no posterior como es lo habitual en las prótesis totales de rodilla.

CONCLUSIONES:

Podemos concluir que existe escasa literatura sobre la luxación de prótesis de rodilla debido a su baja incidencia y que a la hora de decidir su tratamiento debe ser individualizado. En segundo lugar, las lesiones vasculares precisan de una atención de emergencia para su diagnóstico y tratamiento y así evitar la pérdida del miembro.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 031**

TÍTULO: **OSTEOMIELITIS EN FALANGE DISTAL POR ONICOFAGIA EN PACIENTE SANO.**

AUTORES: **García Aguilar, I.J. / Robles Molina, J. / Pulido Albertus, F.**

CENTRO: **Hospital La Inmaculada, Huercal Overa**

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones digitales son causadas comúnmente por bacterias del grupo Estafilococos y Estreptococos2. La puerta de entrada varía desde una lesión grave hasta mínimas lesiones dérmicas. Un tratamiento temprano en estadios iniciales, mediante antibiótica con o sin cirugía, es suficiente en un alto porcentaje de casos2,4 .

OBJETIVOS:

Presentamos un caso de osteomielitis aguda falángica con compromiso de partes blandas, tras aparición de panadizo inicial tratado con antibioterapia comprometiendo pulpejo y falange distal de 2º dedo en paciente pediátrico.

MÉTODOS:

Varón de 12 años sin antecedentes médicos, acude a urgencias tras clínica de molestias y enrojecimiento de 5 días de evolución del 2º dedo de la mano izquierda por causa de onicofagia, presentando desde hace 24 horas una colección purulenta con afectación de pulpejo y osteolisis de falange distal de 2º dedo; ha estado en tratamiento con antibiótico oral 24 h. Precisa desbridamiento quirúrgico con incisión en palo de Jockey externa y resección de tejido desvitalizado y extremo distal de falange. Cierre en bolsa de tabaco, conservando matriz ungueal. Con cultivos son positivos a MRSA, se completa tratamiento con clindamicina IV 1 semana + 2 semanas oral. Al alta hospitalaria presentó buena coloración en zona de colgajo así como normalización de parámetros analíticos. Tras seguimiento de 2 meses, continuó presentando normalidad analítica, normofunción del dedo sin dolor y estética satisfactoria.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La sobreinfección de lesiones mínimas en zonas digitales distales por causa de onicofagia no suelen resultar en complicaciones graves de tipo osteomielitis2. Un tratamiento antibiótico inicial suele ser suficiente4. En caso de complicaciones, debemos de actuar de manera incisiva con desbridamiento amplio y tejido óseo y blando afectado. Los resultados clínicos y estéticos son satisfactorios1.

CONCLUSIONES:

Las infecciones superficiales digitales deben de ser tratadas de manera temprana y correcta1, pues aunque poco frecuentes, pueden derivar en una afectación de tejidos profundos con una evolución rápida. La puerta de entrada2,3 varía desde un simple panadizo secundario a onicofagia hasta fracturas abiertas con pérdida de sustancia.

BIBLIOGRAFIA:
1- Elhassan et al. Atypical infections of the Hand. J Hand Surg (Am). 2004 Feb; 4(1): 42-49
2- Hoyen HA et al. Atypical hand infections. Hand Clin. 1998 Nov; 14(4): 613-34
3- Waldman BA, Frieden IJ. Ostemoyelitis caused by Nail Biting. Pediatr Dermatol. 1990 Sep; 7(3): 189-190.
4- Leoni Ipaguirre CA. Paronychias of the distal phalanx; diagnosis and treatment. Dia Med. 1953 Aug; 25(55): 1528-31.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 032**

TÍTULO: **FIJACIÓN FRAGMENTO EN FRACTURA OSTEOCONDRAL DE CONDILO FEMORAL EXTERNO EN PACIENTE DE 14 AÑOS CON CLAVOS ARTICULARES REABSORBIBLES SMARTNAIL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Vivas, A. / Ortiz, F. / Troya, A. / Mayorga, Y.G. / Torres Morillo, J.A.**

CENTRO: **Hospital Nuestra Señora de Valme**

INTRODUCCIÓN:

La fractura osteocondral constituye una lesión que afecta al cartílago y al hueso subyacente. Es una entidad infrecuente y de escasa literatura, por lo que su diagnóstico precoz se basa en una alta sospecha. Genera un déficit óseo que a veces puede visualizarse en la radiografía de alta calidad. En pacientes jóvenes está indicada la reparación quirúrgica para minimizar secuelas.

OBJETIVOS:

Evaluar el resultado del tratamiento con tornillos reabsorbibles de una fractura osteocondral.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 14 años con gonalgia izquierda tras valgo forzado. En urgencias fue diagnosticado de luxación de rótula tratándose con férula inguinopédica. En consulta se observa pastilla ósea compatible con fractura osteocondral indicándose TAC urgente que constata esta lesión en el cóndilo femoral. Se realiza intervención quirúrgica por artroscopia y miniopen con inserción del fragmento mediante clavos articulares reabsorbibles tipo SmartNail. El fragmento tuvo que ser tallado para adaptarlo al defecto en el cóndilo.

DISCUSIÓN:

Las fracturas osteocondrales son características de los niños o adolescentes. El líquido sinovial aporta los nutrientes necesarios al cartílago articular por lo que se puede generar un fragmento mayor al defecto en la demora diagnostica y quirúrgica. Las radiografías no siempre muestran un fragmento libre por lo que la clínica debe orientar para solicitar otras pruebas de imagen como RMN o TC. El tratamiento puede ser mediante resurfacing del cartílago o reconstrucción del defecto con diferentes técnicas. La reparación insertando nuevamente el fragmento constituye un reto para el cirujano pero es la opción más fisiológica a considerar. El caso que se presenta requirió tratamiento rehabilitador por atrofia muscular. A los 8 meses de la cirugía el resultado clínico es satisfactorio.

CONCLUSIONES:

La fijación con tornillos reabsorbibles constituye una buena solución para la fractura osteocondral de los cóndilos femorales. El diagnóstico de estas lesiones debe ser precoz, basado en el alto grado de sospecha, y el tratamiento antes de dos semanas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 033**

TÍTULO: **SACROILEÍTIS INFECCIOSA ASOCIADA A PUNCIÓN GLÚTEA.**

AUTORES: **García Aguilar, I.J. / Pulido Albertus, F. / Robles Molina, J.**

CENTRO: **Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa**

INTRODUCCIÓN:

La sacroileítis infecciosa es una patología de síntomas poco específicos. Precisa un abordaje multidisciplinar diagnóstico-terapéutico, y un tratamiento precoz para prevenir secuelas1-2.

OBJETIVOS:

Presentamos un caso de sacroileítis infecciosa originada por absceso glúteo secundario a punción local y dolor lumbosacro severo con irradiación a MII.

MÉTODOS:

Varón de 18 años presenta dolor intenso lumbar de 2 semanas de evolución tras mecanismo de esfuerzo y punción analgésica glútea. Dolor en flexión de cadera y lumbosacro irradiado a MII sin clínica neurológica. Sospecha de absceso glúteo. Maniobra de FABERE +. Las imágenes en TC muestran afectación de articulación sacroilíaca izquierda, colección en psoas y zona glútea, confirmado por RNM. Se realiza drenaje de absceso glúteo por Traumatología y punción tipo Zeldinger ecoguiada colocando drenaje Pig-Tail en psoas por Radiología. Cultivos positivos para S. Aureus. Precisó ingreso de 2 semanas con lavados por drenaje, antibioterapia IV y controles de imagen hasta negatividad de parámetros analítico-radiológicos. Evolución externa de antibioterapia oral 4 semanas, con normalización clínica-analítica-radiológica a los 6 meses.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Esta patología representa menos del 2% de las artritis sépticas1. Predomina en edades tempranas, asociándose a procesos agudos como traumatismos pélvicos, infecciones de piel y tracto urinario2. El germen más común es S. Aureus1-4. La Radiología simple no es útil inicialmente y TC sólo en fases avanzadas, precisando confirmación por RNM2. El absceso en psoas ilíaco es una complicación rara. Sin consenso en la duración óptima del tratamiento, se defiende la antibioterapia específica de 4 semanas en ausencia de complicaciones.

CONCLUSIONES:

la precocidad diagnóstica y terapéutica son la clave del manejo de esta rara afección, evitando complicaciones y su morbimortalidad4. Está estandarizado un abordaje multidisciplinar, un tratamiento antibiótico de 4 semanas hasta normalización de parámetros clínico-radiologico-analíticos1-4.

BIBLIOGRAFIA:

1- Brtalik D., Pariyadath M. A case report of infectious sacroiliitis in an adult presenting to the emergency department with inability to walk. J Emerg Med. 2016.
2- Alvaré Alvaré Laura E. et al. Sacroileitis infecciosa. A propósito de un caso. Invest Medicoquir. 2014(Jul-Dic);6(2):288-96.
3- Mora de Sambricio A. et al. Sacroileítis piógena en niño y el adulto joven. A propósito de 3 casos. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2011;55(2):125—129
4- Roca B., Torres V. Pyomyositis of the iliacus muscle complicated with septic sacroiliitis. Q J Med 2008; 101:983–984

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 034**

TÍTULO: **POLIDACTILIA PREAXIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO DE POLIDACTILIA EN PIES.**

AUTORES: **Ayllon Barranco, R. / Luque Valenzuela, M. / Quesada Molina, C.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario Granada**

INTRODUCCIÓN:

La polidactilia es una malformación que se caracteriza por la presencia de dígitos supernumerarios en manos, pies o ambos. En función de la localización de la duplicidad, podemos distinguir entre polidactilia preaxial (15%), central (6%) o postaxial (79%). Existen casos genéticos (herencia autosómica dominante) o esporádicos, con fuerte correlación con el bajo peso al nacer y el bajo estatus socioeconómico de la madre. El tratamiento puede abarcar desde modificaciones en el calzado hasta complejos tratamientos quirúrgicos, que pretenden salvar el dedo más desarrollado y que proporciona la forma más adecuada del pie. La corrección quirúrgica de la polidactilia preaxial es la más compleja con complicaciones como hallux varus y primer radio corto que no permite carga adecuada.

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de hallux varus y polidactilia preaxial unilateral.

MATERIAL YMÉTODOS:

Paciente varón de 31 años que acude a consulta con hallux varus secundario a dedo vestigial hipoplásico en el pie derecho. Refiere dificultad para calzarse y molestias con la deambulación.
Se interviene mediente exéresis metatarsiana y de la falange vestigial, asociada a una osteotomía de la cuña media accesoria y artrodesis de la primera articulación metatarsofalángica. Cobertura mediante colgajo cutáneo.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Los resultados fueron satisfactorios, sin complicaciones en el postoperatorio inmediato. Durante los meses de seguimiento, el paciente continuó con ausencia del dolor, uso de calzado normal con una correcta deambulación y una artrodesis metatarsofalángica radiológicamente conseguida. Ausencia de recidiva del hallux varus hasta el año de seguimiento.

CONCLUSIONES:

La gran variabilidad clínica, condiciona la ausencia de una clasificación adecuada que permita estandarizar los tratamientos en cada caso, no pudiendo hacer una aproximación del pronóstico de los resultados tras el tratamiento a medio-largo plazo, pero que por lo general suele ser buenos o excelentes. El tratamiento conlleva una cuidadosa planificación antes, durante y tras la corrección quirúrgica. Requiere creatividad y flexibilidad en la aplicación de las técnicas quirúrgicas. Los procedimientos más usados son los descritos por Farmer o McElvenny. La cirugía consiste en resección del dedo extra asociado a cobertura del defecto cutáneo, que normalmente se realiza con un colgajo del primer espacio.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 035**

TÍTULO: **ROTURA TENDÓN DEL CUÁDRICEPS. COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE TRAS ARTRO-PLASTIA TOTAL DE RODILLA.**

AUTORES: **Ayllón Barranco, R. / Reyes Sánchez, S. J. / Jódar Graus, R.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario Granada**

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones del tendón del cuádricpes tras artroplastia total de rodilla, suponen una complicación devastadora que conduce a una pérdida completa de la función de la rodilla. Son infrecuentes, con una incidencia entre 0.17 y 2.5%. Existe una amplia gama de opciones de tratamiento disponibles, y los recientes avances en técnicas alternativas para la reconstrucción han dado resultados prometedores.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de rotura compleja tendinosa tras prótesis de rodilla. Describir posibilidades terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 61 años, intervenida de prótesis total de rodilla derecha por gonartrosis severa. Evolución sin incidencias hasta que a los cinco meses, mientras realizaba rehabilitación, nota un crujido en la rodilla acompañado de dolor e impotencia funcional. Se realizó Radiografía en la que se aprecia un fragmento del polo superior de la rótula ascendido. Se completa estudio con Ecografía: " Severa atrofia de la musculatura cuadricipital. Rotura casi completa del tendón cuadricipital, con arrancamiento de la inserción de las fibras profundas del vasto interno y recto femoral. No es posible valorar la inserción del vasto externo en el retináculo externo debido a los cambios postquirúrgicos."

RESULTADOS:

Se interviene días después, constatando el arrancamiento del tendón del recto anterior junto a un fragmento de rótula. Se realiza sutura transósea en la rótula y se procede al cierre de ambos vastos con sutura tipo Krakow. Buena recuperación funcional posquirúrgica.

CONCLUSIONES:

El tratamiento conservador mediante férula en extensión 4-6 semanas, es factible en casos de rotura incompleta del tendón cuando el déficit de extensión es inferior a 20 °. Por lo general no presentan complicaciones y tienen resultados aceptablemente buenos. Los casos de rotura completa deben ser tratados de forma quirúrgica y aún así conlleva una alta tasa de complicaciones y resultados deficientes; sobre todo tras prótesis total de rodilla. Las opciones de tratamiento para las rupturas agudas incluyen la reparación primaria directa. A veces con ayuda de tejido autógeno (tendón semitendinoso o gastrocnemio), aloinjertos de tendón de Aquiles o injertos estructurados, o suplementos sintéticos. En el caso de la insuficiencia crónica y la falta de tejidos blandos adyacentes, se puede considerar la reconstrucción con la ayuda de autoinjerto muscular o aloinjerto o una malla sintética.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 036**

TÍTULO: **TRATAMIENTO CONSERVADOR EN OSTEOCONDRITIS DISECANTE JUVENIL.**

AUTORES: **García Aguilar, I.J. / Corea Ruiz, T. / Castañeda Guardia, E.M.**

CENTRO: **Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa**

INTRODUCCIÓN:

La osteocondritis disecante (OD) es un trastorno del hueso subcondral y afecta al cartílago articular. Su localización mas frecuente son los cóndilos de la rodilla, y su incidencia se incrementa en pacientes jóvenes activos. Aproximadamente el 60% de las lesiones estables sanan de manera conservadora1,3.

OBJETIVOS:

Presentamos un caso de OD en paciente joven tras traumatismo agudo deportivo presentando bloqueo inicial y posteriormente gonalgia en carga.

MÉTODOS:

Mujer de 12 años sin antecedentes médicos, refiere gonalgia aguda durante ejercicio gimnasia artística y bloqueo inicial, que cede espontáneamente. No se observaron lesiones óseas. Tras vuelta a la actividad, acude a consultas tras 2 meses por gonalgia en aumento en carga e imposibilidad de práctica deportiva. Se aprecia rarefacción en superficie articular de cóndilo femoral medial y en estudio de RNM se confirma lesión de 1x0.4 cm confirmando OD; se clasificó como tipo II de Berndt y Harty2 (parcialmente desprendido) con afectación subcondral. No existe afectación de otras estructuras. Se decidió comenzar con un tratamiento conservador mediante descarga y rodillera de flejes estabilizadora en extensión fija, aumento progresivo del rango de movilidad y Rehabilitación. Tras un periodo de 4 meses, en RNM se aprecia resorción progresiva, remodelado del cartílago sin rarefacción subcondral. Revisiones hasta el alta (10 meses).

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La distinción de lesiones II y III (estable e inestable), puede depender del momento de la realización de la prueba de imagen (Rx y RNM)2. El tratamiento conservador en lesiones límite entre estos dos estadíos, puede ser una opción válida en pacientes con un cumplimiento apto y seguimiento cercano4, reservando la cirugía para fallos del tratamiento conservador o lesiones inestables1,3.

CONCLUSIONES:

La OD es una patología cuya incidencia ha aumentado en menores de 12 años1,2. La bibliografía referente al tratamiento conservador y rehabilitación posterior se limitan a recomendaciones basadas en la evidencia, donde se incide en la curación clinico-radiológica para la vuelta a la actividad.

BIBLIOGRAFIA:

1- Cooper T et al. Prevalence of Bilateral JOCD of the Knee and Associated Risk Factors. J Pediatr Orthop 2015;35:507–510
2- Zbojniewicz AM, Laor T. Imaging of Osteochondritis Dissecans. Clin Sports Med 33 (2014) 221–250
3- Eismann EA et al. Management Strategies for Osteochondritis Dissecans of the Knee in the Skeletally Immature Athlete. Orthop Sports Phys Ther 2014;44(9):665-679.
4- Donaldson LD et al. Extraarticular Drilling for Stable Osteochondritis Dissecans in the Skeletally Immature Knee. J Pediatr Orthop 2008;28:831Y835

COMUNICACIÓN **PÓSTER 038**

TÍTULO: **OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DEL ASTRÁGALO.**

AUTORES: **Pulido Albertus, F. / Robles Molina, J.J. / García Aguilar, I.J.**

CENTRO: **Hospital La Inmaculada - Huércal - Overa (Almería)**

INTRODUCCIÓN:

La osteoporosis transitoria del astrágalo es una enfermedad poco frecuente de etiología desconocida. La resolución del cuadro es variable, puede durar hasta 2 años. Existe la posibilidad de recurrencia.

OBJETIVOS:

Se pretende presentar un caso de osteoporosis transitoria del astrágalo en un paciente de 63 años sin antecedente traumático.

MÉTODOS:

Varón de 63 años valorado por el servicio de Traumatología por presentar dolor en el tobillo derecho de un mes de evolución. No antecedente traumático. No episodios de fallo, ni bloqueo. Presenta antecedentes personales de fractura de tobillo derecho tratado conservadoramente en 2009. No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos.
-Examen físico.
Dolor en tobillo derecho de un mes de evolución. Dolor de características mecánicas en la articulación tibioastragalina. No episodios de fallo ni bloqueo en ese tobillo. Presenta tumefacción generalizada en dicho tobillo Balance articular conservado. Estabilidad ML-AP conservada.
-Pruebas complementarias.Rx AP y L de tobillo derecho. RMN tobillo derecho (octubre 2011). Extensas áreas de edema óseo, principalmente en el cuello y cabeza del astrágalo con leve aumento de los tejidos blandos y mínimo derrame articular: los hallazgos sugieren fundamentalmente una osteoporosis transitoria En la actualidad no se evidencian signos de osteocondritis ni osteonecrosis. (octubre de 2011). RMN tobillo derecho (diciembre 2011). Persisten signos de osteoporosis transitoria del astrágalo derecho, con mejoría respecto al estudio previo. RMN tobillo derecho (marzo 2012) Sin hallazgos de imagen significativos. Resolución completa del episodio de osteoporosis transitoria visualizado en los estudios previos.
-Diagnóstico. Se estableció diagnóstico de osteoporosis transitoria de astrágalo derecho.
-Tratamiento.
Descarga. Deambulación asistida de bastones. Ejercicios de balance articular de tobillo.
Enoxaparina sódica 40 UI sc cada 24 horas. Calcitonina 200 UI intranasal cada 24 horas durante 2 meses. Analgésicos. Revisión progresiva por especialista.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 038**

TÍTULO: **OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DEL ASTRÁGALO.**

AUTORES: **Pulido Albertus, F. / Robles Molina, J.J. / García Aguilar, I.J.**

CENTRO: **Hospital La Inmaculada - Huércal - Overa (Almería)**

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La osteoporosis transitoria del astrágalo es una enfermedad poco frecuente, de etiología desconocida (se ha postulado la teoría de la aceleración regional, que originaría el cuadro por un microtraumatismo en el tejido óseo), autolimitada y caracterizada por no tener antecedente traumático previo. Los movimientos tanto pasivos como activos son normales. Suele afectar más a varones de mediana edad. Clínicamente se manifiesta por dolor mecánico y tumefacción. Los factores de riesgo más influyentes son: tabaco y obesidad En el miembro inferior las localizaciones más frecuentes de la enfermedad son: cadera, rodilla, tobillo y pie.
Puede presentarse también una osteoporosis migratoria, es decir que afecte a otros huesos próximos y en un 41% puede ser bilateral.
El diagnóstico es por exclusión. Entre los diagnósticos diferenciales destacan: necrosis avascular, fractura por estrés, artritis séptica, artritis inflamatoria, distrofia simpática refleja, osteomielitis,...etc.
Las radiografías pueden ser normales o mostrar leve osteopenia en el hueso afecto. Las analíticas de sangre son normales incluyendo marcadores de infección e inflamación. Los análisis del líquido sinovial son normales. La RMN mostrará un patrón característico (disminución de la señal en T1 e incremento de la señal en T2 en la zona de edema óseo) que junto con la clínica nos ayudarán a establecer el diagnóstico. Alternativas terapéuticas: tratamiento conservador (evitar cargar peso en el miembro afecto, medicación analgésica y terapia física) y tratamiento quirúrgico que hace referencia a la descompresión del núcleo óseo. El curso autolimitado de la enfermedad es la pieza angular del tratamiento siendo de elección, el conservador (en nuestro caso se optó por este tipo de tratamiento y los resultados fueron muy satisfactorios). La resolución del cuadro es variable, puede durar hasta 2 años sin embargo en nuestro paciente vemos que en 6 meses se resolvió el cuadro sin problemas. Existe la posibilidad de recurrencia del proceso en el mismo hueso afectado.

CONCLUSIONES:

La osteoporosis transitoria del astrágalo es una enfermedad muy poco frecuente y que puede pasar desapercibida por su etiología muchas veces no traumática. El diagnóstico suele ser por exclusión. El tratamiento conservador suele ser suficiente y ofrece excelentes resultados dado el curso autolimitado de esta patología.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 039**

TÍTULO: **OSTEOMIELITIS DE CALCÁNEO.**

AUTORES: **Pulido Albertus F. / Robles Molina, J.J./ García Aguilar, I.J.**

CENTRO: **Hospital La Inmaculada - Huércal - Overa (Almería)**

INTRODUCCIÓN:

La osteomielitis de calcáneo es una grave complicación poco frecuente, en la que los objetivos fundamentales son erradicar la infección, eliminar el dolor y salvaguardar la función de la zona afectada.

OBJETIVOS:

Se pretende presentar el caso de una paciente intervenida de piés planos valgos bilaterales hace unos 26 años mediante grapas. Por molestias del material, se decidió realizar la retirada del mismo. A los meses desencadenó una osteomielitis de calcáneo que precisó tratamiento antibiótico intravenoso y tratamiento quirúrgico coadyuvante.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de una paciente intervenida de piés planos valgos bilaterales hace unos 26 años mediante grapas. Hace unos meses presenta dolor de tipo mecánico en la cara interna del pie, por lo que se decide realizar la extracción del material de osteosíntesis. Tras la retirada del material de osteosíntesis, unos 3 meses después, la paciente presenta dolor y punto supurante en herida quirúrgica por lo que acude a Urgencias.
A la exploración presenta, dolor importante, flogosis, pequeño punto con drenaje serohemático en herida quirúrgica de pie. Se intentan coger muestras para cultivo y antibiograma pero, no se consiguen muestras suficientes. La paciente no presentaba fiebre pero sí enrojecimiento local en la herida quirúrgica con presencia de pequeña fístula a nivel de la cara interna del pie.
La analítica mostraba unas cifras altas de leucocitos así como un aumento de la PCR. Dada la clínica, se ingresa a la paciente para estudio de la infección en el pie. Se solicita también una RMN para valorar la afectación ósea. Se coloca inmovilización de tobillo y pie afectados.
La RMN muestra cambios postquirúrgicos a nivel de la porción anterior del calcáneo en la que se aprecia una zona con edema medular del calcáneo que presenta trayecto fistuloso hacia la cara externa del tobillo con componente de partes blandas hacia el seno del tarso y a la porción anterior y superior del astrágalo. Dichas imágenes son muy sugestivas de osteomielitis del calcáneo con trayecto fistuloso hacia cara externa del tobillo y componente de partes blandas mencionado. Edema generalizado de tobillo.
Se le realiza una TAC para comprobar el estado del hueso y el grado de afectación del mismo. Podría confirmarse una diseminación de la infección por contigüidad.
El tratamiento que se realizó fue desbridamiento quirúrgico, toma de muestras para cultivo y retirada de material restante. Se administró antibioticoterapia empírica intravenosa.
Durante el ingreso, la paciente mejoró clínicamente del dolor. Se aisló en los cultivos: S. aureus y se administró el antibiótico sensible vía intravenosa. Tras finalizar el tratamiento antibiótico, y tras la mejoría, la paciente fue dada de alta.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 039**

TÍTULO: **OSTEOMIELITIS DE CALCÁNEO.**

AUTORES: **Pulido Albertus F. / Robles Molina, J.J./ García Aguilar, I.J.**

CENTRO: **Hospital La Inmaculada - Huércal - Overa (Almería)**

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Como en otras enfermedades infecciosas el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno mejoran el pronóstico y minimizan el riesgo de la evolución a la cronicidad y las complicaciones. Aunque la mayoría de las osteomielitis agudas hematógenas curan con tratamiento médico, el traumatólogo debe participar desde el inicio en el manejo diagnóstico, terapéutico y evolutivo. La osteomielitis hematógena aguda en niños es principalmente de tratamiento médico (antibióticoterapia). En adultos, además del tratamiento antibiótico partenteral, a menudo se requiere la cirugía para desbridar el foco y drenar abcesos.El tratamiento de la osteomielitis aguda es una urgencia terapéutica y comprende:

1) Tratamiento antibiótico inicialmente empírico
2) Inmovilización del miembro afectado
3) Drenaje de absceso, si lo hay.

En un caso de este perfil, los objetivos fundamentales son : erradicar la infección, eliminar el dolor y salvaguardar la función de la zona afectada. La osteomielitis de calcáneo puede dar lugar a consecuencias graves e incapacitantes para el paciente. Es una grave complicación en la que es esencial un desbridamiento radical de todo el tejido

CONCLUSIONES:

La osteomielitis de calcáneo es una urgencia terapéutica que precisa mayormente tratamiento médico y quirúrgico para evitar consecuencias graves para el paciente. Las vías de diseminación pueden ser: hematógenas, por contigüidad o inoculación directa. La historia clínica y la exploración junto con las pruebas complementarias son claves para su diagnóstico y tratamiento.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 041**

TÍTULO: **FRACTURA DE PELVIS TILE C EN PACIENTE CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA TRATADA MEDIANTE TÉCNICA DE AUMENTACIÓN CEMENTADA DE TORNILLO ILIOSACRO.**

AUTORES: **Prada Chamorro, E. / Moreno Domínguez, R. / Fenero Delgado, B.T.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío**

INTRODUCCIÓN:

La osteogénesis imperfecta es una enfermedad aparentemente de los tejidos del mesodermo, con un colágeno anómalo o deficiente en el hueso. Clínicamente desde el punto de vista ortopédico se caracteriza por una osteoporosis generalizada asociada a múltiples fracturas o incurvación de los huesos largos.

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es mostrar la técnica quirúrgica realizada así como los resultados del caso clínico en el que se empleó.

MÉTODOS:

Mujer de 46 años de edad con antecedente de osteogénesis imperfecta que sufre fractura de pelvis tipo C de Tile por compresión lateral tras un traumatismo (fractura de sacro Denis tipo I derecha y fractura de rama ilio e isquiopubiana ipsilateral). Se decidió intervención quirúrgica mediante la colocación de un tornillo iliosacro de 8 mm de diámetro con técnica de aumentación con cementación, introducido el cemento previo a la compresión final del tornillo.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El postoperatorio inmediato evolucionó sin incidencias y actualmente a los 3 meses tras la cirugía se encuentra iniciando carga parcial asistida con bastones. Las fracturas en pacientes con osteoporosis generalizada y en particular nuestro caso clínico con osteogénesis imperfecta, suponen un reto importante para el cirujano. Nosotros empleamos una técnica quirúrgica descrita de manera similar en la literatura mediante la cual el tornillo iliosacro quedaba implantado mediante técnica de aumentación con cemento. Existen pocos casos descritos en la literatura, en los que la técnica de cementación se realiza previa a la introducción del tornillo iliosacro.

CONCLUSIONES:

El procedimiento descrito para fracturas sacras en huesos osteopóroticos proporciona un incremento potencial de la seguridad en el manejo postoperatorio tras el empleo de esta técnica quirúrgica, ya que el paciente puede realizar incluso una carga precoz en ausencia de dolor.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 042**

TÍTULO: **REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR TRAS AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE ANTEBRAZO (POR DEBAJO DEL CODO).**

AUTORES: **Prada Chamorro, E. / Arias Rodríguez, G. / Fernández Marín, M.R.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío**

INTRODUCCIÓN:

No hay indicaciones absolutas para el reimplante de una estructura amputada, por ello existen diversos sistemas de cuantificación basándose en factores como la capacidad de reinserción laboral, la recuperación de la función muscular, el arco de movilidad, la sensibilidad, etc.

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es mostrar los resultados de nuestro caso clínico tras el reimplante de tercio medio antebrazo.

MÉTODOS:

Mujer de 42 años de edad que acude a urgencias tras sufrir amputación traumática de tercio medio de antebrazo derecho con el tambor de una lavadora industrial. La pieza amputada acude trasladada en contacto directo con hielo, sin signos de congelación. Se decidió reimplante de miembro superior por parte de Traumatología y Cirugía Plástica. Se realizó injerto venoso de safena a nivel de pedículo arterial radial y dos injertos de safena en venas cefálica y basílica. Se realizó neurorrafia del nervio mediano y reparación del nervio cubital con interposición de injerto venoso. Como osteosíntesis se utilizaron placas en cúbito y en radio y una aguja de Kirschner cúbito-humeral colocada temporalmente tras la reducción de la luxación de codo. Se llevo a cabo limpieza de la zona de necrosis muscular y cobertura del defecto con injerto laminar de muslo derecho.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El postoperatorio inmediato evolucionó sin incidencias, la aguja de Kirschner fue retirada a las 4 semanas de evolución y tras ello se colocó una ortesis de codo ortopédica.
La paciente se encuentra realizando actualmente tratamiento rehabilitador , con una evolución satisfactoria, con sensibilidad en toda a cara dorsal del miembro superior, aunque con parestesias ocasionales y una flexión activa de codo de hasta 110 grados.
Los resultados del reimplante de amputaciones por encima del codo son variables en comparación con el reimplante por debajo del mismo. Hay cierta variabilidad en los resultados publicados en relación al reimplante por debajo del codo, desde una supervivencia del 37% en algunos centros hasta una supervivencia del 80% en otros. Sin embargo, la mayoría de las publicaciones muestran tasas de supervivencia uniformemente optimistas (80-90%) para reimplantes a la altura de la muñeca.

CONCLUSIONES:

El éxito del reimplante no puede medirse solamente en términos de supervivencia, sino que queda mejor definido por el grado de recuperación de una función útil. Por toso esto, la decisión final respecto al reimplante es tomada en consenso por el paciente y el cirujano.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 045**

TÍTULO: **TRATAMIENTO URGENTE DE FRACTURA EN LENGUA DE CALCÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Bolívar Arroyo, V. / Jódar Graus, R. / López Herrada, E.M.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada. UGC de Cirugía Ortopédica y Traumatología**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de la tuberosidad del calcáneo constituyen un subtipo de fractura extraarticular de esta localización. Se caracterizan por producirse mediante mecanismo indirecto de avulsión por contracción violenta de la musculatura gemelar, provocando desprendimiento del fragmento óseo de la inserción Aq uílea. Suelen producirse en pacientes mayores con enfermedades sistémicas como diabetes. El desplazamiento que provoca esta fuerza hace que pueda producirse compromiso cutáneo en el margen posterior del talón, pudiendo convertir en cuestión de horas una fractura cerrada en abierta.
El adecuado reconocimiento de esta fractura en el área de urgencias, con una adecuada inmovilización y preparación para un tratamiento quirúrgico urgente influye notablemente en el pronóstico de la lesión.

OBJETIVOS:

Describir un caso de una paciente con fractura de la tuberosidad del calcáneo (“en lengua”), su recepción en área de urgencias y tratamiento quirúrgico para destacar la importancia de un tratamiento precoz.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de una paciente diabética de 74 años de edad que acude a nuestro centro tras sufrir caída en la calle tras traumatismo indirecto en miembro inferior. A su llegada a urgencias presenta impotencia funcional para la marcha con tumefacción importante a nivel de inserción de tendón de Aquiles y dolor a la palpación. A su llegada la piel estaba íntegra. No presentaba signos o síntomas de síndrome compartimental y el estado neurovascular distal era normal. Tras confirmar mediante estudio radiológico la presencia de una fractura desplazada de la tuberosidad posterior del calcáneo, se inmoviliza con férula anterior en equino para relajar la tensión muscular, disminuir el desplazamiento y reducir la presión sobre la zona de la piel en riesgo. A la mañana siguiente se realiza tratamiento quirúrgico de la lesión, evidenciando ya la presencia de una flictena hemorrágica que no comprometía la cirugía. Se practicó reducción cerrada y fijación interna con dos tornillos canulados con controles radiográficos satisfactorios. La evolución en planta cursó sin adversidades por lo que se derivó al alta con férula anterior en equino para evitar complicaciones sobre la cicatriz. Actualmente evoluciona favorablemente sin problemas de herida quirúrgica.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Este tipo de fracturas pueden suponer una emergencia musculoesquelética al poner en riesgo la fina piel que se encuentra adyacente a los fragmentos óseos. Con el objetivo de minimizar el riesgo de presentar complicaciones como la transformación de una fractura cerrada en una abierta es importante reconocer esta fractura como una posible emergencia traumatológica que requiere una modificación en la inmovilización de las fracturas del miembro inferior, una estrecha vigilancia de la integridad cutánea y una fijación precoz para garantizar una evolución óptima.

CONCLUSIONES:

Las fracturas en lengua de calcáneo pueden convertirse en una grave lesión si no son tratadas correctamente. La inmovilización en equino con una férula anterior en área de urgencias es una técnica sencilla que busca minimizar la tensión que soporta la piel.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 046**

TÍTULO: **ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDICTIVOS EN EL FENÓMENO DE CUT-OUT DEL CLAVO TROCANTÉRICO.**

AUTORES: **Andújar Gutiérrez, E. / Calvo-Rubio García, M.J.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de Valme**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de cadera constituyen una elevada morbimortalidad y coste económico. En este estudio retrospectivo analizamos de la incidencia y factores asociados al fenómeno de cut-out del clavo trocantérico. Este fenómeno de fallo del implante consiste en el colapso del ángulo cervico-diafisario en varo con la consiguiente extrusión del tornillo cefálico a través de la cabeza femoral. Es la complicación más frecuente alcanzando el 4% en algunas series. Se han realizado multitud de estudios para determinar los factores que predisponen a este tipo de fracaso del material de osteosíntesis en estas fracturas: edad, sexo, patrón de fractura, calidad ósea, reducción de la fractura, posición del tornillo cefálico. Con ello se ha determinado que el mayor factor predictor a corto plazo para el fenómeno de cut–out es la falta de reducción de la fractura. Por otro lado el factor a largo plazo es una TAD (tip to apex distance) > 25 mm. Esta determinación es una cifra numérica obtenida de la suma de las distancias desde la punta del clavo al ápex aplicando además un factor corrector para minimizar el error de medición radiográfica.

OBJETIVOS:

Analizar los casos presentados y valorar posibles factores predisponentes causantes del fracaso del implante. Determinar en qué casos estos fallos eran evitables.

MÉTODOS:

Incluimos en este estudio todos los casos consecutivos diagnosticados en nuestro centro de cut-out de clavo trocantérico desde el 1 de enero de 2012 hasta el 1 de enero de 2015. Se han excluido otro tipo de fallos del material como la rotura del mismo, fracturas perimplante o fallos por fractura patológica. Clasificamos los casos diagnosticados según edad, sexo, tipo de fractura, modelo de clavo así como tiempo transcurrido hasta el fracaso del material. Analizamos los factores predictivos realizando mediciones en radiografías de control postquirúrgico para determinar el TAD además de valorar si la reducción fue correcta según los criterios de Baumgaertner. Se clasificaron como estables o inestables según la clasificación de Evans modificada. Para analizar la posición del tornillo cefálico dentro del cuello y cabeza femoral se emplearon los cuadrantes de Cleveland considerando los cuadrantes ínfero-posterior y antero-superior como críticos.

RESULTADOS:

Durante este periodo se pusieron en nuestro centro un total de 448 clavos trocantéricos casi en su totalidad del modelo Gamma 3 de Striker. Se reclutaron 15 casos, 12 mujeres y 3 varones con una edad media de 79,6 años. 10 fracturas pertrocantéreas izquierdas y 5 derechas. La tasa global de fracaso por CUT–OUT fue del 3,34. El 80 % correspondieron a fallos tempranos con un tiempo de evolución menor de 24 semanas, el 20 % correspondieron a fallos tardíos con un tiempo de evolución mayor a 24 semanas. La posición de la espiral del tornillo cefálico que más encontramos fue la del cuadrante inferior-posterior, seguido del medio-posterior. El TAD medio fue de 18,32 mm. En el 27% de los casos la TAD fue superior a 25 mm. Aunque al ser este factor concomitante con otros, dichos pacientes sufrieron un fallo temprano del implante y no un fallo tardío proprio de esta medida magnificada. En el 60% de los casos registrados se observó una mala posición del tornillo cefálico. El 86 % fueron fractura inestable grado 3 o superior de la clasificación de Evans. El 53% de los casos presentaba una reducción no satisfactoria en la radiografía de control postquirúrgica según los criterios de Baumgaertner. El 33% de los casos presentó de forma conjunta los tres factores predisponentes, una mala posición de la espiral del tornillo cefálico, un TAD incrementado y una reducción no satisfactoria.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 046**

TÍTULO: **ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDICTIVOS EN EL FENÓMENO DE CUT-OUT DEL CLAVO TROCANTÉRICO.**

AUTORES: **Andújar Gutiérrez, E. / Calvo-Rubio García, M.J.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de Valme**

CONCLUSIONES:

Según la bibliografía el TAD es el mayor predictor estadístico de fallo del implante por cut-out. El hecho de que los cirujanos estén instruidos en dicho concepto disminuye la tasa de fallo. A pesar de ello, hay factores que escapan a nuestro control, como es la existencia de una fractura inestable o la mala calidad ósea del paciente. Además de no superar los 12 mm hasta la superficie subcondral es imprescindible evitar los cuadrantes conflictivos más propensos a producir un fallo del implante. El tratamiento de rescate de estos pacientes debe tener en cuenta la edad y calidad de vida del paciente, siendo preciso en muchos casos la retirada completa del material y la implantación de una prótesis total de cadera en pacientes deambulantes, como consecuencia de la deformidad generada en el acetábulo.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 047**

TÍTULO: **CIRUGÍA DE RESCATE EN PSEUDOARTROSIS DE RÓTULA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.**

AUTORES: **Bolívar Arroyo, V. / Navarrete Jiménez, J.D. / Mejía Zea, J.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada. UGC Cirugía Ortopédica y Traumatología**

INTRODUCCIÓN:

La pseudoartrosis de la fractura de rótula está cifrada en inferior al 5 por ciento. Cuando ocurre, supone un reto para el cirujano poder reconstruir el aparato extensor. Algunas opciones de tratamiento son la fijación interna con aporte de injerto óseo o bien la patelectomía parcial o total, pudiendo asociar técnicas complementarias como la cuadriceplastia.

OBJETIVOS:

Descripción de un caso de pseudoartrosis de rótula en una paciente politraumatizada en la que se opta por tratamiento quirúrgico que se describirá a continuación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de una paciente de 45 años de edad que sufre precipitación desde un segundo piso sufriendo diversas lesiones. En área de urgencias el equipo de traumatología decide intervención urgente mediante fijación externa de fractura diafisaria de fémur por situación clínica border line por lesiones asociadas y limpieza y desbridamiento de fractura abierta conminuta bilateral de rótula. En un segundo tiempo se somete a cirugía definitiva de las lesiones, realizandose fijacion interna con cerclaje con alambre y tornillos interfragmetarios en rótula, requiriendo hemipatelectomía en rótula izquierda. Es dada de alta con buena evolución en el postoperatorio inmediato. Durante el seguimiento en consulta, se constata déficit de flexoextensión de rodilla izquierda (balance articular 20º-120º), dolor y fracaso de material de osteosíntesis con rotura de los tornillos a los 6 meses de la intervención, además de rótula baja. Se decide someter a tratamiento quirúrgico para rescate de aparato extensor. Intraoperatoriamente se constata pseudoartrosis de rótula, procediéndose a retirada de material de osteosíntesis previamente implantado. Se cruenta foco de pseudoartrosis y se coloca cerclaje circular con cable. Se practica V-Y plastia cuadricipital para favorecer el ascenso de la rótula y el adecuado funcionamiento del aparato extensor. Se realiza plastia en 8 con ambos isquiotibiales y túneles óseos que se fija con tornillos de biotenodesis de 4 mm al polo proximal de la rótula. Se coloca cerclaje de descarga con sutura de Ethibond. Intraoperatoriamente se comprueba movilización 0-90º.

RESULTADOS:

El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones. Durante su seguimiento en consultas se ha constatado desaparición del dolor con controles radiológicos adecuados, sin presentar actualmente consolidación a los 6 meses de la cirugía. El balance articular ha mejorado hasta 0-120º de forma activa. La herida cursa sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

La cirugía en la pseudoartrosis de rótula es un reto complejo que persigue restablecer el adecuado funcionamiento del aparato extensor. La técnica realizada en este caso, asociando cuadriceplastia y con el empleo de tendones isquiotibiales con fijación mediante biotenodesis ha resultado efectiva para una paciente que presentaba importante limitación funcional.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 048**

TÍTULO: LUXACIÓN BILATERAL ASIMÉTRICA DE CADERA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Granero Molina, E.J. / Martínez Medina, R.I. / Pérez del Río, V.

CENTRO: Hospital Regional Universitario Málaga

INTRODUCCIÓN:

La luxación asimétrica bilateral de cadera es una entidad rara en la cual una cadera sufre una luxación anterior y la contralateral una luxación posterior, representando aproximadamente entre el 0.01 % - 0.02% de todas las luxaciones. La causa más frecuente es un traumatismo de alta energía, sobretodo en accidentes de tráfico, por lo que su incidencia está aumentando en los últimos años.
Debido a que el mecanismo de producción es de alta energía, suelen llevar asociadas otras lesiones como fracturas de acetábulo o fracturas de fémur proximal, así como lesiones a otros niveles.

MATERIAL Y MÉTODOS: REVISIÓN DE UN CASO

Varón de 22 años sin AP de interés que sufre colisión contra farola mientras circulaba en su motocicleta. A su llegada a Urgencias, consciente, orientado y aquejado de dolor en hemitórax izquierdo y en ambas caderas. A la exploración de MMII se encuentra el izquierdo acortado y en actitud de rotación externa y el derecho alargado y en rotación interna. En pruebas de imagen se confirma la sospecha de luxación anterior de cadera derecha y una luxación posteroinferior de cadera izquierda, con fracturas acetabulares asociadas. Inmediatamente se procede a la reducción cerrada en quirófano y seguidamente se realiza TAC de control en el que se aprecian fractura longitudinal del iliaco derecho que alcanza el techo del acetábulo. Fractura del pilar anterior y fondo del acetábulo derecho. Fractura desplazada del muro posterior del acetábulo izquierdo. Fractura longitudinal del ala sacra izquierda. En un segundo tiempo se interviene quirúrgicamente la fractura de acetábulo izquierdo mediante una reducción abierta y fijación interna con tornillos.

RESULTADOS:

Tras dos meses postcirugía, no dolor espontáneo ni con las rotaciones de cadera y se autoriza el inicio de la deambulación con bastones; un mes más tarde comienza la retirada de los bastones e inicia ejercicios de natación. Actualmente se encuentra asintomático y efectuando una vida dentro de la normalidad.

DISCUSIÓN:

La luxación bilateral asimétrica de cadera es una entidad rara en la cual los resultados a largo plazo publicados son excelentes, existiendo desenlaces desafortunados sobretodo debidos a la severidad inicial de las lesiones asociadas más que de la luxación de cadera en sí. La reducción cerrada de las luxaciones debe realizarse de manera urgente para evitar posibles complicaciones, siendo las más frecuentes parálisis nerviosas, necrosis avascular, osificación heterotópica, etc. Deberá realizarse un TAC de control postreducción para la valoración de lesiones asociadas y ya en un segundo tiempo actuar sobre las mismas. Las fracturas de acetábulo son las lesiones asociadas más frecuentes de esta entidad, destacando entre ellas las fracturas del muro posterior debidas a luxaciones posteriores, en los casos en los que se trate de una fractura desplazada la mejor opción de tratamiento es la reducción abierta y fijación interna, ya que una reducción anatómica nos lleva a un mejor resultado radiológico y funcional a largo plazo.

CONCLUSIONES:

La luxación bilateral asimétrica de cadera es una entidad rara que se encuentra en aumento en los últimos años debido sobretodo a los accidentes de tráfico, sin embargo los resultados funcionales a largo plazo son óptimos.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 049**

TÍTULO: **FRACTURA POR AVULSIÓN DE ESPINA TIBIAL EN ADULTO QUE DERIVA EN PSEUDOARTROSIS.**

AUTORES: **Calvo Lillo, C. / Calcines Santana, M.A. / Ammari Sánchez-Villanueva, N. / Calderón Sánchez, M.A. / Lazo-Zbikowski Taracena, J.M.**

CENTRO: **Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y C. Ortopédica del Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

Epidemiología: Las fracturas por avulsión de la espina tibial son una patología que suele producirse en pacientes con esqueleto inmaduro, por lo que son relativamente frecuentes en niños y adolescentes, siendo más infrecuente su presentación en adultos jóvenes. Su incidencia aproximada es de 3 por 100.000/año. Etiopatogenia: Existen diversas clasificaciones, siendo la más utilizada la de Meyers y McKeever, que más tarde fue modificada por Zoricznyj. Las tipo I son fracturas sin o con mínimo desplazamiento, las tipo II parcialmente desplazadas, las tipo III son completamente desplazadas sin contacto cortical, y las tipo IV completamente desplazadas y conminutas. El mecanismo de lesión principal es la aplicación de una fuerza excesiva en valgo y rotación externa, pudiendo presentarse también en traumatismos con hiperextensión o hiperflexión de rodilla. Sin un correcto manejo pueden derivar en lesión del ligamento cruzado anterior o pseudoartrosis del fragmento con la consiguiente impotencia funcional.

OBJETIVOS:

El objetivo principal de esta publicación es mostrar el manejo en un caso de pseudoartrosis de espina tibial dada la baja incidencia de este según revisión bibliográfica.

MÉTODOS:

El caso clínico versa sobre un varón de 24 años que, tras sufrir traumatismo casual forzando el valgo de rodilla derecha, presentó una fractura de espina tibial tipo II según la clasificación de Meyers y McKeever, modificada por Zaricznyj; que se decidió tratar ortopédicamente. Tras 1 año de evolución continuaba con dolor, sensación de inestabilidad con la marcha y signos de Lachmann y cajón anterior positivos, a pesar de un control radiográfico aparentemente normal. Por ello se optó por solicitar RMN donde se objetivó una pseudoartrosis de la espina tibial afecta. Se sometió a intervención quirúrgica artroscópica de rodilla derecha realizándose refrescamiento del foco y fijación in situ del fragmento mediante 1 tornillo de 4,5mm de diámetro de rosca completa. Posteriormente se procedió a la colocación de rodillera con control de flexo-extensión bloqueada las primeras 3 semanas permitiéndose más tarde un balance de 0-90º. Se decidió citar en consultas externas para realizar seguimiento.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras la inmovilización y autorehabilitación el paciente mostró signos de consolidación, con desaparición de sensación de inestabilidad; por lo que se incorporó a sus actividades normales de la vida diaria, decidiéndose revisión para control de su evolución.

CONCLUSIONES:

Las fracturas por avulsión de la espina tibial en el adulto joven son un tipo de patología infrecuente, que a pesar de su correcto tratamiento pueden producir importantes secuelas como lesión del ligamento cruzado anterior o la aparición de pseudoartrosis del foco de fractura, como la que presentaba el paciente de nuestro caso. Por ello es importante una adecuada revisión de la evolución clínica y una evaluación correcta de las pruebas de imagen donde inicialmente puede pasar desapercibida.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 050**

TÍTULO: **TRATAMIENTO CONSERVADOR EN FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE RADIO SOBRE QUISTE ÓSEO.**

AUTORES: **Calcines Santana, M.A. / Nogales Trujillo, A. / Jimenez Ot, J.J. / Calderón Sánchez, M.A. / Lazo-Zbikowski Taracena J.M.**

CENTRO: **Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y C. Ortopédica del Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

El quiste óseo esencial o solitario es la lesión ósea benigna mas frecuente del esqueleto periférico en la infancia. Asienta, fundamentalmente, en la metáfisis de huesos largos y lo hace con mayor incidencia en las proximales de humero y fémur. No suele afectar a la placa de crecimiento, a pesar de su cercanía.

Todavía se desconoce la etiología de esta lesión asintomática que con frecuencia causa fractura patológica. El comportamiento biológico es impredecible al igual que el curso clínico en las distintas localizaciones anatómicas. Esto se refleja en la alta tasa de recurrencia que se ha asociado con diversas modalidades de tratamiento.

OBJETIVOS:

El objetivo principal de esta publicación es aportar un caso y actualización de la bibliografía en relación al éxito del tratamiento conservador.

MÉTODOS:

El caso clínico trata de un paciente de 10 años de edad sin antecedentes de interés, que tras traumatismo en cara lateral de antebrazo derecho presenta una fractura transversal de tercio medio de radio sobre quiste óseo anterior. Tras ser valorado el paciente en urgencias por nuestro servicio, se decide optar por un tratamiento conservador mediante yeso braquial completo y seguimiento reglado en consultas externas de traumatología.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras 1 mes de tratamiento ortopédico mediante inmovilización con yeso braquial el paciente no presenta sintomatología dolorosa y se encuentra en la radiografía una correcta consolidación de la fractura además del relleno completo del quiste.

CONCLUSIONES:

Existe mucha bibliografía sobre el tratamiento quirúrgico, rellenos con material autólogo o inyección de corticoides de las fracturas sobre quiste óseos, sin embargo se ha de tener en cuenta que el tratamiento ortopédico en casos seleccionados puede ser igual de efectivo, sin tener que someter al paciente a ninguna intervención con los riesgos que la misma conlleva.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 051**

TÍTULO: **FASCIOTOMÍA DE URGENCIA EN SÍNDROME POR APLASTAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Calvo Lillo, C. / López Lobato, R. / Melgar Fernández, M.C. / Calderón Sánchez, M.A. / Lazo-Zbikowski Taracena, J.M.**

CENTRO: **Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y C. Ortopédica del Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome por aplastamiento se define como la compresión traumática de un tejido muscular que origina un daño renal como consecuencia del mismo. Este síndrome fue descrito por primera vez en Londres durante la primera guerra mundial y ha ido aumentando de incidencia debido a los desastres naturales tales como terremotos; aunque también puede venir derivado de caso de violencia extrema o aplastamiento de miembro por vehículos, como el caso que nos compete. En general cualquier suceso que provoque una inmovilidad prolongada puede derivar en este síndrome.
La incidencia de este suceso es del 2-5% de las personas afectadas por terremotos, 50% de las víctimas de rabdomiolisis traumática y 10,5% de las personas que sufren una violencia extrema. En el caso del síndrome por aplastamiento traumático presenta una mayor incidencia en miembros inferiores, siendo bastante menor en el miembro superior.

OBJETIVOS:

El objetivo principal de esta publicación es aportar un nuevo caso y actualización de la bibliografía en relación con el síndrome por aplastamiento traumático.

MÉTODOS:

El caso clínico versa sobre un paciente de 50 años que sufre atrapamiento de miembro inferior derecho como consecuencia de accidente de tractor durante 12 horas. A la exploración el paciente presenta clara rotura muscular, miembro con importante aumento de volumen y tensión extrema con formación de flictenas. Distalmente presenta isquemia establecida a nivel de antepié, sin relleno capilar ni captación por pulsioxímetro. Se somete a intervención quirúrgica de forma emergente realizando fasciotomía de compartimentos del muslo, pierna y pie. Se comprueba claro aspecto isquémico de musculatura que poco a poco comienza a recuperar coloración. A nivel distal también se aprecia leve mejoría y se comprueban buenos flujos de arteria tibial anterior, poplítea y femoral.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras 48 horas de ingreso en la unidad de cuidados intensivos; a pesar de una clara mejoría en el aspecto de la musculatura del miembro inferior, se produce el éxitus del paciente por disfunción renal aguda secundaria a rabdomiolisis, y fallo multiorgánico.

CONCLUSIONES:

Aun siendo una patología relativamente infrecuente, es muy importante conocer el tratamiento del síndrome por aplastamiento, debido a las consecuencias fatales que pueden derivar de la demora del mismo. A pesar del alto riesgo de infecciones, el tratamiento elegido debe ser la fasciotomía de los compartimentos aparentemente dañados para aumentar así la viabilidad del miembro afecto. También es importante realizar un correcto control vascular del miembro afectado así como un tratamiento intensivo de la patología derivada de dicho síndrome, tales como el hemofiltro, hemodiálisis o la antibioterapia intensiva.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 052**

TÍTULO: ARTRODESIS DE RODILLA MEDIANTE CLAVO FEMOROTIBIAL TRAS INFECCIÓN DE PTR Y FRACTURA YATROGÉNICA.

AUTORES: Calvo Lillo, C. / Calcines Santana, M.A. / Martínez Sánchez, M.A. / Calderón Sánchez, M.A. / Lazo-Zbikowski Taracena, J.M.

CENTRO: Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y C. Ortopédica del Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla)

INTRODUCCIÓN:

La realización de una artrodesis de rodilla es uno de los últimos recursos que se utiliza en traumatología en patología como tumores, traumatismos con pérdida ósea o fracasos de artroplastia total de rodilla. La causa más frecuente de indicación de una artrodesis en la articulación de la rodilla es la infección de la artroplastia primaria en la misma. Entre los gérmenes más frecuentemente aislados en las infecciones de PTR se encuentra el Staphylococcus epidermidis, siendo la frecuencia en torno al 30% en los estudios realizados.
La fijación de la articulación mediante clavo intramedular se ha estado imponiendo sobre otras técnicas debido a la estabilidad que se consigue en un gran número de casos, entre 80-90% en la mayoría de los estudios publicados, consiguiendo una articulación estable y no dolorosa.

OBJETIVOS:

El objetivo principal de esta publicación es aportar un nuevo caso y actualización de la bibliografía en relación al enclavado endomedular para la artrodesis de rodilla.

MÉTODOS:

El caso clínico trata de una paciente de 73 años de edad que porta los siguientes eventos en su rodilla. PTR primaria en el año 2002 por gonartrosis en varo de rodilla derecha. Rescate en 2009 a PTR-rotacional por inestabilidad. Luxación crónica PTR-rotacional que se interviene en 2015 recambiando el pivote central. Después infección aguda con cultivos positivos a Pseudomona Aeruginosa que se resolvió tras lavado quirúrgico y completando ciclo de antibioterapia. Posteriormente, y tras confirmarse la resolución de la infección por Pseudomona, mediante normalización de PCR y artrocentesis negativa, es necesario realizar un primer tiempo de rescate séptico de PTR-rotacional explantando la misma y colocando cemento espaciador tras producir fractura de meseta tibial y corticotomía femoral en Julio 2015. En Agosto se procede a la colocación de un fijador externo tras fractura supracondílea y se confirma la positividad de los cultivos para Staphylococcus epidermidis. Por último se procede a planteamiento de colocación de clavo endomedular como tratamiento definitivo, tras confirmar negatividad de cultivos y normalización de PCR en Octubre del mismo año.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras 12 meses de tratamiento la paciente no presenta sintomatología dolorosa y se encuentra conseguida la artrodesis completamente. Dentro de la revisión de la literatura se revela un 84% de resultados positivos del enclavamiento endomedular, avalando los buenos resultados del mismo en las cirugías de rescate. La fijación externa en principio se reservará para aquellos casos en el que exista una infección activa y sea necesaria una artrodesis urgente.

CONCLUSIONES:

Es necesario informar a los pacientes de las posibles complicaciones que puedan derivar de una artroplastia total de rodilla; que pueden conducir a la necesidad de artrodesar la articulación perdiendo así la movilidad. El sistema de enclavado endomedular T2 es una herramienta válida para conseguir dicha artrodesis, en los casos en los que este indicada la utilización de la misma.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 053**

TÍTULO: **INESTABILIDAD CERVICAL POR METÁSTASIS EN RECIDIVA DE PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Martínez Medina, R.I. / Granero Molina, E.J. / Pérez del Río, V.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga.**

INTRODUCCIÓN:

El paraganglioma (PG) es un tumor neuroendocrino raro, que deriva del tejido de la cresta neural. Su localización típica se da a nivel de la bifurcación carotídea, nervio vago y unión yúgulotimpánica. Son tumores benignos de crecimiento lento con hipervascularizados, siendo su malignización excepcional. La cirugía primaria tiene intención curativa si es posible la exéresis completa del tumor, pero en ocasiones por la afectación de tejidos en la vecindad no es posible, siendo necesaria la radioterapia coadyuvante. La recidiva es infrecuente y suele ser por persistencia de tumor residual. La malignización mediante metástasis en tejidos no endocrinos se produce en menos del 10% de los (PG).

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de recidiva de un paraganglioma carotídeo, a través de múltiples metástasis en esqueleto axial con inestabilidad de C7 por afectación del cuerpo y láminas, que estenosa el canal y requiere descompresión con fijación mediante instrumentación en zona de transición cervico-dorsal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 47 años con antecedentes de un glomus carotídeo (PG) intervenido mediante resección quirúrgica en 1998, en las sucesivas consultas presenta curación del tumor. En 2015, acude a revisión por tumoración a nivel cervical, sospechando recidiva de dicho tumor a nivel de la bifurcación carotídea, es tratado con radioterapia (RT). Tras 6 meses del tratamiento con RT, el paciente debuta con un dolor lumbar constante, que empeora con la sedestación y deambulación, mejorando con el decúbito supino. No presenta alteración de esfínteres, dolor radicular ni clínica neurológica acompañante. Destaca la pérdida de peso de unos 15 kg que el paciente achaca a una dieta y a la pérdida de sabor por la RT. El dolor es de difícil control analgésico por lo que se solicita TC de columna donde observamos lesiones líticas múltiples en L2, L4 y L5, teniendo L5 una afectación y desplazamiento del muro posterior de 8 mm condicionando una estenosis de canal. El TC toraco-abdomino-pélvico muestra LOEs a nivel hepático (seg IV) y en parénquima pulmonar en LSD. La RM con contraste de columna completa muestra afectaciones metastásicas múltiples en C2, C3 y C4 sin deformar los cuerpos vertebrales, en C7 se afecta el cuerpo, pedículo y láminas originando una estenosis severa de canal con impronta en saco tecal, sin mielomalacia.

Se completa estudio con angiografía y PET-TC confirmando el diagnóstico de glomus carotíedo y metástasis múltiples. Se realiza un estudio metabólico mediante gammagrafía con octreoscan (para valorar receptores de somatostatina) mostrando una intensa captación a nivel del glomus carotídeo, y C7-T1, además de los focos observados en T10, L1, L2, L4, L5 esternón y parrilla costal.

Tras el diagnóstico y estudio de extensión-metabólico el diagnóstico es compatible con tumor neuroendocrino tipo paraganglioma con metástatis múltiples.

Se propone cirugía para estabilización cérvico-torácica (C7-T1) y toma de muestras para estudio histopatológico. Se realiza un abordaje posterior con descompresión con laminectomía, instrumentación con tornillos a masas laterales en C5, C6 y C7 y tornillos transpediculares a T1 y T2. Para la artrodesis se empleó injerto homólogo de banco. Las muestras de biopsia obtenidas fueron del cuerpo y pedículo izquierdo de T1 y lámina de T2. El paciente recibe además RT paliativa de sus lesiones en columna lumbar y quimioterapia (QT) con Ciclofosfamida, Dacarbazina y Vincristina.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 053**

TÍTULO: **INESTABILIDAD CERVICAL POR METÁSTASIS EN RECIDIVA DE PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Martínez Medina, R.I. / Granero Molina, E.J. / Pérez del Río, V.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga.**

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

A los tres meses de la cirugía se recomienda la retirada progresiva del collarín cervical Minerva, el dolor lumbar tras las sesiones de RT ha mejorado considerablemente, solo precisando analgesia de primer escalón de manera intermitente.

Los estudios radiológicos muestran que las lesiones metastásicas se mantienen estables, la masa cervical es de menor tamaño, no dolor lumbar en reposo, como secuela presenta parestesias a nivel de territorio C8 con dificultad a veces para realizar pinza. Actualmente sigue en tratamiento con análogos de somatostatina con la enfermedad tumoral controlada.

CONCLUSIONES:

La metástasis vertebrales por tumores neuroendocrinos son una causa poco frecuente de estenosis de canal. La afectación del cuerpo vertebral así como el desplazamiento del muro posterior e invasión del canal con compresión del saco tecal, requieren de una rápida actuación para prevenir posibles déficits neurológicos.

En los casos de múltiples metástasis del esqueleto axial, no está indicado la corpéctomia/vertebrectomía ya que no supone modificación del pronóstico y se asume un elevado riesgo quirúrgico. La descompresión e instrumentación con artrodesis ofrece una resistencia estructural suficiente realizando un abordaje único mediante vía posterior.

Los tumores neuroendocrinos responden bien a la RT neoadyuvante, además de controlar el dolor en localización anatómicas difíciles, es un importante paso previo a la cirugía para reducir la masa tumoral e hipervascularización de este tipo de tumores.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 054**

TÍTULO: **FRACTURA DE PELVIS INESTABLE EN PACIENTE FRÁGIL.**

AUTORES: **Fernández Marín, M.R. / Prada Chamorro, E. / Hernández García, L.P. / Villarreal Puerta, J.P. / González Plata, C.E. / Belascoain Benítez, E.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío - Sevilla**

ANAMNESIS:

Paciente de 82 años que acude a urgencias por dolor en muñeca izquierda y dolor inguinal derecho. Antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Refiere tropiezo con apoyo de la extremidad superior izquierda en el suelo sin llegar a sufrir caída ni contusión en otras localizaciones. Tras ser evaluada, es dada de alta con el diagnóstico de esguince de muñeca al no hallarse datos patológicos clínico-radiológicos. Retorna al mes , por dolor progresivo de una semana de duración que ha aumentado hasta hacerse incapacitante , a nivel inguinal derecho.

EXAMEN FÍSICO:

A la exploración presenta dolor inguinal derecho, sin afectación vasculonerviosa asociada. Lumbalgia de localización difusa de varios días de evolución con la postración prolongada, con sensación de irradiación del dolor a ambos miembros inferiores sin signos de alarma o de afectación tipo radicular. No presenta dolor a la exploración de sacroilíacas en la exploración. RX pelvis: fractura de ramas ilio e isquiopubiana derechas.

DIAGNÓSTICO:

Fractura de rama iliopubiana e isquiopubiana derechas (Tipo I clasificación de Nakatani)

TRATAMIENTO:

Se propone tratamiento conservador para la fractura de rama pélvica, mediante analgesia y reposo en descarga.

EVOLUCIÓN :

De manera domiciliaria, la paciente presenta un empeoramiento progresivo de su estado general, precisando ingreso en Medicina Interna, con anemización progresiva y posteriormente neumonía nosocomial asociada. Asimismo, comienza con un aumento de la clínica dolorosa lumbar y de miembros inferiores. Reevaluamos a la paciente, solicitando nueva radiografía de pelvis, donde se aprecia desplazamiento de fractura de rama ilioisquiopubiana con posible afectación del marco posterior. Se solicita tomografía: fractura de ramas isquiopubiana e iliopubiana derechas desplazadas, asociada a fracturas de ambas alas sacras y cuerpo de sacro- lo que la convierte en una pelvis inestable tipo C2 según la clasificación de Tile – todo encuadrado en una marcada osteopenia global. Dados los hallazgos y una vez estabilizado el estado general de la paciente, se procedió a intervención quirúrgica realizando reducción cerrada de la fractura sacra mediante tornillos iliacosacros percutáneos.
Presenta una excelente evolución en consultas: no dolor al mes de la intervención, logrando deambulación con ayuda de andador a los 3 meses.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 054**

TÍTULO: **FRACTURA DE PELVIS INESTABLE EN PACIENTE FRÁGIL.**

AUTORES: **Fernández Marín, M.R. / Prada Chamorro, E. / Hernández García, L.P. / Villarreal Puerta, J.P. / González Plata, C.E. / Belascoain Benítez, E.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío - Sevilla**

DISCUSIÓN:

Las fracturas de estrés por insuficiencia son el resultado de una solicitación mecánica normal sobre un hueso debilitado. Múltiples procesos pueden afectar a la consistencia ósea, siendo la osteoporosis una de las situaciones más comúnmente asociadas. Las fracturas osteoporóticas afectan con frecuencia a columna vertebral, la pelvis y el fémur y hay datos claros de un aumento de su prevalencia. Las fracturas sacras por insuficiencia son una entidad muy frecuente, y deben ser siempre sospechadas en paciente mayor con osteopenia pronunciada que presente dolor lumbosacro , a pesar de que un gran porcentaje de los pacientes negará antecedente traumático previo. El diagnóstico de las fracturas sacras es a menudo difícil, siendo infradiagnosticadas con frecuencia. Debemos para ello completar el estudio con pruebas complementarias, como la imagen por CT o IRM.

El aumento de la población geriátrica en el mundo desarrollado, va unido a un cambio en los tratamientos y técnicas que nos atrevemos a aplicar en estos delicados pacientes. Muchos de ellos, a pesar de su edad cronológica, permanecen sanos y activos, por lo que el objetivo del tratamiento va encaminado a reponer el nivel funcional previo a la lesión, así como a evitar la inmovilización en la medida de lo posible, situación que conlleva, desgraciadamente de manera frecuente, un declive orgánico generalizado.

La mayoría de las fracturas osteoporóticas no suelen requerir tratamiento quirúrgico, ya que en el momento del diagnóstico suelen hallarse mínimamente desplazadas y . No obstante, hay pacientes en los que ocurre un avance insidioso de la lesión, con el subsecuente desplazamiento e inestabilidad de la misma. En el caso de las fracturas osteoporóticas del sacro, es crucial detectar lesiones asociadas alrededor del mismo, ya que en ocasiones, el tratamiento quirúrgico debe ser seriamente considerado. La estabilización quirúrgica disminuye significativamente la intensidad del dolor y permite la movilización del paciente de manera precoz, siendo la fijación mediante tornillos percutáneos una indicación poco agresiva y con altas tasas de resolución, muy adecuada para pacientes frágiles.

CONCLUSIÓN:

En conclusión, las fracturas osteoporóticas de sacro se tratan de una entidad muy prevalente e infradiagnosticada en nuestro medio. Su detección temprana es decisiva y debe sospecharse siempre ante anciano con dolor lumbar. Hemos de valorar conjuntamente la estabilidad pélvica y decidir el tratamiento más apropiado, teniendo en cuenta que existen métodos poco cruentos que permiten la reincorporación precoz del paciente a su actividad habitual.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 055**

TÍTULO: **MANEJO EN UN SOLO TIEMPO DE FRACTURA PATOLÓGICA BILATERAL DE CADERA.**

AUTORES: **Durán Garrido, F.J. / Esteban Castillo, J.L. / Jiménez Garrido, C.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria Málaga**

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro trabajo es referir el protocolo llevado a cabo en nuestro centro en una paciente oncológica con fractura bilateral de cadera en un solo acto quirúrgico.

MÉTODOS:

Se presenta una paciente de 41 años, diagnosticada 2 años antes de carcinoma de mama en estadio IV con metástasis en pelvis y columna lumbar.

Se le realizó una Rx simple de ambas caderas y se observó una fractura persubtrocantérica en la cadera izquierda y una de cuello de fémur de la cadera derecha ambas en relación a imágenes líticas metastásicas. Primero se intervino la fractura pertrocantérica de la cadera izquierda mediante enclavado endomedular con clavo largo, y posteriormente se llevo a cabo la intervención sobre la fractura de cuello de fémur de la cadera contralateral, con reemplazo parcial de la cadera, todo bajo cobertura antibiótica tanto intraoperatoria como postoperatoria.

El primer día postoperatorio presentaba un buen control del dolor con analgesia intravenosa y catéter epidural, con buen aspecto de heridas, y tras un control radiológico y analítico comenzó la sedestación.

A los dos días de la intervención, tras ser valorada por el servicio de medicina física y rehabilitación la paciente comenzó con la deambulación con ayuda de un andador. Este mismo día se retiró el catéter epidural.
Al tercer día postoperatorio la paciente presentaba una buena evolución, tanto de las heridas quirúrgicas, como del control del dolor.

Al 4º día de la intervención la paciente fue dada de alta del ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES:

Ante una fractura de cuello de fémur la mayoría de autores abogan por una hemiartroplastia cementada, ante la que se han conseguido altas tasas de mejora de la función y una excelente o total reducción del dolor.

Ante una fractura inter-subtrocantérica se debería optar por el enclavado cervicodiafisario o por una hemiartroplastia. En general hay una mayor preferencia por el enclavado, aunque existe menor consenso. Se suele optar por el enclavado en caso de tener reserva ósea suficiente y cuando se trate de tumores quimio/radiosensibles. En caso de optar por enclavado, el clavo deberá ser de la mayor longitud posible, llevándose a cabo tanto el fresado (en caso de ser necesario) como su introducción de una manera cuidadosa, y el bloqueo distal debe ser obligado.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 056**

TÍTULO: **ROTURA DE PLACA VOLAR TRAS TRAMIENTO DE PSEUDOARTROSIS EN FRACTURA DE RADIO DISTAL.**

AUTORES: **Romero Escribano, E. / Ruiz Hernádez, A. / Fernández de Arroyabe Sáez de Ojer, N. / Bautista Enrique, D. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

Tanto la pseudoartrosis como la rotura de placa volar en fracturas de radio distal, son complicaciones muy poco frecuentes, se ilustra caso de mujer de 88 años, que tras 6 meses de tratamiento conservador con escayola, presenta una pseudoartrosis de la fractura con movilidad completa de los fragmentos y dolor; se decide fijar mediante placa volar de radio e injerto óseo, tres meses post cirugía se objetiva una rotura de la placa, a nivel del tornillo más distal del fragmento proximal de la fractura, se encuentra en bibliografía, que este punto puede ser el de mayor estrés y susceptible a rotura.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 057**

TÍTULO: **ESPONDILITIS POR CÁNDIDA TRAS NEFROURETERECTOMÍA.**

AUTORES: **Romero Escribano, E. / Fernández de Arróyabe Saez de Ojer, N. / Hernández Ruiz, A. / Granero Molina, E. J. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

La espondilodiscitis es una infección del disco intervertebral y el cuerpo vertebral, ocupando el 5% de infecciones esqueléticas, la mayoría causadas por S.Aureus, Gram negativos o TBC. La espondilitis por Cándida se considera excepcional. Se presenta el caso de varón de 70 años, con nefroureterectomía previa, y tratado con múltiples antibióticos, ingresado en urología por lumbalgia y fiebre, descubriéndose en pruebas de imagen una espondilodiscitis L3-L4-L5 con abscesos paravertebrales y epidural, que no responde a tratamientos antibióticos de amplio espectro, finalmente decidiéndose intervención quirúrgica para limpieza y cultivo, en el cual crece Cándida albicans, Finalmente tras una correcta antibioterapia el paciente mejora considerablemente y remiten síntomas y la infección. Entre los factores de riesgo destacan uso de corticoides, fármacos intravenosos y de amplio espectro, inmunosupresión. Se encuentra en la literatura un caso en relación a herida abdominal de arma blanca, pero no con cirugía retroperitoneal. Se concluye en esta comunicación que la espondilitis por cándida es una entidad excepcional, en la que hay que investigar factores de riesgo para poder sospecharla, y realizar un abordaje multidisciplinar, requiriendo cirugía en muchas ocasiones

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 059**

TÍTULO: **RESULTADOS A MEDIO PLAZO DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CORDOMA.**

AUTORES: **Pérez Abela, A.L. / Cendrero Torrado, A. / Quirante García, S.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

Los cordomas son tumores raros derivados de la notocorda primitiva situados habitualmente en el esqueleto axial: sacro (50%), zona esfenooccipital (30%) y resto de la columna (15%). Aunque de crecimiento lento, presentan una alta agresividad local e importante recurrencia.

OBJETIVOS:

Presentar dos pacientes (cordoma sacro y cordoma lumbar) tratados mediante escisión en bloque y su seguimiento a lo largo de los años.

MÉTODOS:

Paciente de 58 años con dolor sacrococcígeo de dos meses y medio de evolución. En imágenes radiológicas presentaba masa en región sacra y presacra de 37 x 27 x 16 mm. confirmándose un cordoma condroide tras la biopsia. Se realizó resección en bloque bajo el nivel S2-S3, en colaboración con Neurocirugía y C. General, y radioterapia adyuvante. En el postoperatorio inmediato presentó incontinencia urinaria y fecal con recuperación de ambas a medio plazo y disfunción sexual permanente. 4 años tras la resección permanece libre de enfermedad.
Paciente de 45 años a la que se realiza vertebroplastia y toma de biopsia sobre una fractura de L2, inicialmente considerada osteoporótica. La biopsia evidenció un cordoma en dicha localización. Se realizó un primer tiempo quirúrgico en colaboración con C. General, extirpando el cuerpo vertebral mediante abordaje anterior, colocación de caja con injerto autólogo y fijación L1-L3. 3 semanas después se realizó resección de los elementos posteriores de la vértebra y artrodesis T12-L4. Tras 7 años de seguimiento periódico con RMN, TC y PET/TC la paciente no ha presentado recidivas. Como secuela presenta una ciatalgia derecha.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Debido a la rareza y clínica inespecífica, lumbalgia acompañada de síntomas anorectales, vesicales o ciatalgia en pacientes entre los 50-70 años, el diagnóstico de cordoma suele ser tardío. Para el diagnóstico definitivo es necesario realizar una RMN o TC y biopsia. La resección en bloque con márgenes amplios, acompañado o no de radioterapia, es el tratamiento de elección, precisando fijación si la columna queda inestable. En localización sacra hay que intentar preservar las raíces de S2, para evitar la incontinencia. La recurrencia está muy relacionada con los márgenes quirúrgicos conseguidos, lo que condiciona el pronóstico. A los 5 años el porcentaje de pacientes libre de enfermedad se encuentra entre 30-40%, teniendo una tasa de supervivencia muy variable (4-75%).

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de cordoma debe considerarse en personas con dolor en la parte baja de la espalda y con una tumoración de varios años de evolución. El manejo multidisciplinario puede conseguir mejores resultados en el manejo de esta rara neoplasia.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 060**

TÍTULO: **TRATAMIENTO MEDIANTE ABLACIÓN DE QUISTE ANEURISMÁTICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.**

AUTORES: **Pérez Romero, D.M. / Cendrero Torrado, A. / Godoy Montijano, M.A.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

El quiste óseo aneurismático (QOA) es una lesión pseudotumoral poco frecuente constituida por conductos que por lo general contienen sangre o líquido sanguinolento y que puede presentar alta agresividad local. Se diagnostican un 90% en menores de 30 años.

OBJETIVOS:

Presentar dos casos atendidos en nuestro centro hospitalario tratados mediante termoablación y valorar el resultado clinicoradiológico conseguido.

MÉTODOS:

Caso 1: Paciente de 15 años que presentaba dolor en hemipelvis derecha de carácter nocturno y en relación con el esfuerzo de año y medio de evolución. Tras estudio mediante TC y RMN se observó lesión lítica multiseptada de 7,5 x 5,6 x 4,5 cm en rama iliopubiana derecha, que la biopsia confirmó como QOA. Se realizó termoablación y cementación percutánea guiada por TC. En la RMN 3 meses postablación se apreciaba una zona sin cementación en la parte anterior, la paciente tenía mejoría sintomática. En el momento actual la paciente realiza ejercicio, aunque persisten molestias ocasionales. Caso 2: Paciente de 30 años que presentaba desde hace 9 meses dolor en la cara lateral de la rodilla. En la radiografía simple se apreciaba lesión lítica multiseptada en la cabeza del peroné. Se completó el estudio mediante TC, RMN y biopsia con diagnóstico de QOA. Se realizó termoablación percutánea guiada por TC, presentado a los 3 meses persistencia de la clínica con un aumento radiológico de la lesión. En el momento actual está en observación pendiente de nueva de RMN y ocasional nueva estrategia terapéutica.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Los QOA siguen siendo un reto diagnóstico y terapéutico. La clínica de dolor junto a la imagen radiológica característica ("burbujas de jabón" radiolúcidas bajo una "cascarilla" de hueso perióstico) como la que vemos en nuestros dos casos pueden orientarnos. Se visualizan mejor con el TC o la RMN y es imprescindible realizar un estudio mediante biopsia para la confirmación, ya que existe una forma secundaria asociada a otras lesiones subyacentes como displasia fibrosa, tumor de células gigantes y osteosarcoma entre otros. Algunas de las opciones terapéuticas que tenemos son la termoablación, embolización, esclerosis o la resección completa, sin olvidar que la observación puede ser la actitud a seguir.

CONCLUSIONES:

El tratamiento del QOA debe ser individualizado y depende de la localización, la extensión y agresividad. No debemos precipitarnos en instaurar o cambiar un tratamiento, ya que la lesión puede estabilizarse. La termoablación es una técnica poco agresiva que no nos condiciona otros tratamientos si no se obtienen resultados satisfactorios.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 061**

TÍTULO: **ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. FRACTURA-LUXACION CERVICAL INVETERADA.**

AUTORES: **Oliva Moya, F. / García Guerrero, G. / Cano Gómez, C. / Vela Panes, T.**

CENTRO: **Hospital Universitario Puerta del Mar**

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes con antecedentes de Espondilitis Anquilosante a nivel del raquis se caracterizan porque su columna se comporta como un hueso largo. Una complicación importante es que pueden presentar fracturas vertebrales ante mínimos traumatismos. Una historia de dolor cervical o a nivel dorsolumbar tras una caída en este tipo de pacientes nos obliga a tratarlos como fracturas vertebrales hasta que no se demuestre lo contrario. Durante su tratamiento no debemos olvidar nunca la posición anatómica habitual de la columna en esta enfermedad, flexión cervicotorácica con imposibilidad de la extensión por la osificación del LCVA.

OBJETIVOS:

Presentar a paciente con antecedente de espondilitis anquilosante con una fractura-luxación C5-C6 inveterada.

MÉTODOS:

Paciente de 54 años con antecedentes de espondilitis anquilosante, epilepsia y ACVA isquémico (con hemiparesia izquierda); sufre caída de varios escalones presentando fractura pertrocantérica izquierda tratada mediante clavo Gamma. A los 7 meses es derivado a la Unidad de Columna por persistencia de dolor y deformidad cervical, presentando una actitud del cuello en flexión y lateralización derecha no reductible. no déficit neurológico a la exploración. Se intervino quirúrgicamente mediante un doble abordaje cervical en dos tiempos en el mismo acto quirúrgico:

- Para el tiempo Posterior: se utiliza el soporte de Mayfield comprobándose la reductibilidad de la lesión. Se realiza fijación-artrodesis C4-D3 utilizando sistema de osteosíntesis con tornillos a masas de C4 a C6 y pediculares C7 a D3 más injerto autólogo y aloinjerto de banco.
- Para el tiempo Anterior: mediante un abordaje anterolateral derecho (Smith-Robinson) se realiza una artrodesis C4-C7 con placa de osteosíntesis y caja intersomática rellena de hueso en el segmento C5-C6.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se obtiene un eje cervicotorácico equilibrado, lo que le permite al paciente mirar al frente además de ningún problemas a la deglución. Se consigue una estabilidad de la lesión sin presentar un empeoramiento del estado neurológico ni dolor residual.

CONCLUSIONES:

- Pacientes con espondilitis anquilopoyética tienen un mayor riesgo de presentar fracturas vertebrales con traumatismos de muy baja energía. Por lo que un dolor cervical en estos pacientes nos debe hacer sospecharla. No es infrecuente un retraso en el diagnóstico y un deterioro neurológico progresivo por mal manejo durante su estudio.
- Las transferencias y manipulaciones en estos pacientes hay que realizarlos con precaución e inmovilizándolos en su posición habitual, para evitar una extensión forzada ya que provoca mayor desplazamiento y daño neurológico.
- El tratamiento quirúrgico combinado, soporte anterior y posterior, ha demostrado ser el indicado para conseguir la estabilidad necesaria en este tipo de lesiones altamente inestable. Esto es debido a que presenta un mayor brazo de palanca dada la osificación del LCVA. Nosotros apoyamos la necesidad de cirugía combinada en el tratamiento de estas lesiones. Hemos apreciado menos tasas de aflojamiento del material de osteosíntesis sin demostrar mayor tasa de complicaciones y/o de mortalidad.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 064**

TÍTULO: RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS ÓSEOS EN CIRUGÍA DE RESCATE DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA CON CONOS DE TRITANIUM®.

AUTORES: Orta Chincoa, J. / Vilches Fernández, J.M. / Oliva Moya, F. / Gutiérrez Nogueroles, M. / Andrés García, J.A.

CENTRO: Hospital Universitario Puerta del Mar

INTRODUCCIÓN:

La migración y/o el hundimiento de la prótesis total de rodilla (PTR) ha sido demostrado en varios estudios, esto podría interpretarse como una resorción continua del cemento. Mientras que los defectos tipos 1 y 2A de la clasificación Anderson Orthopaedic Research Institute (AORI) han demostrado buenos resultados con el tratamiento basado en diferentes técnicas: tornillos, cemento, injertos, etc; el tratamiento de los defectos tipos 2B y 3 requieren normalmente la sustitución del tejido. Actualmente, sabemos que los metales porosos, como el Tritanium®, pueden hacer de soporte para el tejido en crecimiento, con baja tasa de pérdida ósea.

OBJETIVOS:

Mostrar los resultados de la utilización de Conos de Tritanium® en la reconstrucción de defectos óseos en cirugía de rescate de PTR.

MÉTODOS Y RESULTADOS:

Case report de dos pacientes intervenidos en el presente año en el Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz), de rescate de PTR con Conos de Tritanium®.

DISCUSIÓN:

Entre las causas más frecuentes de recambio de PTR encontramos la infección y el aflojamiento aséptico. Para la toma de decisiones se recomienda la realización de tomografía computarizada y el uso de la clasificación AORI. El cemento no debe usarse entre el cono y el hueso. Se recomienda el uso de cemento cargado con antibioterapia en todos los casos. Los fallos de la revisión suelen aparecer en menos de 3 meses.

CONCLUSIONES:

El Tritanium® podría ser un buen material como sustituto óseo en revisiones de PTR. El tipo de tratamiento de los defectos óseos depende del tamaño del mismo. Los paciente sometidos a esta técnica quirúrgica deben seguirse estrechamente.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 065**

TÍTULO: **FRACTURA DE MURO POSTERIOR DEL CÓTILO DURANTE PARTIDO DE FÚTBOL.**

AUTORES: **Calderón Sánchez, M.A. / Ayuso González, M. / Verdugo Domínguez, J.P. / Calvo Lillo, C. / Lazo-Zbikowski Taracena, J.M.**

CENTRO: **Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas acetabulares son lesiones relativamente infrecuentes, con una incidencia anual aproximada de 3/100.000 hab. Lo más frecuente es que aparezcan asociadas con traumatismos de alta energía, en su mayoría accidentes de tráfico. Aunque habitualmente no comprometen la vida, son una causa potencial de morbilidad tardía, siendo la complicación más frecuente la artrosis precoz (26%), por el daño del cartílago articular debido al traumatismo de alta energía, y por el deterioro posterior, especialmente cuando existe incongruencia articular. Sin embargo, las fracturas acetabulares rara vez se producen en los atletas, y pocos casos han sido documentados en la literatura.

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de fractura de columna posterior de cotilo derecho a raíz de caída desde la propia altura, en persona joven sin antecedentes de interés.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 23 años que sufrió fractura de la pared posterior del cotilo derecho durante un partido de fútbol, al sufrir una caída con la pierna derecha en abducción, con traumatismo indirecto sobre dicha cadera, presentando dolor, impotencia funcional y acortamiento del miembro inferior derecho.

RESULTADOS:

En las pruebas de imagen se objetivó fractura de la columna posterior del cotilo. Se decidió tratamiento conservador mediante tracción durante 6 semanas, autorizando a los 3 meses la deambulación con carga parcial con ayuda de muletas. En las siguientes TACs evolutivos se observa fractura en vías de consolidación, pero no disponemos de datos posteriores a los 3 meses postfractura debido a que el paciente ha dejado de acudir a revisión.

CONCLUSIONES:

- Es mejor un tratamiento ortopédico con un resultado anatómico regular que un mal tratamiento quirúrgico.
- Aún en el caso de una fractura desplazada en una persona joven, puede indicarse la tracción si se prevé que tras la osteosíntesis el resultado quirúrgico será desfavorable, siendo adecuado en estos casos plantearse la artroplastia total de cadera secundaria.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 066**

TÍTULO: FRACTURA EN ESTALLIDO DE PALETA HUMERAL: UNA OPORTUNIDAD AL SULFATO DE CALCIO.

AUTORES: Quesada Molina, C. / Jodar Graus, R. / Ayllón Barranco, R.

CENTRO: Hospital Campus de la Salud de Granada

INTRODUCCIÓN:

Con el objeto de salvar grandes defectos óseos con participación directa de algún agente microbiano, fue descrito en 1986 por Masquelet el método de la inducción de la biomembrana. Aunque se ha demostrado con la práctica su gran utilidad en cubrir defectos óseos de diferente etiología, tiene una gran desventaja como es la necesidad de llevar a cabo dos fases quirúrgicas. Por ello, está cobrando cada vez mayor protagonismo el empleo de sulfato de calcio como inductor de membrana, con la ventaja de precisar de una única fase. Ya que dicho material es completamente biodegradable.

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es revelar las ventajas que tiene el empleo de sulfato de calcio como cemento inductor de membrana, realizando una comparación con los resultados ya estudiados del PMMC.

MÉTODOS:

Se expone el caso de un paciente que acude al servicio de urgencias con una herida penetrante por bala a nivel del codo Gustilo IIIB, no evidenciando orificio de salida. Presenta pérdida de sensibilidad en el territorio del nervio cubital. La radiografía pone de manifiesto una fractura supraintercondílea de húmero distal, alojando la bala en su interior. Se procede a la colocación de un fijador externo de codo. A las 2 semanas se realiza la osteosíntesis definitiva empleando sulfato cálcico como inductor de membrana, además de la reparación del nervio cubital y colgajo para el defecto cutáneo. Se inmoviliza con una férula de yeso en extensión para preservar la sutura nerviosa.

RESULTADOS:

A los 5 meses, en la radiografía simple se observa mayor densidad ósea en comparación con las anteriores. Presenta un déficit de extensión de 90º y signos de recuperación parcial de la lesión nerviosa. No hay signos de infección hasta el momento.

CONCLUSIONES:

Se ha demostrado en diferentes estudios la similitud, y la superioridad en tantos otros, en cuanto a la calidad en la liberación de antibióticos por parte del sulfato de calcio empleado como cemento al compararlo con un espaciador de cemento PMMC. Además, cuenta con la ventaja de simplificar el proceso en una única etapa. Sin embargo, estudios futuros son necesarios para abordar la comparación en cuanto a la calidad de la biomembrana inducida por ellos y su resistencia mecánica.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 068**

TÍTULO: DOLOR RADICULAR DE ORIGEN AXIAL SIN HERNIA LUMBAR.REVISIÓN BIBLIOGRAFICA A PROPOSITO DE UN CASO.

AUTORES: Hernández Ruiz, Á. / Romero Escribano, E. / Fernández de Arroyabe Sáez de Ojer, N. / Martínez Medina, R.I. / De Gálvez Aranda, I. / Villanueva Pareja, F.

CENTRO: Hospital Regional Universitario de Málaga, España

INTRODUCCIÓN:

Los quistes yuxtafacetarios son causa infrecuente de dolor lumbar y radiculopatía, incluyen a los quistes sinoviales y ganglionares que se ubican dentro del canal medular y extradurales. Su localización preferente es lumbar y el segmento afectado más frecuente es el L4-L5. Se producen por degeneración mixoide del tejido yuxtarticular en los segmentos más móviles, el estudio histológico muestra una pared de tejido conectivo y contenido mucoide. A diferencia de los quistes sinoviales no se comunican con la articulación facetaria e histológicamente no tienen su pared células sinoviales, ni contenido líquido

OBJETIVOS:

Se presenta un caso de dolor lumbar y radiculopatía provocado por un quiste ganglionar hemorrágico de gran tamaño, siendo esta una etiología muy poco frecuente para este cuadro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 75 años con antecedentes de diabetes, presenta dolor lumbar bajo de varios meses de evolución con radiculopatia derecha de agravamiento progresivo y pérdida de fuerza y claudicación neurógena. La resonancia magnética muestra gran masa de localización intracanal y extradural desde L2-L3 hasta L4-L5 de unos 52x21 mm que provoca estenosis y comprime la cola de caballo. Se interviene mediante abordaje lumbar posterior y se descomprime realizando hemilaminectomía central desde L2 a L4, se reseca y envía para estudio histológico.

RESULTADO:

El estudio histológico informa de tejido fibroso con cambios mixoides, con hemosiderófagos en relación a hematoma evolucionado compatible con quiste ganglionar hemorrágico. Evolución postoperatoria favorable, con mejoría del dolor, recuperación de fuerza 4/5 en extensión del primer dedo del pie a los dos días, pero con persistencia de parestesias a nivel de territorio L4-L5 hasta los 3 meses postoperatorios.

CONCLUSIONES:

La patogenia de los quistes ganglionares se relaciona con el aumento de movilidad de los segmentos vertebrales y degeneración mixoide de los elementos capsuloligamentarios. La presentación clínica de los quistes yuxtafacetarios es similar y las pruebas de imagen no son capaces de diferenciar entre quiste sinovial y ganglionar, por tanto el diagnóstico diferencial se realiza mediante el estudio histológico. El tratamiento mediante descompresión y resección del quiste ofrece buenos resultados, pero se deberá de acompañar de artrodesis en los casos de inestabilidad del segmento que se asocia en la mayor parte de los casos.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 071**

TÍTULO: **COMPRESIÓN DEL NERVIO CUBITAL EN EL CANAL DE GUYON POR PSEUDOANEURISMA DE LA RAMA PALMAR PROFUNDA DE LA ARTERIA CUBITAL.**

AUTORES: **Andújar Gutiérrez, E. / Fernández Izquierdo, A. / Matas Llerena, A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de Valme**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome compresivo del nervio cubital en el canal de Guyon ocupa el tercer lugar en frecuencia de los síndromes canaliculares del miembro superior. La compresión del nervio cubital y sus ramas a este nivel puede ser debida de diversas causas: traumatismos de repetición, musculatura accesoria en la región hipotener, gangliones y otras lesiones ocupantes de espacio, pseudoaneurismas de la arteria cubital, fracturas del pisiforme y el ganchoso. Está descrita también la causa idiopática. Dentro del Canal de Guyon se identifican tres zonas donde el nervio puede comprimirse: Zona 1, que abarca desde la entrada al canal de Guyon hasta la bifurcación del nervio cubital en sus ramas superficial y profunda, en esta zona se presentará sintomatología tanto sensitiva como motora; Zona 2 , que sólo contiene la rama profunda o motora, en esta zona se presentará sintomatología puramente motora; Zona 3, que sólo contiene la rama superficial o sensitiva por lo que lo síntomas serán puramente sensitivos.

OBJETIVOS:

Conocer las posibles consecuencias de lesiones en dicha región anatómica que nos pueden pasar desapercibidas.

MÉTODOS:

Exponemos el caso de un varón de 18 años que sufre una herida incisa con un cristal de 1 cm aproximadamente en la región hipotenar izquierda. Se realiza sutura directa en urgencias con retirada de la misma a los 12 días. A las 3 semanas es derivado a nuestras consultas por aparición de un bultoma en la región hipotenar y parestesias en la cara palmar del 5º y mitad del 4º dedo. La sensibilidad en el dorso de la mano era normal y no presentaba síntomas motores. La prueba de Allen mostraba una buena permeabilidad radial y cubital. Se solicito una Eco-Dopler que mostró un nódulo de unos 18x17 mm con señal Doppler interna heterogénea en continuidad con la rama profunda palmar de la arteria cubital. Se diagnostico de probable pseudoaneurisma sacular. El estudio EMG informó una axonotmesis parcial del nervio cubital en el canal de Guyon. Con estos resultados se realizó una exéresis quirúrgica del pseudoaneurisma con descompresión del nervio cubital. Se comprobó la integridad nerviosa. Posteriormente se realizó una ligadura de la rama arterial.

RESULTADOS:

Después de 6 meses desde la cirugía los síntomas sensitivos han desaparecido por completo. El estudio de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de pseudoaneurisma. El paciente no presenta alteraciones de la permeabilidad en el arco palmar.

CONCLUSIONES:

Los pseudoaneurismas se producen por la penetración de la pared vascular y la consiguiente hemorragia y extravasación sanguínea. El hematoma se organiza y adquiere una cápsula fibrosa que se recanaliza en continuidad con la luz del vaso y se diferencia de ella por la ausencia de revestimiento endotelial. Los síntomas habituales son la aparición de un masa palpable y pulsátil en la región hipotenar de tamaño variable en un paciente con antecedente de traumatismo penetrante o traumatismos repetitivos. Los síntomas sensitivos consistirán en hipoestesia de la cara palmar del 5º y mitad cubital del 4º dedo sin afectación del lado cubital en su cara dorsal, ya que la rama dorsal sensitiva del nervio surge antes de entrar en el canal de Guyon. Los síntomas motores aparecerán cuando la compresión se prolonga en el tiempo. En estos casos aparecerá el Signo de Warterberg por la parálisis del aductor del 5º dedo, el Signo de Froment por la parálisis del aductor del primer dedo y atrofia de los interóseos, siendo el primer interóseo dorsal el primero en afectarse. Para el diagnostico la primera prueba a realizar debe ser la Eco-Doppler por su inocuidad, bajo coste y fácil acceso en la mayoría de los hospitales. El tratamiento de elección, sobre todo cuando hay síntomas de compresión nerviosa, es quirúrgico.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 072**

TÍTULO: **NECROSIS AVASCULAR DE LA CABEZA FEMORAL TRAS LUXACIÓN ANTERIOR DE CADERA TRAUMÁTICA.**

AUTORES: **Rosillo Soler J.M. / Olofsson Suárez-Bárcena C. / Cañada Oya, H. / Cañada Oya, S.**

CENTRO: **Hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La luxación anterior de cadera es una lesión poco frecuente y que se produce por traumatismos de alta energía. El tratamiento ortopédico puede dar buenos resultados. En ocasiones es necesaria la reducción abierta y el tratamiento quirúrgico de lesiones asociadas. El pronóstico depende de la gravedad de la lesión y del tiempo hasta la reducción, relacionado con el riesgo de desarrollo de necrosis avascular de la cabeza femoral (NACF).

OBJETIVOS:

Mostrar un caso clínico demostrativo de esta lesión y su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 42 años, sin antecedentes médicos de interés, que tras accidente de tráfico presenta miembro inferior derecho con extensión de cadera, abducción y rotación externa.
En la radiografía simple se observa una luxación anterior superior de cadera derecha, con fractura del trocánter mayor del fémur. En TC se objetiva además una pequeña fractura a nivel de la ceja anterior del cotilo. Resultados Se realiza reducción cerrada de cadera bajo sedación. En TC de control se observa congruencia articular con las mismas lesiones asociadas que en el TC previo. Se indica descarga de la extremidad durante un mes seguida de carga parcial. Tras 6 meses de seguimiento persiste dolor en la cadera. Se realiza RMN donde se observa NACF por lo que indica artroplastia total de cadera.

DISCUSIÓN:

La luxación de cadera se clasifica en central, posterior y anterior. Esta última se subdivide según la clasificación de Epstein y Harvey en inferior u obturatriz y en superior o púbica. La luxación de cadera anterior representa sólo el 10% de las luxaciones de cadera, y el 70-90% son inferiores.
Lesiones asociadas pueden ser las fracturas impactadas de la cabeza femoral (15-35%) y las fracturas del acetábulo (4%).

CONCLUSIONES:

La luxación anterior de cadera es menos frecuente que la luxación posterior y requiere un manejo especial para su reducción, como es la tracción lateral sobre la parte proximal del muslo. La reducción deber ser antes de las 6 horas. La NACF aparece en el 26% de las luxaciones de cadera siendo la complicación más significativa de la luxación traumática. El riesgo de NACF se relaciona con el tiempo entre la lesión y la reducción, así como con las lesiones asociadas. La NACF puede ser tratada mediante artroplastia.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 074**

TÍTULO: **LUXACIÓN AISLADA DEL PISIFORME.**

AUTORES: **Pérez Ramos, J.I. / Barranco López, E. / Merino Ruiz, M.L. / Aragón Outón, M.A. / Salvago Duarte, T.J.**

CENTRO: **Hospital Axarquía**

INTRODUCCIÓN:

Las luxaciones del carpo son lesiones relativamente comunes, no obstante, la luxación aislada del pisiforme es una patología muy rara y que en muchas ocasiones pasa desapercibida. Fisiopatológicamente están descritos dos mecanismos de luxación del pisiforme:
· Mecanismo directo: por traumatismo directo en la muñeca en dorsiflexión
· Mecanismo indirecto: por hiperflexión palmar con contracción intensa del flexor cubital del carpo
Es éste último mecanismo (mecanismo indirecto) el más frecuente, produciendose una desviación del pisiforme hacia medial asociada a tracción de los ligamentos pisiganchoso y pisimetacarpiano, así como una posible compresión en el canal de Guyon.

OBJETIVOS:

Se presenta el caso clínico de un varón de 17 años que sufre un accidente de trafico en motocicleta con traumatismo en muñeca derecha. Inicialmente fue dado de alta del servicio de urgencias diagnosticándose como contusión de muñeca. Ante el dolor persistente, es visto en consultas externas de traumatología donde se reexplora al paciente y se solicita una TC. Se diagnostica de luxación de pisiforme.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una búsqueda bibliográfica para valorar las distintas opciones terapéuticas posibles, optándose por una técnica conservadora mediante reducción cerrada e inmovilización con yeso durante 4 semanas.

RESULTADOS:

Reducción de la luxación satisfactoria mediante maniobra de flexión de la muñeca y pronación del antebrazo con manipulación del pisiforme como se describe en la literatura.A las 4 semanas se retira inmovilizacion y se inicia fisioterapia.
A los 5 meses movilidad completa persistiendo leve dolor residual en la zona lesionada

CONCLUSIONES:

La luxación aislada del pisiforme es una lesión rara que debe sospecharse por la clínica por lo que la incidencia real es mayor que la descrita en la literatura debido a casos que pasan desapercibidos.
No existe un tratamiento específico para esta lesión pero están descritas diversas opciones terapéuticas:

- Abstención terapéutica -> recolocación espontánea
- Inmovilización
- Reducción cerrada
- Reducción abierta
- Exéresis

En nuestra experiencia, la reducción cerrada con inmovilización han resultado efectivas para la curación de partes blandas, control del dolor y recuperación funcional.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 075**

TÍTULO: **FRACTURA AVULSIÓN EMINENCIA TIBIAL.**

AUTORES: **Pérez Ramos, J.I. / García Herrera, J.M. / Salvago Duarte, T.J.**

CENTRO: **Hospital Axarquía**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas-avulsión de la eminencia tibial (FAET) son el equivalente en edad pediátrica o adolescencia de la rotura intrasustancia del LCA debido a la inmadurez esquelética. El mecanismo tradicional es una caída en bicicleta. Otros mecanismos incluyen deportes de contacto y accidentes de tráfico. Aunque la eminenca tibial es extra-articular, la FAET debe considerarse intra-articular por el riesgo de fragmento libre intra-articular.
La FAET es relativamente infrecuente y tiene riesgo de pasar desapercibida. El diagnóstico se basa en la clínica y Rx simple aunque la TC aporta información para el diagnóstico y la programación quirúrgica. Pese a no existir consenso en el tratamiento, puesto que hay descritas múltiples técnicas, la FAET no tratada puede producir inestabilidad de rodilla.

OBJETIVOS:

Se presenta el caso de un varón de 18 años que sufre traumatismo en rodilla izquierda al caer desde una bicicleta. Presenta importante tumefacción con dolor e impotencia funcional. Artrocentesis: lipohemartros.

MATERIAL Y MÉTODO:

En Rx AP y lateral de rodilla izquierda se aprecia fractura de la eminencia tibial medial. Se solicita TC de urgencias para valorar extensión de la lesión y programación de intervención.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Confirmada la lesión, se procede a realizar artroscopia de rodilla para fijación mediante sutura del LCA con anclaje a tibia y tornillo canulado de fragmento óseo sintetizable.

CONCLUSIONES:

- La FAET puden diagnosticarse con radiografías simples. Si exisite duda diagnóstica, la TC está indicada
- Es recomendable la cirugía artroscópica al ser menos invasiva, permitir movilización precoz y reducir morbilidad en comparación con la artrotomía, pero es necesaria experiencia.
- Existesn distintos métodos de fijación debiendo optarse por aquél en el que el cirujano se sienta más seguro. Parece recomendable la sutura como método de fijación

COMUNICACIÓN **PÓSTER 077**

TÍTULO: ¿CUÁNTO CONSULTAMOS A LOS ESPECIALISTAS MÉDICOS? A PROPÓSITO DE 1486 CASOS EN 6 AÑOS Y MEDIO?.

AUTORES: Moreno Verdulla, C. (1) / Garrido Castro, A. (2) / Losada Mora, P. (3) / Carrillo Linares, J.L. (2)

CENTRO: 1. Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital de la Axarquía, Velez Málaga. 2. Medicina Interna, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. 3. Cardiología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

OBJETIVOS:

Analizar el número total de interconsultas que se realizan desde el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) a un equipo (E) de Medicina Interna y Cardiología asignado específicamente al control de patologías médicas descompensadas en áreas quirúrgicas, en relación al número de ingresos totales en dicha área.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo sobre el número total de interconsultas que se realizan trimestralmente desde COT a E. Se compara con el número total de ingresos en COT.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Desde junio de 2008 a noviembre de 2014 se realizan 1486 hojas de interconsulta desde COT a E. Los resultados se resumen en la tabla 1. El número total de interconsultas realiza una progresión ascendente en el tiempo hasta que comienza a estabilizarse en el primer trimestre de 2012. Existe una disminución del número de consultas en todos los terceros trimestres de cada año, coincidiendo con el periodo vacacional estival.
Se compararon estas cifras con el número total de ingresos en COT durante el mismo periodo. Los resultados se resumen en la tabla 2.El número de ingresos se mantiene aproximadamente constante durante todo el periodo, con disminución del número de ingresos más marcada en el tercer trimestre de cada año.
En los inicios de la actividad de E, el % de pacientes por los que se consultó no llegó al 5%. En 2009 y 2010 el % aumenta progresivamente a cifras en torno al 8-9% de ingresados. Continúa el aumento en 2011, y a partir de 2012 hasta el fin del periodo en 2014, el % global de pacientes ingresados a evaluar es del 11,84.
La comparativa se visualiza en la grafica 1 (se ha dividido entre 10 el número de ingresos para una mejor comparativa visual, y multiplicado x 10 el % de pacientes valorados).

CONCLUSIONES:

Existe un aumento de la demanda de valoración de pacientes ingresados por parte de COT a Medina Interna y Cardiología desde que se crea E. Aunque esta demanda tiende a estabilizarse, continuaba en progresión ascendente al finalizar la actividad E, llegando en algunos trimestres a solicitarse evaluación de 1 de cada 6 pacientes ingresados. Esto no se correspondió con un mayor número de ingresos en COT. Los datos parecen sugerir que los profesionales de COT delegamos cada vez más cualquier tipo de patología médica a E, lo cual precisaría de estudios para validar su justificación.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 077**

TÍTULO: **¿CUÁNTO CONSULTAMOS A LOS ESPECIALISTAS MÉDICOS? A PROPÓSITO DE 1486 CASOS EN 6 AÑOS Y MEDIO?.**

AUTORES: **Moreno Verdulla, C. (1) / Garrido Castro, A. (2) / Losada Mora, P. (3) / Carrillo Linares, J.L. (2)**

CENTRO: **1. Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital de la Axarquía, Velez Málaga. 2. Medicina Interna, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. 3. Cardiología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.**

OBJETIVOS:

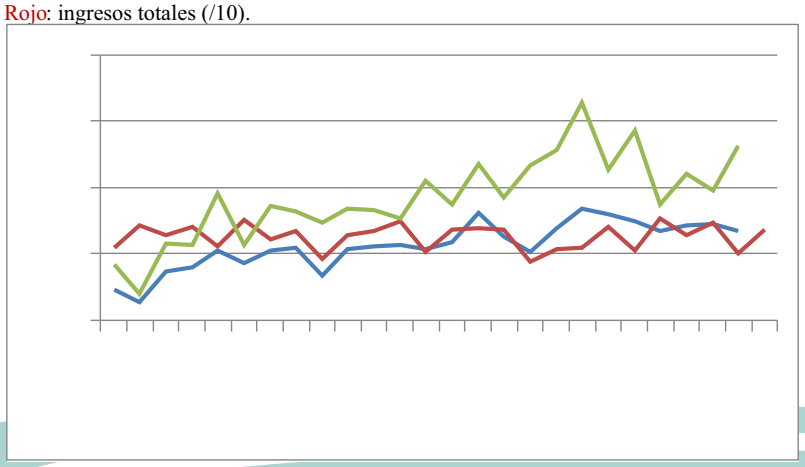
Tabla 1.

Interconsultas	1er trimestre	2º trimestre	3er trimestre	4º trimestre
2008			23	14
2009	37	40	53	43
2010	53	55	34	54
2011	56	57	54	59
2012	81	63	51	69
2013	84	80	75	67
2014	71	72	67	51

Tabla 2.

Ingresos COT	1er trimestre	2º trimestre	3er trimestre	4º trimestre
2008			542	711
2009	645	706	556	760
2010	612	672	460	645
2011	671	741	514	678
2012	689	682	437	540
2013	542	706	523	770
2014	642	736	502	686

Figura 1.
Verde: % de pacientes valorados (x10).
Azul: número de consultas.
Rojo: ingresos totales (/10).



SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 081**

TÍTULO: **HEMANGIOMA ÓSEO DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA.**

AUTORES: **Muñoz-López, R.C. / Román-Torres, M. / Muñoz-Reyes, F.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba**

INTRODUCCIÓN:

Se presenta el caso de un paciente de 54 años remitido por dolor persistente de varias semanas en hombro iquierdo tras sufrir traumatismo directo fortuito. El paciente presenta un deficit moderado del balance articular del hombro. Tras solicitarse pruebas diagnósticas complementarias se aprecia una tumoración de gran tamaño en la epifisis humeral que es considerada como de naturaleza agresiva.

OBJETIVOS:

Mostrar el procedimiento diagnóstico-terapéutico multidisciplinar completo de un paciente con una tumoración ósea en el húmero proximal que necesitó finalmente de cirugía para el diagnóstico definitivo tras ser acordado en la comisión de Sarcomas de nuestro hospital.

MÉTODOS:

Se trata de un paciente sin antecedentes médicos y fumador con dolor a la exploración física pero sin limitación severa a la movilización. En la radiografía simple no se objetiva ninguna imagen patologica por lo que fueron necesarias otras pruebas para establecer un diagnóstico más preciso. Se realizaron una TC y RM que, en combinación, informaron de una lesión de comportamiento agresivo con destrucción de la cortical. Inicialmente se postularon los diagnósticos de metástasis ósea o tumores primarios óseos (angiosarcoma o condrosarcoma de células claras). Por ello, se realizó un TC-TAP que descarto extension de la enfermedad. Se procedió a una punción biopsia primero, no concluyente; e incisional en segundo lugar, siendo diagnosticado de hemangioma. El caso fue presentado en sesión clinica del comité de sarcomas de nuestro centro decidiéndose excisión quirúrgica de la cabeza humeral que contenía el tejido tumoral con márgenes de seguridad para diagnostico definitivo, con posterior implantacion de una artroplastia invertida de hombro.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El paciente, tras 6 meses de su intervención quirúrgica, se encuentra sin recidiva de la tumoración y con buena movilidad a la abducción del hombro intervenido. Este es un caso interesante por la importancia multidisciplinar que presenta para la decisión terapéutica final, además de por la rareza de la lesión (hemangioma de localizacion epifisaria). Los hemangiomas a nivel de extremidades son lesiones raras (sí es común en esqueleto axial) y, aunque benignas, pueden provocar dolor y comportamiento agresivo como en este caso. Es fundamental el diagnóstico diferencial (metástasis, angiosarcoma, condrosarcoma de células claras, tumor de celulas gigantes) poniendo en común el caso con las diferentes especialidades involucradas. En este paciente se creyó conveniente realizar la resección de las tuberosidades, pues la conservación de las mismas no nos aseguraba la extirpación completa del tumor.

CONCLUSIONES:

Las lesiones hemangiomatosas a nivel de húmero proximal son lesiones raras, que pueden llegar a simular otra lesión maligna más agresiva, por lo que es importante el diagnóstico diferencial y el abordaje multidisciplinar en el tratamiento y toma de decisiones.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 084**

TÍTULO: **COALICIÓN CARPIANA TRAPECIO-TRAPEZOIDE Y SU TRATAMIENTO,A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Vargas García, R. / Galindo Flores, M.F. / Martínez Sola, R.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería**

INTRODUCCIÓN:

La coalición carpiana es una entidad poco común con una prevalencia del 0.1%. Afecta preferentemente a mujeres y de raza africana. Es bilateral en el 63% de los casos y puede asociarse a síndromes malformativos o patologías de tipo inflamatorio .Habitualmente son asintomáticas y se presentan como hallazgo casual. Se deben a una anormalidad en la diferenciación embrionaria, produciéndose un fallo en el proceso de segmentación de los huesos del carpo. La forma más común es la lunopiramidal, seguida de la formada por hueso grande y ganchoso, siendo el resto mucho menos comunes.

OBJETIVOS:

Presentar un caso sintomático de coalición carpiana trapecio-trapezoide aislada y el tratamiento realizado.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Paciente de 37 años, diestra y trabajora manual que acude a consultas por dolor en base de pulgar derecho de 8 meses de evolución. Presenta antecedente traumático sobre mano derecha con dolor selectivo en articulación trapeciometacarpiana sin lesiones óseas evidentes en las radiografías realizadas. En la gammagrafía realizada, se observa edema óseo en resolución en articulación trapecio-trapezoide. En la RMN, se confirma edema óseo de trapecio y presencia de quistes en hueso trapezoide con unión osteofibrosa entre ambos. La paciente es diagnosticada de coalición carpal trapezo-trapezoide. Se realiza tratamiento quirúrgico mediante abordaje dorsal a la articulación con resección de la coalición osteofibrosa y artrodesis mediante injerto autólogo de radio distal y tornillo canulado tipo Herbert.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

A los 10 meses, se observa consolidación completa de la artrodesis y desaparición del dolor. Presenta balance articular de muñeca y movilidad de pulgar completos. Hay pocas coaliciones de este tipo publicadas en la literatura y la mayoría de ellas incluyen al escafoides. Hasta la fecha, no conocemos ningún caso aislado de coalición trapecio-trapezoide A pesar de que nuestra paciente desempeña un trabajo manual, consideramos el antecedente traumático el desencadenante de la sintomatología, ya que previamente no había presentado dolor en la articulación. Ocurre en la mayoría de los casos, ya que suele ser un hallazgo casual y asintomática. La mayoría de ellas son tratadas de manera conservadora. Sin embargo, una vez que producen sintomatología se recomienda realizar resección de la coalición y artrodesis de los huesos implicados. Aún no se conoce el efecto de este tratamiento a largo plazo sobre el posible desarrollo de artrosis en otras articulaciones adyacentes.

CONCLUSIONES:

Consideramos importante en el diagnóstico la realización de pruebas de imagen como RMN o TAC, ya que habitualmente la coalición no se observa en radiografías simples. Destacar la importancia de antecedente traumático o de sobreuso de la mano, a partir de cual suele comenzar la sintomatología. Con respecto al tratamiento realizado, se considera de elección la resección de la coalición y fusión de los 2 huesos implicados siempre que la coalición sea sintomática.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 085**

TÍTULO: **RARO GERMEN CAUSANTE DE ABSCESO DE BRODIE EN PACIENTE PEDIÁTRICO: AGGREGATIBACTER APHROPHILUS.**

AUTORES: **Sotelo Sevillano, F.J. / Hiniesta Martín, R. / Rodríguez Huguet, P. / Hoyos Perales, I. / Martínez Pardo, F.**

CENTRO: **Hospital General de Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

El absceso de Brodie es una osteomielitis subaguda hematógena localizada caracterizada por un absceso de bajo grado normalmente en la metáfisis. Un raro subtipo de éste atraviesa el platillo tibial y envolviendo la placa de crecimiento siendo un reto para su diagnóstico y manejo. El germen aislado más frecuente es el S. Aureus sin embargo no existe en la literatura actual descritos casos producidos por el Aggregatibacter aphrophilus, germen habitual de la flora oral.

OBJETIVOS:

Presentamos éste caso de absceso de Brodie por la rareza del germen causante y de su localización en paciente pediátrico.

MÉTODOS:

Acude a urgencias un varón de 10 años por gonalgia izquierda de meses de evolución y agudización del cuadro en las últimas horas. No antecedentes personales relevantes, traumatismos o síndromes febriles asociados. Presenta tumefacción a nivel de la metafisis tibial con dolor a la palpación. Sin signos flogóticos locales, impactación articular o atrofía cuadricipital. Limitación de la movilidad por dolor.
Las pruebas de laboratorio no muestran alteraciones reseñables. En las imágenes radiológicas se observa una imagen osteolítica con márgenes delimitados metafisarios y posible extensión a la epífisis en tibia proximal. En TAC y RMN se confirma la imagen previa, con reacción perióstica y disrupción de la cortical, hallazgos sugestivos de osteomielitis subaguda con absceso de Brodie asociado.
Se biopsia la lesión tibial con obtención de pus franca. Se realiza el cultivo de pus y biopsia con el aislamiento de Aggregatibacter aphrophilus. Se diagnostica de Osteomielitis subaguda asociada a Absceso de Brodie y se trata según antibiograma con amoxicilina clavulánico durante 6-8 semanas.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La evolución clínica del paciente ha sido satisfactoria, haciendo vida normal y recuperando el balance articular sin limitaciones.

CONCLUSIONES:

El Aggregatibacter Aphrophilus es un cocobacilo Gram negativo, que a pesar de su ubiquidad en la cavidad oral, la infección producida por él es raramente vista, reflejando así su baja virulencia y siendo éste el principal motivo que permite su presencia y la ausencia de respuesta sistémica que lo hace responsable de la tardía presentación clínica . En laboratorio el aislamiento y la identificación es un verdadero reto.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 087**

TÍTULO: **LUXACIÓN COMPLETA ABIERTA DE ASTRÁGALO. EXPOSICIÓN DE UN CASO, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

AUTORES: **Robles Molina, J. J. / Corea Ruíz, T. / Pulido Albertus, F.**

CENTRO: **Hospital La Inmaculada, Huercal-Overa, Almería**

INTRODUCCIÓN:

: La incidencia de la luxación de astrágalo es de 0.06% del total de luxaciones del cuerpo y 2% de las lesiones del astrágalo. Dos terceras partes se presentan con exposición ósea. Su diagnóstico y manejo representan un reto por tratarse de una lesión muy poco común y la escasa literatura publicada a nivel mundial.

OBJETIVOS:

Se pretende presentar un caso de enucleación abierta de astrágalo, su tratamiento y seguimiento.

MÉTODOS:

Mujer de 38 años que en contexto de accidente de tráfico sufre luxación completa abierta con enucleación medial de astrágalo. Se trató mediante lavado profuso, reducción (dificultosa por la interposición del tendón tibial posterior) y estabilización con fijador externo de tobillo (Triax stryker monotubo con 2 pines en tibia y 2 en calcáneo). A las 4 semanas se procede a la retirada del fijador e inicio de manejo rehabilitador.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Pasados ya 6 meses del traumatismo, la paciente no ha tenido complicaciones de necrosis cutánea ni infección, no hay signos clínicos ni radiológicos de necrosis del astrágalo, camina sin ayuda, presenta un tobillo estable, con limitación para la dorsiflexión completa (aún en tratamiento rehabilitador). Sí presenta signos/síntomas compatibles con Síndrome de Dolor Regional Complejo, con dolor de tipo mixto (en remisión) que controla con medicación. En éste tipo de lesiones, las complicaciones a medio/largo plazo que se presentan con mayor frecuencia son la necrosis avascular y la artrosis (ambas con probabilidad de presentarse aún en nuestro caso).

CONCLUSIONES:

Las luxaciones completas abiertas de astrágalo son lesiones que dañan seriamente la calidad de vida del paciente debido a las secuelas que ésta patología acarrea, condicionadas por la precaria vascularización (necrosis avascular) y el alto riesgo artrogénico de ésta estructura anatómica. Además, hay que añadir la alta incidencia de complicaciones en las partes blandas y de infección. Todo ello se minimiza con un tratamiento quirúrgico inicial correcto y muy precoz.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 088**

TÍTULO: **RESULTADOS FUNCIONALES EN RODILLA 40 AÑOS DESPUÉS DE UNA PATELECTOMÍA TOTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

AUTORES: **Robles Molina, J. J. / Pulido Albertus, F. / García Aguilar, I.J.**

CENTRO: **Hospital La Inmaculada, Huercal-Overa, Almería**

INTRODUCCIÓN:

La patelectomía total, es una técnica de salvamento, que sólo debe considerarse en casos graves de osteomielitis o patrones complejos de fractura no sintetizables. La evolución en la mayoría de los pacientes registrados en la literatura es hacia una rodilla dolorosa y con malos resultados funcionales.

OBJETIVOS:

Se pretende presentar la evolución clínica de un paciente tras una patelectomía total hace 40 años, así como una revisión de la literatura al respecto.

MÉTODOS:

Varón de 80 años, con antecedente de fractura conminuta de rótula a los 40 años. Tras 2 intentos quirúrgicos de reducción abierta y osteosíntesis, la evolución a corto plazo fue una pseudoartrosis séptica de la fractura. Precisó una patelectomía total, resolviéndose el proceso infeccioso.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La peculiaridad del caso es la excelente evolución clínica a largo plazo que ha tenido el paciente, sin ninguna limitación para sus funciones laborales (forestal) ni deportivas (senderismo, bicicleta, natación). Actualmente, mínimo dolor ocasional mecánico que controla con paracetamol, rodilla estable, extensión completa, flexión 120º, y con una demanda funcional aún muy alta para su edad. Hace 10 años precisó en rodilla contralateral una artroplastia total por gonartrosis primaria, no siendo necesaria hasta el momento en la rodilla sin patela.
Tras una patelectomía total, para la extensión activa de la rodilla es necesario un incremento de más del 30% de fuerza del cuádriceps, con un incremento de tensión a nivel del tendón rotuliano de hasta el 50%. Los resultados clínicos a largo plazo descritos en casi todas las series son devastadores (dolor, rigidez, y evolución precoz a artropatía degenerativa).

CONCLUSIONES:

La patelectomía total es un procedimiento de salvamento como última alternativa tras fracaso de otros. A pesar de que los resultados a largo plazo son catastróficos para la rodilla en la mayoría de los casos, en ocasiones, como en nuestro paciente, no es así.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 089**

TÍTULO: **FRACTURAS EN CADENA DEL MIEMBRO INFERIOR: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.**

AUTORES: **Granero Molina, E.J. / Martínez Medina, R.I. / Pérez del Río, V.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario Málaga**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas “en cadena” del miembro inferior se trata de una combinación de fracturas a distintos niveles del miembro inferior ipsilateral, pudiendo afectar a pelvis, acetábulo, cuello femoral, diáfisis/metáfisis femoral o tibial… así como fracturas bifocales y abiertas con o sin lesión vascular asociada.
La peculiaridad de esta entidad reside en el elevado riesgo de complicaciones entre las que destacaríamos: síndromes compartimentales, lesiones vasculares asociadas, rigideces sobretodo en rodilla, dificultad en el diagnóstico de lesiones ligamentosas concomitantes e incluso la necesidad de amputación.
El diagnóstico suele ser sencillo, la dificultad radica en la elección del tratamiento óptimo que permita la movilización precoz y la rápida incorporación a la vida social y laboral del paciente, así como en la prevención y resolución de las posibles complicaciones antes mencionadas.
Aunque en la literatura hay poco descrito al respecto de esta entidad, la mayoría de los autores defienden el tratamiento quirúrgico por encima del ortopédico, ya que éste propicia una movilización precoz y por lo tanto un menor tiempo de convalecencia. Dentro de las opciones quirúrgicas ya dependerá del tipo de fractura y de la idiosincrasia del paciente para la decisión de una u otra técnica, siempre teniendo en cuenta todas las lesiones en su conjunto.

OBJETIVOS:

Revisión de dos casos de fracturas “en cadena” del miembro inferior, analizando su tratamiento y su evolución a lo largo del primer año.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El primer paciente se trata de un varón de 42 años que es traído a Urgencias tras sufrir atropello. A su llegada a Urgencias se encuentra hemodinámicamente estable con un Glasgow de 15. Presenta deformidad en MID con herida inciso-contusa de aproximadamente 4 cm con exposición de foco de fractura tibial.
Tras la realización de pruebas complementarias se confirma la presencia de una fractura bifocal diafisaria de fémur derecho y una fractura de tercio proximal de peroné y tercio distal de tibia derecha abierta grado II de Gustilo-Andersen. Sin afectación vasculonerviosa. El segundo paciente es un varón de 39 años que es traído a Urgencias por el 061 tras sufrir accidente de motocicleta con traumatismo toracoabdominal, en MID y mano derecha.
A su llegada a Urgencias se encuentra hemodinámicamente estable, Glasgow 15, hipoventilación en hemitórax izquierdo, deformidad en miembro inferior derecho y segundo dedo mano derecha. No hemorragias externas. Se realizan pruebas complementarias (Body- TC y Radiografías mano y miembro inferior derechos) hallándose fracturas costales 8º y 9º arco costal junto con laceración hepática con liquido perihepático, fractura de F1 del 2º dedo mano derecha, fractura fémur proximal transversa, fractura cóndilo externo fémur derecho, fractura transversa de rotula, fractura de meseta tibial Schatzker tipo 3 y fractura tibia tercio distal espiroidea.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 089**

TÍTULO: **FRACTURAS EN CADENA DEL MIEMBRO INFERIOR: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.**

AUTORES: **Granero Molina, E.J. / Martínez Medina, R.I. / Pérez del Río, V.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario Málaga**

RESULTADOS:

En el caso del primer paciente se optó por tratamiento quirúrgico de ambas lesiones consistiendo en enclavado intramedular femoral y desbridamiento y osteosíntesis con placa en tibia (observándose además sección parcial del tendón del tibial posterior el cual se sutura). Sin complicaciones durante el ingreso.
Se realiza un seguimiento periódico en consulta y en tratamiento rehabilitador, tras ocho meses persiste con carga parcial del MID y con leve dolor a la presión de los focos de fractura, en las radiografías se observan signos de consolidación de las fracturas.
En el segundo paciente y con respecto al tema que nos atañe se decidió tratamiento quirúrgico de la siguiente manera: enclavado femoral, osteosíntesis de cóndilo femoral externo tornillos distales del clavo, reducción y síntesis de fractura de meseta tibial con tornillos, reducción y síntesis de fractura de rótula con tres tornillos canulados. Y finalmente, reducción y síntesis de fractura distal de tibia con placa LCP.
Durante su ingreso no precisó tratamiento quirúrgico por parte de otros especialistas y no padeció complicaciones derivadas de la cirugía.
Posteriormente se inició el seguimiento en consulta durante el cuál padeció una infección cutánea en región de maléolo medial solucionada con un ciclo de antibioterapia vía oral, tras un año de seguimiento y tratamiento rehabilitador el paciente continúa con carga parcial de miembro afecto y padece una rigidez a la flexión dorsal de tobillo, así como dolor a la presión de focos de fractura. En las radiografías observamos consolidación de las fracturas.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES:

Las fracturas en cadena del miembro inferior constituyen una entidad en aumento dado el incremento de los accidentes de tráfico. Es importante una anamnesis y exploración detalladas para no pasar desapercibidas otro tipo de lesiones menos llamativas como las lesiones ligamentosas de rodilla y tobillo, que a largo plazo pueden generarnos grandes complicaciones. Las lesiones asociadas a este tipo de fracturas son las que determinan el mal pronóstico vital de estos pacientes, aunque en los casos revisados ninguno sufrió ninguna complicación que pusiera en riesgo la vida del paciente.
La recuperación funcional y consolidación de las fracturas se consigue antes cuando se han realizado osteosintesis de los focos de fractura. Sin embargo, la elección del tipo de osteosíntesis se hará de manera individualizada según el tipo de fractura, el paciente y las lesiones asociadas.
En definitiva, al tratarse de fracturas múltiples en el mismo miembro y la mayoría de las veces complejas dado el mecanismo de producción de alta energía, la recuperación funcional es tardía y pobre a pesar del tratamiento quirúrgico correcto y el tratamiento rehabilitador precoz.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 090**

TÍTULO: **ENFERMEDAD DE PAGET MONOSTÓTICA A NIVEL ESTERNOCLAVICULAR, CASO POCO USUAL.**

AUTORES: **Robles Molina, J. J. / Corea Ruiz, T. / García Aguilar, I.J.**

CENTRO: **Hospital La Inmaculada, Huercal-Overa, Almería**

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Paget es una alteración metabólica en la que existe un desequilibrio hacia la formación excesiva y desordenada de hueso nuevo. Constituye la segunda alteración metabólica ósea más frecuente tras la osteoporosis. Sus localizaciones más frecuentes son la pelvis (65%), columna lumbar (50%), fémur (50%), cráneo (40%), tibia (20%), húmero (15%). La mayoría de las veces es una enfermedad poliostótica, y más raramente es monostótica.

OBJETIVOS:

Se pretende presentar un caso de enfermedad de Paget de localización monostótica esternoclavicular, una situación clínica poco habitual.

MÉTODOS:

Varón de 58 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, refiere aparición de bultoma a nivel esternoclavicular derecho, de unos 6 meses de evolución, de crecimiento lento y doloroso, de consistencia ósea, con aumento de partes blandas circundante, y sin traumatismo aparente. Se hace estudio complementario con radiografías simples (en éste caso no aportaron mucho porque las proyecciones radiológicas no fueron muy buenas), TAC (engrosamiento de cortical a nivel clavícula proximal con trabéculas toscas), Gammagrafía con bifosfonatos marcados con Tc99m (aumento de captación), analítica (calcemia normal, fosfatasa alcalina normal, fracción ósea de la fosfatasa alcalina aumentada).

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Con los datos disponibles, y ante la sospecha de una enfermedad de Paget, se inicia tratamiento médico con bifosfonatos. Actualmente, y tras más de 6 meses de tratamiento, se ha producido una remisión de las alteraciones bioquímicas y una mejoría significativa del dolor.

CONCLUSIONES:

Cualquier localización anatómica ósea puede ser subsidiaria de enfermedad de Paget. Aunque la mayoría de las veces es asintomática y no precisa ningún tratamiento específico, en ocasiones, como en nuestro caso, sí es sintomática, y es importante pensar en ella, diagnosticarla, y tratarla para mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 091**

TÍTULO: **TRATAMIENTO DE BRAQUIMETATARSIA CONGÉNITA MEDIANTE ACORTAMIENTO DE LOS METATARSIANOS ADYACENTES.**

AUTORES: **Frías Dasilva, D. / Hernández Ruiz, A. / Fernández de Arróyabe Sáez de Ojer, N.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La braquimetatarsia o metatarsiano corto, es una rara deformidad del pie que ocurre como consecuencia del cierre prematuro de la placa fisaria del metatarsiano. Tiene una incidencia del 0.02 a 0.05%, afectando predominantemente al sexo femenino (25:1), y el 4º metatarsiano es el más frecuentemente afectado, seguido del 1º y 5º dedos. Esta condición puede ser uni o bilateral siendo ésta última más común (72%).
Se define la existencia de braquimetatarsia cuando existe una disminución de 5 mm del final de la cabeza del MTT con respecto al arco parabólico metatarsal o a un ángulo 2º-4º menor de 52.2º en hombres y menor de 50.5º en mujeres.

CASO CLÍNICO:

Se trata de una mujer de 58 años, antecedentes de Ca mama, que consulta por Hallux valgus derecho y metatarsalgia central de 2º y 3º Rockett, de años de evolución. Había usado distintos tipos de ortesis y calzados ortopédicos sin mejoría del dolor. Presentaba Hallux valgus con AHV 42.8º, AIM 12.9º; ángulo 2º-4º 42.4º y acortamiento de 8 mm con respecto al arco parabólico metatarsal.Se le plantea corrección de la braquimetatarsia mediante alargamiento con aporte de injerto autólogo y en un segundo tiempo corrección del Hallux valgus y el resto de las deformidades. La paciente alega motivos personales para no someterse a más de una intervención, de manera que se le plantea entonces acortamiento del resto de los metatarsianos y corrección del H.Valgus en un solo tiempo, realizándose osteotomía de Scarf con acortamiento del 1º MTT , osteotomía de Akin de la falange proximal; osteotomía triple de Weil en 2º 3º y 5º MTT y osteotomía percutánea plantar de F1 de 4º dedo para corregir la subluxación dorsal del mismo.
Se coloca vendaje almohadillado y se autoriza la carga desde el día siguiente a la intervención. Al mes se retira el zapato de marcha post-quirúrgico y se autoriza el uso de calzado habitual.
La paciente presenta un buen resultado estético y funcional del pie con ausencia de dolor.

DISCUSIÓN:

El tratamiento habitual de la braquimetatarsia consiste en el alargamiento del metatarsiano corto; para lo cual se han utilizado clásicamente técnicas de elongación mediante distracción por osteoclasia con fijadores externos y alargamiento por interposición de hueso autólogo.
El alargamiento por distracción ofrece la ventaja que que no produce tensión en las partes blandas y no suele acompañarse de lesión neurovascular, pero precisa de un tiempo prolongado para completar el tratamiento. Por otro lado, el alargamiento por interposición de hueso autólogo no requiere de un largo período de consolidación, pero el tamaño del defecto a corregir está limitado por la tensión en las partes blandas y se acompaña además de la necesidad de obtención del hueso de la cresta iliaca.
Consideramos que en aquellos casos de pacientes en edades medias, en los cuales la braquimetatarsia se acompaña de otras deformidades del pie que requieren corrección quirúrgica, el acortamiento del resto de metatarsiano puede ser una opción válida de tratamiento.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 092**

TÍTULO: **CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL TENDON DISTAL BICEPS MEDIANTE ALOINJERTO DE TENDON AQUILES. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Corbacho Sánchez, V. / Hurtado Jiménez, N. / Fernández Alba, G.**

CENTRO: **Hospital SAS Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La rotura del tendón distal del bíceps braquial es poco frecuente y representa sólo el 3% de todas las roturas de este tendón, siendo aún más infrecuentes las roturas crónicas del mismo. Son características de varones de edad media (40-50 años) con predominio del brazo dominante. Las roturas crónicas presentan más dificultades para su tratamiento, por el proceso degenerativo distal y el grado de retracción tendinosa. Para el tratamiento existen tres opciones: despegar y elongar el músculo bicipital, la reparación no anatómica mediante sutura al braquial anterior o la reconstrucción tendinosa mediante injertos libres. En este caso se optó por la reconstrucción con aloinjerto procedente de tendón Aquiles dadas las características del paciente.

MÉTODO:

Se presenta el caso de un varón de 52 años, activo y con brazo dominante izquierdo. Como antecedentes de interés presentaba una reconstrucción por una rotura aguda del tendón distal del bíceps izquierdo 10 años antes mediante reparación primaria con una reinserción anatómica del tendón lesionado en la tuberosidad bicipital del radio. El paciente presentaba una asimetría del contorno del brazo y una disminución de la función global del codo, con pérdida de fuerza para la flexión y supinación combinadas. Se reconstruyó la lesión mediante un aloinjerto de tendón de Aquiles.

RESULTADOS:

Se mantuvo una inmovilización postoperatoria durante 3 semanas, iniciando ejercicios isométricos a continuación. A los 3 meses se inició la recuperación funcional completa. Se muestra los buenos resultados obtenidos a los 8 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES:

El aloinjerto de tendón de Aquiles presenta una serie de ventajas respecto al de semitendinoso: su morbilidad es menor, aporta más tejido para la reconstrucción y presenta unas excelentes propiedades biomecánicas. Es importante realizar una correcta valoración individual, valorando: edad, dominancia, la actividad laboral o deportiva y evaluar las articulaciones vecinas proximales y distales. Nuestra indicación principal en estos casos es: pacientes jóvenes, de alta demanda funcional, en edad activa laboral o deportiva, en los que es imposible aproximar el muñón distal del bíceps braquial a la tuberosidad bicipital con el codo en flexión máxima de 70º.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 093**

TÍTULO: **CASO ATÍPICO DE HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIODE MALIGNO EN LA EDAD JUVENIL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Corbacho Sánchez, V. / Sotelo Sevillano, F. J. / Martínez Pardo, F.**

CENTRO: **Hospital SAS Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El hemangioendotelioma epitelioide es una entidad anatomopatológica bastante rara, de etiología vascular y con un potencial maligno comprendido entre el hemangioma benigno y el hemangioendoteliosarcoma maligno. Este tumor que generalmente aparece en el hígado, ha sido también relacionado con la ingesta de anticonceptivos orales, la inhalación de cloruro de vinilo y la existencia de un traumatismo previo en la zona de aparición.

MÉTODO:

El caso clínico que presentamos es el de un varón de 16 años de edad sin antecedentes personales de interés. El paciente acudió a nuestra consulta por una masa indolora en muslo izquierdo de crecimiento progresivo que relacionó con traumatismo previo en dicha zona 4 años antes.
A la exploración se objetivó una tumoración no visible, palpable, de consistencia blanda y elástica, escasamente adherida a piel y planos profundos y de localización en tercio distal y cara medial de muslo izquierdo.
En estudios complementarios con RM se describió como una tumoración inespecífica.
Se decidió el tratamiento quirúrgico de la lesión mediante resección ampliada y se envió la muestra a anatomía patológica donde se emitió el diagnóstico de angiosarcoma de bajo grado anaplásico también llamado hemangioendotelioma epitelioide.

RESULTADOS:

Se presenta el resultado a los 12 meses de seguimiento de la cirugía, en donde hasta el momento no se han descrito recurrencias y/o metástasis.

CONCLUSIONES:

El tratamiento de este tipo de lesiones casi siempre es quirúrgico. Presenta una recurrencia del 50% aproximadamente, metástasis en casi el 30% de los casos y con un índice de supervivencia a los 5 años en caso de metástasis del 50%. De ahí la importancia de realizar un diagnóstico correcto de la forma más precoz posible.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 094**

TÍTULO: **ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO DE LA MANO ESPÁSTICA SEVERA POR ACV LIMITANTE PARA ACTIVIDADES BÁSICAS. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA MANO.**

AUTORES: **Corbacho Sánchez, V. / Hiniesta Martín, R. / Hoyos Perales, I.**

CENTRO: **Hospital SAS Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La espasticidad que se produce a consecuencia de un infarto ó una lesión cerebral en un paciente previamente sano, puede determinar un acortamiento de las unidades motoras que impide la extensión simultánea de los dedos y la muñeca. En casos de infartos cerebrales severos ó crónicos también se puede producir una rigidez articular acompañando a la contractura muscular muy incapacitante para actividades cotidianas tales como asearse, comer...

MÉTODO:

El caso clínico que presentamos es el de una mujer de 76 años de edad con antecedentes de un ACV de 6 años de evolución que le ocasionó como secuela una hemiplejía derecha con espasmo contractural residual severo en miembro superior derecho.
A la exploración la paciente muestra una actitud de hiperflexión mantenida de los dedos largos de la mano derecha, así como una actitud en extensión irreductible de la muñeca.
El tratamiento quirúrgico realizado tras fracaso del tratamiento conservador intensivo fue la transferencia tendinosa del flexor común profundo de los dedos al superficial, con un alargamiento del cubital anterior, palmar mayor y flexor largo del pulgar.

RESULTADOS:

Se presenta el resultado a los 12 meses de la intervención, que muestra una gran mejora estética y funcional. Con esta intervención se corrigieron los problemas de higiene y cuidado de la piel de la paciente. La paciente mostraba una satisfacción completa con la cirugía con mejoría significativa, no solo funcional, sino también emocional.

CONCLUSIONES:

La rigidez articular sólo se puede tratar eficazmente con un alargamiento de las unidades músculo-tendinosas acortadas. Una de las técnicas empleadas es la transferencia tendinosa del flexor superficial de los dedos al profundo. Los resultados varían en función del estado de las estructuras reconstruidas así como del grado de colaboración por parte del paciente.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 095**

TÍTULO: **ARTROPLASTIA BILATERAL DE HOMBRO EN UN TIEMPO QUIRÚRGICO.**

AUTORES: **Díaz Moreno, J. / Rodríguez Rodríguez, M. / Roca Ruiz L.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena**

INTRODUCCIÓN:

La fracturas bilaterales de hombro son infrecuentes, por lo tanto la realización de su tratamiento no está estandarizado. El tratamiento de elección dependerá del tipo de fractura y de la edad y comorbilidades del paciente, pudiendo optarse por un tratamiento conservador o quirúrgico.

OBJETIVOS:

Valorar los resultados funcionales post-quirúrgicos tras realización de cirugía bilateral simultánea de hombro.

MÉTODOS:

Presentamos un caso de fractura bilateral de hombro en paciente varón de 63 años, con antecedentes de fibrilación auricular con anticoagulación permanente, hipertensión arterial, estenosis aórtica, hepatopatía alcohólica y EPOC, que se trató de forma quirúrgica simultánea realizándose un abordaje deltopectoral con implantación de dos prótesis parciales.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El paciente fue derivado al alta tras 5 días de la intervención quirúrgica, inmovilizado en ambos brazos con ortesis tipo cabestrillo. Se le realizó el test de Constant a los 5 meses tras la cirugía (última revisión realizada en consulta). El paciente se mostraba subjetivamente satisfecho con la funcionalidad alcanzada hasta entonces.

CONCLUSIONES:

Dado la escasez de publicaciones al respecto, no existen consensos sobre la realización de intervención quirúrgica en uno o dos tiempos en esta situación. En nuestro caso, el abordaje bilateral simultáneo supuso un menor tiempo de estancia hospitalaria post-quirúrgica y con ello un menor consumo de recursos, así mismo pensamos que supuso una disminución del riesgo anestésico al someter a un paciente de tan alto riesgo a una sola anestesia general, y alcanzando hasta la fecha unos buenos resultados funcionales que podrían dar lugar a una reincorporación laboral más temprana.
Por ello proponemos la realización de artroplastias bilaterales en un mismo acto quirúrgico tras fracturas bilaterales de hombro.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 096**

TÍTULO: **LUXACIÓN DE RODILLA DIFERIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Herrera Mármol, R. / De la Hoz García, M. / Reyes Jiménez, A.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN, MÉTODOS y CONCLUSIONES:

Paciente que presenta traumatismo de alta energía sobre rodilla izquierda, a consecuencia de accidente de circulación. En estudio inicial radiológico no se aprecia imagen de afectación ósea aguda, y la exploración no es concluyente por el traumatismo reciente.
Realizando posteriormente pruebas complementarias, el paciente presenta episodio de luxación de rodilla ante gesto mínimo de flexión, en el momento en el que pasa a la mesa de TC.
Se completa estudio evidenciando lesión de complejo posterolateral y cruzado posterior.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 101**

TÍTULO: INESTABILIDAD POSTERIOR DE HOMBRO ASOCIADA A SÍNDROME DE TOURETTE EN ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Hiniesta Martín, R. / Pérez Sánchez, A.M. / Sotelo Sevillano, F.J.

CENTRO: Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera

INTRODUCCIÓN:

La inestabilidad recidivante posterior de hombro se desconoce con frecuencia. Es más común que la luxación traumática. Las formas voluntarias intencionales o no, deben ser reconocidas, ya que suelen traducir un componente psiquiátrico y no son tributarias de tratamiento quirúrgico.
El síndrome de Tourette es un trastorno neurológico caracterizado por movimientos repetitivos, estereotipados e involuntarios y la emisión de tics fonatorios. Los primeros síntomas se suelen observar casi siempre en la niñez, con mayor incidencia en varones, suelen ser más severos durante los primeros años de adolescencia y van mejorando con la madurez.

OBJETIVOS:

Presentamos el caso de un adolescente diagnosticado de síndrome de Tourette con inestabilidad recidivante posterior de hombro.

MÉTODOS:

Varón de 16 años, diagnosticado a los 8 años de síndrome de Tourette, en tratamiento con neurolépticos. Desde hace 2 años, sin traumatismo previo, sufre episodios repetidos de luxación posterior de hombro izquierdo, como tic en el contexto de su patología de base. Refiere empeoramiento de los tics durante situaciones de estrés. No le afectan en su actividad deportiva habitual. En varias ocasiones ha precisado acudir a servicio de urgencias por imposibilidad para reducción de la luxación por sí mismo. A la exploración presenta estabilidad glenohumeral, balance articular completo e indoloro, no afectación de la fuerza. No aprehensión. Sin signos de afectación neurovascular.
Se realiza estudio radiológico mediante RM que informa de signos de tendinosis a nivel del supraespinoso, leve tenosivitis bicipital, SLAP tipo I, focos contusivos mínimos en cabeza humeral y mínimo derrame articular.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El paciente fue tratado de forma conservadora tras sus episodios agudos mediante inmovilización con ortesis, pero no cumple con las recomendaciones prescritas por la ansiedad que éste le crea.
Tras inicio de tratamiento rehabilitador intenso mediante ejercicios dirigidos al fortalecimiento del manguito de los rotadores, deltoides y músculos periescapulares, el paciente ha mejorado sustancialmente y no ha presentado más episodios de luxación en los últimos 10 meses.

CONCLUSIONES:

- El tratamiento quirúrgico de las inestabilidades posteriores recidivantes tiene malos resultados.
- Las subluxaciones posteriores atraumáticas responden mejor a la rehabilitación que las traumáticas.
- Se deber realizar un programa de fortalecimiento muscular y de resistencia de los músculos del manguito rotador, deltoides y músculos periescapulares, recuperación de la movilidad articular, y estabilización neuromuscular.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 102**

TÍTULO: **¿PUEDE SER EL FIJADOR EXTERNO EL TRATAMIENTO DEFINITIVO EN FRACTURAS ABIERTAS EN EDAD PEDIATRICA? A PROPOSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Ledo Martínez, M. / Fernández Marín, R. / De la Torre Colmenero, R.**

CENTRO: **Hospital universitario Virgen del Rocío**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas abiertas grado IIIB son aquellas que presentan un defecto cutáneo tan importante que es imposible cubrir sin recurrir a técnicas reconstructivas. Suponen un reto para el traumatólogo, pues, aunque no existe lesión neurovascular, los tejidos pueden estar tan contundidos que nos sugiera la posibilidad de amputación como tratamiento inicial. Para valorar si un miembro es subsidiario de amputación existen diversas escalas (Mess) que nos guían a la hora de tomar esta difícil decisión. Cuando se producen estas lesiones en el niño la tendencia es a la conservación del miembro.

OBJETIVOS:

En esta comunicación exponemos el resultado obtenido en el empleo de fijador externo como tratamiento definitivo en fractura abierta grado IIIB de tibia y peroné en el paciente pediátrico.

MÉTODOS:

Nuestro caso es una paciente de 9 años trasladada a nuestro hospital tras sufrir accidente de tráfico. Portaba férula neumática en miembro inferior derecho. A la exploración presentaba gran defecto cutáneo en cara anterior de pierna derecha, partes blandas muy contundidas contaminadas con tierra y asfalto. No afectación neurovascular. Tras la realización de Rx se diagnosticó de fractura abierta grado IIIB de Gustilo de tibia y peroné derechos. Se realizó intervención quirúrgica urgente realizándose limpieza exhaustiva reducción y fijación mediante fijador externo Hoffman 2 con tres pines proximales y tres distales en tibia derecha. Se colocó sistema VAC en defecto cutáneo anterior y se realizaron curas cada 48 horas. Una vez comprobada la ausencia de infección y la formación de tejido de granulación se realizó cobertura cutánea con injerto libre de piel autólogo de cara anterior de ambos muslos. No fue necesaria la amputación del miembro traumatizado.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La fractura se consolidó a los tres meses precisando únicamente como tratamiento para mantener la reducción el fijador externo. En la actualidad la paciente puede realizar una vida normal sin limitaciones. Las fractura abiertas requieren un tratamiento urgente consistente en antibioterapia, lavado exhaustivo y fijación.

CONCLUSIONES:

A la hora de decidir si amputar un miembro hay que ser más conservador en el paciente pediátrico que en el adulto. La fijación externa como tratamiento definitivo es una opción válida que nos permite el control de las partes blandas asi como nuevas reducciones en caso de movilización.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 103**

TÍTULO: **SISTEMA VAC COMO OPCIÓN DE TRATAMIENTO DE LA FASCITIS NECROTIZANTE.**

AUTORES: **Ledo Martínez, M. / González Plata, C. / Villarreal Puerta, J.P.**

CENTRO: **Hospital universitario Virgen del Rocío**

INTRODUCCIÓN:

La fascitis necrotizante es una infección de partes blandas, rápidamente progresiva, que afecta a la piel, al tejido celular subcutáneo, a la fascia superficial y, ocasionalmente, a la fascia profunda. Produce una necrosis hística con grave toxicidad sistémica. La etiología es generalmente polimicrobiana, siendo el patógeno más frecuente el S. pyogenes. Para su aparición requiere generalmente una puerta de entrada, en nuestro caso una mordedura humana. El tratamiento combina antibioterapia intravenosa y desbridamientos seriados amplios. La aparición de técnicas como el sistema VAC aportan nuevas opciones terapéuticas.

OBJETIVOS:

Exposición del resultado obtenido mediante el empleo del sistema VAC asociado a desbridamientos seriados en el tratamiento de una fascitis necrotizante en miembro inferior.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Paciente de 17 años trasladado a nuestro hospital por presentar mal estado general y tumefacción en miembro inferior derecho (MID) 12 días después de sufrir mordedura casual humana mientras practicaba deporte. Se realiza TAC urgente objetivándose aumento de volumen, cambios celulíticos y burbujas aéreas desde raíz de muslo hasta maleolo. Se aisló en cultivo S. pyogenes, A. baumanii, S. maltophila y K. pneumoniae.
Se inició tratamiento con antibioterapia intravenosa, desbridamientos seriados agresivos, Friedrich de tejido necrótico y lavado con suero salino y clorhexidina jabonosa. Se realizaron 8 desbridamientos hasta colocación de sistema VAC, lo que permitió cierre parcial de la herida. Fue necesaria la realización de artrolisis en rodilla derecha por rigidez y colocación de artromotor. Finalmente una vez granulada la herida y en ausencia de supuración se procedió a cubrir defecto cutáneo remanente en rodilla derecha. Para ello se empleó autoinjerto cutáneo de muslo izquierdo de 1.5-1 mm de grosor.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En la actualidad presenta balance articular en MID completo sin limitación para la deambulación. En injerto cutáneo presentó a los dos meses supuración debida a una infección por S. pyogenes que se resolvió tras tratamiento antibiótico oral.

CONCLUSIONES:

La fascitis necrotizante es una enfermedad infrecuente pero muy grave por lo que requiere tratamiento inmediato y agresivo. El empleo del sistema VAC aceleró la recuperación permitiendo cierre de la herida precoz reduciendo el tiempo de estancia hospitalaria. La rehabilitación precoz previene la limitación funcional posterior debida a las rigideces de los desbridamientos masivos.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 105**

TÍTULO: HUESO FANTASMA O ENFERMEDAD DE GORHAM EN CABEZA FEMORAL.

AUTORES: Torres Álvarez, M.N. / Cortés Requena, M.J. / Álvarez Guerrero, A.

CENTRO: Hospital San Agustín, Linares (Jaén)

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Gorham-Stout o hueso fantasma es una enfermedad rara en la que se produce una resorción espontánea y progresiva del hueso sin conocerse todavía su mecanismo patogénico.

OBJETIVOS:

Presentación de un caso de osteolisis idiopática y de las posibilidades etiológicas y terapéuticas del síndrome de Gorham.

CASO CLÍNICO:

Paciente 57 años derivado a Traumatología para valoración de una masa en raíz de muslo derecho junto con dolor progresivo en cadera derecha sin traumatismo previo.
EXPLORACIÓN: El paciente deambula con ayuda de bastones. Masa sólida de unos 15x10 cm en región espinailiaca derecha no fluctuante, leve aumento de temperatura, eritematoso. Imposibilidad a la flexión de cadera derecha.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ANALÍTICA: con PCR, VSG dentro de la normalidad. Serología para toxoplasma, brucella, echinococcus granulosus, mycoplasma, coxiella burnetti, bordetella pertusis, rickettsia, treponema, borrelia: negativa
ECOGRAFÍA:a nivel de la región anterior del muslo derecho se aprecia una colección de 7 x 6.5 x 5 cm, heterogénea con contenido ecogénico y pared. Presenta un contacto con la articulación coxofemoral derecha. La colección sugiere origen articular sin poder determinar contenido hemático, infeccioso o reactivo (sinovial).
RADIOGRAFÍA PELVIS en la que observamos una osteolisis masiva de la cabeza femoral derecha, RMN: destrucción de la articulación coxofemoral junto con desaparición de la cabeza femoral y luxación de la misma, sinovitis de dicha articulación que se extiende prácticamente entre la musculatura de la raíz del muslo a nivel anterolateral hasta el espacio subcutáneo. Apreciamos también la presencia de adenopatías de tamaño patológico en la cadena ilíaca externa derecha y en región inguinal derecha.
TRATAMIENTO Y RESULTADOS:Disminuyó el tamaño de la masa del muslo por sí sola y se decidió intervenir quirúrgicamente llevando a cabo una sustitución protésica. El estudio anatomopatológico reveló una marcada proliferación fibroangioblástica y una elevada actividad resortiva osteoclástica del hueso trabecular. Tras año y medio de seguimiento, el paciente está asintomático realizando sus actividades cotidianas sin ninguna limitación y no se observa ninguna progresión osteolítica local ni ningún otro foco de la enfermedad.

DISCUSIÓN:

La enfermedad de Gorham, también descrita como tumor fantasma o tumor evanescente se trata de un trastorno caracterizado por la destrucción rápida y la resorción de un solo hueso o varios de ellos de forma espontánea y sin factores causales previos. La etiopatogenia es desconocida. Es una entidad rara, hay unos 200 casos descritos en la literatura apareciendo en otras localizaciones más frecuentes como es en la cintura escapular o en la mandíbula. Es un diagnóstico de exclusión, por lo que debemos pensar en este tipo de patología ante una osteolisis masiva de un hueso. Se han ensayado diferentes tratamientos con escaso éxito, como el uso de testosterona y otras hormonas, calcio, vitamina D, aminoácidos y radiaciones ultravioleta. También se intentó el tratamiento con injertos óseos o con radioterapia sin obtener buenos resultados y el uso del interferón alfa y bifosfonatos no está claro, por lo que se debería seguir investigando.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 106**

TÍTULO: **ESPONDILODISCITIS EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPOSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Sotelo Sevillano, F.J. / Hiniesta Martín, R. / Hoyos Perales, I.**

CENTRO: **Hospital general de Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

La espondilodiscitis o infección simultánea del disco vertebral y de los cuerpos vertebrales adyacentes, es rara en niños. Se localizan sobre todo en zona lumbar baja, seguida de la columna torácica y cervical. La clínica es variada pero la mayoría presenta fiebre de bajo grado y dolor. El principal problema es el retraso en el diagnóstico por unos hallazgos de laboratorio inespecíficos y la falta de imágenes patológicas hasta avanzada la enfermedad.

OBJETIVO:

Presentamos un caso de espondilodiscitis en paciente pediátrico, tratamiento realizado y resultados obtenidos.

MÉTODOS:

Acude a urgencias una paciente de 20 meses de edad por aumento de la irritabilidad y rechazo a la deambulación desde hace 5 días. Antecedentes personales de deposiciones diarreicas junto a síndrome febril hace 4 días. A la exploración física presenta incapacidad para la flexión de la cintura pelvica junto a sedestación en trípode y marcha con hiperlordosis. No presenta apofisalgia. Sin signos de irritación meníngea o alteraciones neurológicas. El análisis de sangre muestra datos inespecíficos. En el hemocultivo crece Estafilococo aureus. Radiologicamente se distingue menor espacio entre L2-L3 y rarefacción del cuerpo vertebral que se confirma en la resonancia. Captación patológica de las vértebras, disco L2-L3 e inserción del psoas. Pequeño foco de ausencia de realce de contraste en L2 que corresponde a un pequeño absceso o necrosis.
Se llega al diagnóstico de Espondilodiscitis y se ingresa a la paciente para tratamiento antibiótico mediante cloxacilina endovenosa durante 7 días

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La evolución clínica ha sido satisfactoria, desapareciendo la incapacidad para la movilización y sin datos de irritabilidad. Se inicia tratamiento con corsé y antibioterapia oral durante 6 semanas.

CONCLUSIONES:

La espondilodiscitis es una enfermedad importante en niños. Su diagnóstico es complicado y lo consideramos en aquellos niños con dolor de espalda bajo, síndrome febril y disminución de la movilidad o irritabilidad. La resonancia es muy útil para el diagnóstico, reduciendo el riesgo de lesiones óseas o el desarrollo de alteraciones en la movilidad de la columna. Su tratamiento es necesario para evitar posibles problemas neurológicos y malformaciones vertebrales.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 108**

TÍTULO: LUXACIÓN SUBASTRAGALINA PURA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Sotelo Sevillano, F.J,. / Hiniesta Martín, R. / Rodríguez Huguet, P.

CENTRO: Hospital general de Jerez de la Frontera

INTRODUCCIÓN:

La luxación subastragalina se definen como una luxación simultanea de las articulaciones astragalocalcanea y astragaloescafoidea en ausencia de fractura tibioastragalina o fractura del astrágalo. Clasificadas según la dirección del pie en relación al astrágalo, la luxación medial representa el tipo más frecuente. Con una incidencia del 1% respecto a lesiones traumáticas del pie y del 1% del total de luxaciones, se producen sobre todo en jóvenes varones tras un traumatismo de elevada energía.

OBJETIVOS:

Se presenta un caso de luxación pura periastragalina, el tratamiento llevado a cabo y resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Acude a urgencias un varón de 30 años de edad por dolor y deformidad en pie derecho tras producirse una inversión forzada del antepie pisando una alcantarilla. Sin antecedentes personales de interés.
La exploración física demuestra un desplazamiento medial del pie con un astrágalo prominente. Sin lesiones cutaneas ni dolor a otros niveles. No existe alteración neurovascular distal.
Radiológicamente se observa luxación subastragalina medial derecha pura y sin lesiones óseas asociadas. Bajo anestesia general y uso de escopia se realiza una reducción cerrada y colocación de férula suropédica posterior. Resultados- Discusión: A las 72 horas de la reducción y tras resolverse el edema, se sustituyó la férula por botín de yeso, que se mantuvo durante 3 semanas, cuando se comenzaron ejercicios de movilización activa y pasiva y carga parcial. La evolución clínica del paciente ha sido satisfactoria, sin dolor y buen balance articular.

CONCLUSIONES:

La luxación subastragalina medial o “pie zambo adquirido” es una lesión poco frecuente. Producido por una gran inversión del antepie junto al estrés forzado del ligamento lateral cuando el pie esta en flexión plantar. Sus complicaciones a largo plazo son la artritis postraumatica, osteonecrosis astragalina y la rigidez o inestabilidad de la articulación subastragalina. Esta rigidez puede ser evitada reduciendo el tiempo de inmovilización en luxaciones aisladas y comenzando movimientos pasivos-activos y carga parcial. Consideramos importante el conocimiento de ésta patología y su tratamiento, con el fin de evitar secuelas a largo plazo.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 109**

TÍTULO: **FRACTURAS DE RADIO DISTAL EN EL ANCIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Fernández de Arróyabe, N. / Hernández Ruiz, A. / Romero Escribano, E.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de radio distal son el tipo de fractura más frecuente en la muñeca. Siguen una distribución bimodal con un pico de incidencia en personas de 18 a 25 años y un segundo pico en los mayores de 65 años de edad. Mientras los traumatismos de alta energía son más comunes en pacientes jóvenes, los traumatismos de baja energía como caídas desde su propia altura, son los responsables de las fracturas en mayores con osteoporosis. Teniendo en cuenta el aumento de esperanza de vida de la población, el estudio del manejo adecuado de estás fracturas está ganando importancia en los últimos años.
La toma de decisión entre tratamiento quirúrgico o conservador es difícil en el paciente añoso. Incluso la elección adecuada entre los diferentes tratamientos quirúrgicos disponibles tales como fijación externa, reducción abierta y colocación de placa volar, reducción cerrada y colocación de agujas, no queda clara en la literatura. Muchas veces el plan de tratamiento tiene en cuenta datos de estudios que incluyen pacientes más jóvenes a los que nos referimos en esta comunicación.
Tradicionalmente, la mayor parte de las fracturas de radio distal en el paciente geriátrico se habían tratado de manera conservadora con la colocación de un yeso cerrado durante un plazo de 6 semanas aproximadamente. Sin embargo, en los últimos 20 años se ha producido un aumento de indicación quirúrgica para este tipo de fracturas, a pesar de la ausencia de evidencia suficiente que defienda esta última opción.
Es por esto que, a pesar de que la fractura de radio distal es la segunda más frecuente en el anciano y una causa importante de pérdida de su calidad de vida, el manejo adecuado de este tipo de fracturas en el paciente mayor es todavía controvertido.

OBJETIVOS:

Se presenta un caso de fractura de radio distal en ambas muñecas en una paciente de 74 años de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 74 años de edad. Vive en Málaga con su marido, independiente para actividades básicas de la vida diaria. Como Antecedente Personales destacamos Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada hace 4 años y Artritis Reumatoide. Fue intervenida quirúrgicamente un año antes por una fractura de radio distal derecho que se desplazó tras intento de tratamiento conservador inicial. Sufre caída en vía pública y a su llegada a nuestro centro presenta dolor e importante deformidad en ambas muñecas. Sistema neuro-vascular distal conservado. Se le realiza Radiografía AP y lateral (Figura 1). En radio distal derecho presenta una línea de fractura oblicua con trazo intraarticular y desplazamiento del fragmento distal y el carpo a volar (fractura-luxación de Rhea-Barton). En radio distal izquierdo se aprecia línea de fractura extraarticular con desplazamiento del fragmento distal a volar (fractura de Smith). Se reducen ambas fracturas bajo anestesia local y se procede a colocación de yeso antebraquial. Realizamos radiografía de control (Figura 2).
Con estos hallazgos radiológicos consideramos ambas fracturas inestables. La muñeca derecha por presentar un trazo intraarticular y la izquierda por mostrar una pérdida de altura radial y aumento de varianza volar y, porque el decalaje observado entre cúbito y radio presume una afectación del fibrocartílago triangular. Sin embargo, tras explicar a la paciente sus opciones y ante la negativa al tratamiento quirúrgico por parte de ésta, se decide tratamiento conservador de inicio con revisiones semanales.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 109**

TÍTULO: **FRACTURAS DE RADIO DISTAL EN EL ANCIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Fernández de Arróyabe, N. / Hernández Ruiz, A. / Romero Escribano, E.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

RESULTADOS:

La mujer es revisada semanalmente en nuestra consulta con realización de prueba de imagen. Tras 6 semanas y ante los aceptables resultados radiológicos que observamos se decide retirar el yeso de la mano derecha. Dos semanas más tarde, se retirará el yeso de la mano contralateral.
Es entonces cuando nuestra paciente comienza la rehabilitación diaria con ejercicios que nosotros mismos explicamos. Un año después, el rango de movilidad es completo tanto en flexo- extensión, desviación radial y cubital del carpo con prono-supinación conservada en ambas muñecas que le permite realizar las actividades de la vida diaria con total normalidad. La paciente no refiere haber presentado dolor en este tiempo.

DISCUSIÓN:

Son varios los estudios que se han dedicado a comparar resultados radiológicos, funcionales y posibles complicaciones del tratamiento conservador versus tratamiento quirúrgico en fracturas de radio distal en el anciano. En 2015, un grupo chino encabezado por Ji-Hui Li publica una revisión sistemática y metaanálisis que combina los distintos estudios realizados hasta el momento con pacientes mayores de 65 años tratados con estas dos opciones terapéuticas distintas.
El tratamiento quirúrgico muestra superioridad en resultados radiológicos, ya que consigue una reducción anatómica de la fractura. Sin embargo, los resultados funcionales son similares en ambos grupos. De hecho, aunque la cirugía se muestre superior en ciertos aspectos como la flexión de la muñeca o la desviación radial, no existen diferencias en el cuestionario DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand; cuestionario con 30 ítems que pregunta al paciente acerca de síntomas y capacidad de llevar a cabo actividades básicas) ni en la Escala visual analógica del dolor entre ambos grupos.
Este grupo añade que un buen resultado radiológico tiene una pobre correlación con un buen resultado funcional a largo plazo. En nuestro caso, a pesar de que las últimas radiografías de control en nuestra paciente no muestran buenos resultados anatómicos, la movilidad de la mujer es completa e indolora un año después. Otra de las conclusiones que revela este estudio implica a las complicaciones tras la fractura. El tratamiento quirúrgico no sólo muestra mayor frecuencia de complicaciones, sino que estas son más severas que con el tratamiento con yeso. Las limitaciones que presenta el estudio al que nos referimos, son por un lado el número reducido de estudios que cumplieron criterios de inclusión en el metaanálisis (8 estudios con un total de 440 pacientes en el grupo de cirugía y 449 en el grupo tratados de forma conservadora) y, por otro lado, la no distinción entre las diferentes fracturas de radio distal, considerándolas todas como una sola.
No se trata de desestimar de inicio el tratamiento quirúrgico de nuestros mayores. Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, podemos concluir diciendo que tal y como hicimos con nuestro caso, una actuación adecuada pasará por explicar al paciente las consecuencias del tratamiento quirúrgico versus no-quirúrgico y promover así una toma de decisión conjunta teniendo en cuenta factores como la edad, comorbilidades, grado de osteoporosis y nivel de actividad previo a la fractura.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 110**

TÍTULO: **EL TRATAMIENTO PROLONGADO CON BIFOSFONATOS: CAUSA DE FRACTURA ATÍPICA FEMORAL.**

AUTORES: **Montero Pariente, M.A. / Baquero Garcés, F. / Rial Valverde, L.**

CENTRO: **Hospital San Juan De Dios del Aljarafe, Bormujos, (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

La osteoporosis es un problema de salud pública por la morbimortalidad que supone, siendo los bifosfonatos un tratamiento de primera elección.

OBJETIVOS:

Su uso prolongado es motivo de controversia puesto que causan fracturas femorales atípicas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer. 86 años. PTR izquierda hace 12 meses. Acude por Urgencias tras caída desde su altura, con fractura transversal de diáfisis de fémur izquierdo. Se trata mediante RCFI con clavo intramedular Alta al 6º día, con evolución favorable.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

AP: alendronato desde hace 12 años. 2 días previos a la caída, acudió a la revisión anual en CCEE de COT. Refería dolor de meses de evolución en tercio medio de muslo izquierdo con tumefacción local y sin traumatismo previo. Rx: no signos de movilización de componentes de PTR pero un refuerzo cortical en la diáfisis femoral, a 16 cm de línea articular y coincidiendo con la zona dolorosa. En seguimiento en CCEE: tras 8 semanas en descarga, deambula en carga parcial y a la 12º semana se aprecia inicio de consolidación

CONCLUSIONES:

Hay casos publicados de fracturas atípicas en mujeres ancianas con alendronato prolongadamente. Son fracturas de estrés femoral (en diafisis o subtrocantericas) que aparecen espontáneamente o tras un traumatismo mínimo, pudiendo ser bilaterales y a menudo precedidas por dolor en la zona afectada. Presentan un patrón radiológico típico: fractura transversal, sin conminución pero con reacción periostal, y engrosamiento cortical
En pacientes en tratamiento prolongado con bifosfonatos y con dolor en el muslo sin traumatismo previo, se recomienda

- Rx bilateral femorales. El TAC, RMN o Gammagrafía Ósea con Tc pueden detectar estadios iniciales
- excluir otras causas de fracturas de baja energía o patológicas (tumores primarios o metastásicos)
- la supresión inmediata del bifosfonato, ya sean estadios iniciales o fracturas completas. El enclavado intramedular de la fractura está recomendado en fracturas completas y pudiera estar recomendado profilácticamente en fracturas incompletas, sobre todo si no responden al tratamiento conservador durante 2 o 3 meses.

En conclusión, aunque este caso no es asilado, hay que recordar que los bifosfonatos previenen más fracturas que producen. Tratamientos de más de 5 años en ancianos con riesgo de caídas es una causa de fractura atípica femoral y que obliga a controles rutinarios anuales

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 111**

TÍTULO: **PIOMIOSITIS Y ABSCESO EN MÚSCULO SEMIMEMBRANOSO.**

AUTORES: **Fernández de Arróyabe, N. / Sánchez Siles, J.M. / Frías Dasilva, D.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La piomiositis es una infección purulenta que afecta al músculo esquelético y surge como diseminación hematógena de un foco a distancia, generalmente acompañada de la formación de un absceso. Aunque clásicamente considerada una infección de zonas tropicales, la frecuencia de piomiositis en climas templados está en aumento. Mientras estas primeras se presentan en dos picos de edad (niños de 2 a 5 años y adultos de 20 a 45 años) y en pacientes sin comorbilidades, en los climas templados es más frecuente en adultos inmunocomprometidos. Globalmente afecta al sexo masculino con mayor frecuencia y el patógeno más comúnmente asociado es el Staphyloccoccus aureus: causa de 90% de casos en zonas tropicales y 75% en templadas. Los factores de riesgo para padecer piomiositis incluyen la inmunodeficiencia, haber sufrido un traumatismo previo, la adicción a drogas por vía parenteral, la infección concomitante y la malnutrición.

OBJETIVO:

Se presenta un caso de miositis y absceso en el músculo semimembranoso en una paciente intervenida 5 años atrás de una Cirugía de Reconstrucción de Ligamento Cruzado Anterior.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 34 años que presenta fiebre de hasta 40ºC de un mes de evolución con escalofríos, tiritonas y artralgias generalizadas. Acude a urgencias en varias ocasiones y en una de ellas se le diagnostica de faringoamigdalitis bacteriana y se pauta tratamiento antibiótico empírico oral, sin mejoría. A su llegada, refiere dolor a nivel de la inserción de músculos isquiotibiales izquierdos y presenta una extensión incompleta de dicha rodilla. No percibimos signos de inflamación ni aumento de temperatura local. Como Antecedentes Personales a destacar presenta una Reconstrucción de Ligamento Cruzado Anterior de rodilla izquierda en 2012 en Clínica Privada que requirió re-intervención por artritis séptica meses después. No refiere otras intervenciones previas ni ningún otro antecedente personal de interés. En la analítica sanguínea a su ingreso presenta una Neutrofilia de 9500 y Proteína C Reactiva de 146. La Resonancia Magnética (RM) muestra un proceso infeccioso articular con extensión al vientre muscular del semimembranoso, con miositis y absceso. Se describe a su vez un Quiste de Baker con posible comunicación con el absceso semimembranoso citado anteriormente. Se inicia antibioterapia intravenosa y se lleva a cabo drenaje percutáneo del absceso guiado por ecografía obteniéndose abundante exudado purulento. Además, se decide realizar sinovectomia artroscópica y lavado de la articulación.

RESULTADOS:

El estudio de tejido sinovial, varios hemocultivos y cultivos de exudado son negativos. Esta situación puede deberse a la toma previa de antibióticos por parte de la paciente. También se puede considerar que no se tuvieron en cuenta en el estudio microbiológico patógenos diferentes a los habituales, como micobacterias u hongos. Una semana tras la cirugía la paciente desarrolla un cuadro de sepsis que provoca su ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos y fallece 2 días después.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 111**

TÍTULO: **PIOMIOSITIS Y ABSCESO EN MÚSCULO SEMIMEMBRANOSO.**

AUTORES: **Fernández de Arróyabe, N. / Sánchez Siles, J.M. / Frías Dasilva, D.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

DISCUSIÓN:

Nuestra sospecha inicial apuntaba a la diseminación hematógena a partir de un foco de infección faringoamigdalino como probable causa de artritis séptica y piomiositis en la paciente; mujer que presenta como factores de riesgo una intervención artroscópica previa que se complicó con infección articular posterior. Sin embargo, nos aparece la posibilidad de que la infección articular surja asociada al Quiste de Baker que vemos en la Figura 1.

La artritis séptica en la rodilla asociada al Quiste Poplíteo o de Baker es rara y ha sido descrita anteriormente sobre todo en pacientes con procesos reumatológicos como la Artritis Reumatoide o Psoriasica en el contexto de la toma de fármacos inmunosupresores como Etanercept. En nuestro caso, no se conoce enfermedad de este tipo en la paciente, ni tampoco estado de inmunodepresión alguno: se le realizó prueba de VIH que resultó negativa.

Sí es cierto que se describen casos aislados en la literatura de quistes de Baker asociados a procesos sépticos en la rodilla en el contexto de pacientes con cirugías artroscópicas previas o incluso tras infiltraciones analgésicas en el tratamiento de la artrosis.

De cualquier forma, y a pesar de que los hallazgos en la RM y la proximidad del quiste al tendón del músculo semimembranoso nos hace pensar que pueden estar comunicados y formar una misma cavidad, los abscesos extra-articulares publicados hasta el momento en los procesos infecciosos por Quiste de Baker se producen por extensión del patógeno hacia distal a través de una vía descrita como “vía posteromedial de la pierna” que implica atravesar la cabeza medial del músculo gastrocnemio. Es por esto que los abscesos descritos se encuentran distales al Quiste de Baker: en la porción medial del músculo gastrocnemio o en el músculo sóleo. Hecho que va en contra de nuestro caso, cuya migración en caso de que la causa inicial fuera el propio quiste debería haber sido a través del tendón del semimembranoso hacia proximal. Por lo tanto, está segunda opción la vemos menos probable.

Tras exponer el caso, hay una cuestión que tenemos clara: su manejo terapéutico. Debemos asociar un tratamiento antibiótico intravenoso adecuado a un drenaje del absceso guiado por imagen que nos servirá no sólo como método terapéutico sino también para conseguir material de estudio para el diagnóstico microbiológico. En el caso de tratarse de una infección profunda y extensa en la que además parece haber afectación articular como es nuestro caso, es indispensable el acto quirúrgico artroscópico con lavado y toma de muestras para cultivo. La duración del tratamiento antibiótico irá en función de la evolución clínica y radiológica del paciente. En la mayoría de los casos con 3-4 semanas de tratamiento intravenoso suele ser suficiente, aunque éste puede alargarse en caso de pacientes con afectación extensa, multifocal o que presenten una colección que no haya sido drenada por completo.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 112**

TÍTULO: **LUXACIÓN INVETERADA METACARPOFALÁNGICA VOLAR DEL PRIMER DEDO MANO DERECHA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Quintero López, C. / Medina León, N. / Caballero Angulo, J.A.**

CENTRO: **Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)**

INTRODUCCIÓN:

La luxacion metacarpofalangica (MTCF) del pulgar es muy infrecuente. Existe muy escasa bibliografía sobre la luxación inveterada volar de la articulación MTCF del primer dedo. La bibliografía muestra que la reducción abierta es el tratamiento de elección en los casos agudos no reductibles, pero en las luxaciones inveteradas, será necesaria una artrodesis.

OBJETIVOS:

Mostrar la actualización bibliográfica, epidemiología e indicaciones quirúrgicas, describiendo el caso presentado

MÉTODOS:

Paciente de 37 años que sufre accidente de motocicleta en su país de origen 5 años antes, con dolor e impotencia funcional en 1º dedo mano derecha que con el tiempo mejoró. Trabajador manual, la lesión impide el desarrollo de actividad laboral funcional por dolor. El examen clínico muestra una deformidad llamativa de la cabeza del metacarpiano con la articulación MTCF bloqueada a 45 grados de flexión, la falange proximal a volar y radial. Imposibilidad para la extensión y pinza disfuncional por dolor. Radiográficamente se confirma la luxación inveterada MTCF. Y en RMN se informa las lesiones partes blandas. En la cirugía, disección sigmoidea volar, observando una erosión de la cabeza metacarpiana, sin cartílago articular. Los tendones estaban comprimidos y acortados. Se observó un remanente de tejido que parecía cápsula articular. No fue posible identificar los LCC, LCR ni la placa volar. Se realizó artrodesis a 20 grados de flexión y discreta rotación interna. Se inmovilizó 6 semanas y fisioterapia posterior. Reincorporación laboral a los 7 meses, con ciertas restricciones, pero sin dolor.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La rareza del caso estriba en la cronicidad de la lesión, ya que, debido al dolor y la deformidad, el paciente acude tempranamente a urgencias. La bibliografía describe que las luxaciones volares MTCF del primer dedo se producen por un traumatismo directo en el dorso de la falange proximal con la articulación en flexión, generalmente con la mano en posición de agarre o aprehensión. Existe controversia respecto a la anatomía patológica, aunque en la bibliografía la mayoría de casos ponen de manifiesto rotura de cápsula dorsal LCC Y LCR. Los ligamentos colaterales constituyen el soporte dorsal de la falange proximal. La artrodesis es el tratamiento de elección que permitirá eliminar el dolor la funcionalidad suficiente para relizar la actividad laboral.

CONCLUSIONES:

La luxación inveterada MTCF implica una mano disfuncional. La bibliografía es unánime respecto a la artrodesis, siempre dependiendo del estado del cartílago y lar partes blandas circundantes.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 113**

TÍTULO: **PSEUDOARTROSIS CONGÉNITA DE CLAVÍCULA. PROTOCOLO DIAGNÓSTICO Y ACTUACIÓN.**

AUTORES: **Quintero López, C. / Medina León, N. / Caballero Angulo, J.A.**

CENTRO: **Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)**

INTRODUCCIÓN:

La pseudoartrosis congénita de clavícula es una entidad rara, presente de forma unilateral en escaso número de casos reportados en la bibliografía.

OBJETIVOS:

Mostrar la importancia de esta patología tan infrecuente, que debemos tener presente en nuestra práctica clínica y asistencial como de por la incongruencia de la historia y datos clínicos encontrados, que obligan a filiar dicho proceso encontrando el maltrato infantil como diagnóstico diferencial a tener presente.

MÉTODOS:

Presentamos un caso clínico de pseudoartrosis clavícula por el que analizamos el proceso diagnóstico para este proceso tan poco frecuente.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Niña de 9 meses, sana, 3º hijo, parto a término sin complicaciones en el mismo. Valorado inicialmente por Pediatra, quien ante sospecha de fractura de clavícula, avisa Traumatología para valoración de tratamiento de elección y descartar proceso de maltrato. En el examen rutinario se palpa bultoma indoloro, en clavicula que en radiografía simple se correlaciona con imagen de fractura aunque surge la duda de pseudoartrosis.
Se lleva a cabo el estudio conjunto por Servicio de Traumatología y COT, ante la posibilidad de pseudoartrosis. Se realizó un estudio pormenorizado radiológico, completando la serie ósea con una gammagrafía ante la sospecha de pseudoartrosis de clavícula e intervención por los trabajadores sociales, que concluyó confirmando diagnóstico de pseudoartrosis congénita.

CONCLUSIONES:

La pseudoartrosis congénita de clavícula, es una malformación congénita muy poco frecuente publicados no más de 300 casos unilaterales. Suele ser unilateral, con afectación mayoritaria del lado derecho. Se presenta en forma de tumoración en el tercio medio clavicular, generalmente asintomática. La radiología simple confirma el diagnóstico, apoyándose en la gammagrafía. El diagnóstico diferencial incluye principalmente la pseudoartrosis postraumática, la disostosis cleidocraneal y la neurofibromatosis. El tratamiento suele ser el seguimiento y manejo conservador con un porcentaje muy alto de resolución.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 114**

TÍTULO: **SECUELAS EN PACIENTE ADULTO DE OSGOOD-SCHLATTER: REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN A PROPÓSITO DE DOS CASOS.**

AUTORES: **Quintero López, C. / Medina León, N. / Caballero Angulo, J.A.**

CENTRO: **Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)**

INTRODUCCIÓN:

La apofisitis del tubérculo tibial anterior de Osgood-Schlatter, es la más frecuente de las osteo-necrosis de crecimiento y del deportista adolescente. A pesar de tratarse de un proceso banal, con relativa frecuencia presenta complicaciones y en ocasiones, muy poco frecuentes, secuelas con manifestaciones dolorosas tardías, capaces de interferir en la actividad deportiva normal y laboral del adulto.

OBJETIVOS:

Mostrar mediante dos casos clínicos la importancia de un proceso frecuentemente banalizado del adolescente y su repercusión en la vida laboral y deportiva del adulto.

MÉTODOS:

Se admite, que la enfermedad de Osgood-Schlatter se produce por los microtraumas repetidos de tracción, que a través del tendón rotuliano se transmiten sobre la tuberosidad anterior de la tibia. En ocasiones, la clínica se limita a la inflamación rotuliana de repetición, lo que dificulta la asociación en el adulto con el antecedente. El síndrome secuelas en el adulto se manifiesta por dolor y tumefacción a nivel de la tuberosidad.
El dolor secuelar, a veces es muy vivo, impide al paciente arrodillarse, lo que constituye un importante inconveniente en determinadas actividades laborales (agricultura) y deportiva.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se presenta el caso de dos pacientes en edad media de la vida 40 y 45 años respectivamente, agricultores, que acuden por gonalgia de larga evolución. A la exploración se palpa el aumento de tamaño en la TTA, y el dolor aumenta a la extensión completa de la rodilla. La radiografía simple muestra imágenes de una tuberosidad tibial irregular, en pico de loro o inclusiones óseas intratendinosas en tendón rotuliano. Se confirma el diagnóstico con RMN y TAC y se propone cirugía de exéresis del fragmento intratendinoso. Se realiza abordaje transtendinoso sobre el fragmento y se procede a la resección del mismo. Se inmoviliza el aparato extensor durante dos semanas inciando reintroducción progresiva a vida normal. Al mes de la cirugía, los dos pacientes se reincorporan a su actividad laboral con buen resultado funcional.

CONCLUSIONES:

El Osgood-Schlatter es una causa poco común de dolor anterior d rodilla en el adulto, pero puede ser incapacitante y no responder a tratamiento conservador. En adultos sin respuesta a tratamiento médico, se indica el tratamiento quirúrgico realizando exéresis del tubérculo tibial prominente, que puede realizarse de forma artroscopia o abierta, obteniendo buen resultado con ambas.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 115**

TÍTULO: **FRACTURA-AVULSIÓN DE LA TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Gómez Palomo, J.M. / Martínez Crespo, A. / Pariente Cazorla, F.J.**

CENTRO: **Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas por avulsión de la tuberosidad tibial anterior son un patrón de lesión inusual que ocurre generalmente en varones adolescentes durante actividades deportivas. Se producen principalmente por una fuerte contracción del cuádriceps durante la extensión de la rodilla o por una flexión pasiva rápida de la rodilla con contractura del cuádriceps.

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente con una epifisiolisis tipo III de Watson Jones de la tuberosidad tibial anterior.

MÉTODOS:

Se trata de un varón de 15 años que acude a urgencias de nuestro centro por gonalgia derecha e impotencia funcional tras desaceleración brusca mientras jugaba al fútbol. El dolor en el momento de la lesión se acompañó de una sensación de chasquido. A la exploración física, presentaba intensa tumefacción en rodilla derecha, con derrame articular, dolor a la palpación en región anterior de la tibia proximal, actitud en semiflexión de la rodilla e imposibilidad para la extensión activa de la misma, con neurovascular distal conservado. En la radiología convencional se apreció una avulsión de la tuberosidad tibial anterior, iniciándose el trazo de fractura en la fisis y extendiéndose hasta la superficie articular de la epífisis (epifisiolisis tipo III de Watson-Jones de la tuberosidad tibial anterior derecha). Valorada la exploración y el estudio radiológico, se decidió tratamiento quirúrgico de la lesión.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Los hallazgos intraoperatorios revelaron un gran fragmento avulsionado, con integridad del ligamento cruzado anterior y de los meniscos. Se realizó reducción y osteosíntesis con 2 tornillos canulados de esponjosa, bajo control escópico. En las revisiones en consultas externas, el paciente evolucionó de forma satisfactoria clínica y radiológicamente.

CONCLUSIONES:

La epifisiolisis tipo III de Watson-Jones es una variante de la epifisiolisis tipo III de Salter y Harris. La avulsión de la tuberosidad tibial anterior es una consecuencia de una aceleración o desaceleración súbita del aparato extensor de la rodilla. Entre los factores predisponentes se encuentran la rótula alta y la contractura de los isquiotibiales. La anamnesis y la exploración física detalladas son esenciales para el diagnóstico y tratamiento precoz de estas lesiones.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 116**

TÍTULO: **FRACTURA-ESTALLIDO DE C7 TRAS ACCIDENTE POR INMERSIÓN.**

AUTORES: **Martínez Crespo, A. / Gómez Palomo, J.M. / Pariente Cazorla, F.J.**

CENTRO: **Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)**

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones traumáticas de la columna cervical con afectación medular son un evento devastador, con una tasa de morbi-mortalidad elevada. Se debe tener en cuenta el grado de pérdida de alineación de la columna, la inestabilidad, la invasión del canal vertebral y la lesión neurológica existente. La correcta inmovilización de la columna cervical durante el traslado así como el manejo del paciente a su llegada al servicio de urgencias es imprescindible.

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es presentar el inusual caso de un paciente con fractura-estallido del cuerpo vertebral de C7 tras accidente por inmersión.

MÉTODOS:

Se trata de un varón de 26 años que es traído a urgencias tras sufrir un accidente por inmersión. A la exploración física, el paciente presentaba déficit a la flexoextensión de muñeca y dedos 3/5, y ausencia de reflejo tricipital en ambos miembros superiores, con disestesias asociadas. En miembros inferiores, fuerza 5/5 y reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. No presenta anestesia ni relajación de esfínteres. En la radiología convencional, se apreciaba fractura de C6 y C7. El TAC mostraba fractura-aplastamiento de C6 con afectación de la columna anterior y media en varios fragmentos así como del muro posterior a nivel de la lámina vertebral derecha, y fractura-estallido de C7, con trazo de fractura en el pedículo izquierdo y retropulsión de fragmentos hacia el canal raquídeo, que ocasionaba una estenosis significativa, así como en agujeros de conjunción. Se decidió tratamiento quirúrgico de la lesión.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Mediante un abordaje anterolateral izquierdo cervical, se realizó una corpectomía de C6-C7 con extirpación del ligamento vertebral común posterior liberando la médula espinal, y artrodesis C5-D1 con aporte de injerto autólogo de cresta iliaca izquierda, con control escópico de adecuada posición del material. En las revisiones en consultas externas, se retiró la inmovilización con collarín rígido a las 6 semanas de la intervención y el paciente evolucionó satisfactoriamente, con recuperación del déficit motor que presentaba salvo mínima dificultad para la extensión de los dedos.

CONCLUSIONES:

La interpretación de radiografías tras un traumatismo cervical puede ser un reto, por lo que ante la sospecha de lesiones traumáticas con inestabilidad de la columna cervical, está indicada la realización de TAC urgente. En los pacientes con lesión medular secundaria a fractura o luxación de la columna cervical se realiza descompresión y estabilización quirúrgica. Los objetivos de la cirugía son conseguir una columna estable y bien alineada, la preservación o mejora de la función neurológica, y facilitar el tratamiento rehabilitador.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 117**

TÍTULO: **LUXACIÓN ANTERIOR Y POSTERIOR DE CADERA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.**

AUTORES: **Gómez Palomo, J.M. / Martínez Crespo, A. / Pariente Cazorla, F.J.**

CENTRO: **Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)**

INTRODUCCIÓN:

La luxación de la articulación de la cadera es una lesión inusual. Aparece como resultado de traumatismos de alta energía como los accidentes de tráfico. La reducción precoz puede reducir la incidencia de necrosis avascular de la cabeza femoral.

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de dos pacientes con episodio de luxación traumática de cadera sin fractura asociada, tratándose en el primer caso de una luxación anterior y en el segundo de una luxación posterior.

MÉTODOS:

En el primer caso nos encontramos ante un varón de 56 años, que sufre un accidente de bicicleta. A la exploración física, presentaba dolor e impotencia funcional de miembro inferior derecho, con actitud en flexión y rotación externa de la cadera, y neurovascular distal conservado. En la radiología convencional se apreció una luxación anteroinferior (tipo obturador) de cadera derecha. En el segundo caso se trata de un varón de 52 años, que sufre una caída accidental tras resbalar en una piscina. A la exploración física, presentaba dolor e impotencia funcional de miembro inferior derecho, con acortamiento y rotación interna del mismo, y neurovascular distal conservado. En la radiología convencional se evidenció una luxación posterior de cadera derecha. Valorada la exploración y el estudio radiológico, se decidió reducción en quirófano en sendos casos.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En ambos casos se realizó una reducción cerrada bajo control escópico y colocación de tracción blanda. En las revisiones en consultas externas, los dos pacientes evolucionaron satisfactoriamente.

CONCLUSIONES:

Cuando se produce un traumatismo de alta energía con la cadera en flexión, la luxación suele ser posterior, mientras que cuando se produce en posición de rotación externa y abducción, suele producirse una luxación anterior de la cabeza femoral. Esta última es poco frecuente, debido a que la cápsula anterior es más fuerte y está reforzada por el ligamento iliofemoral. Tras descartar lesiones asociadas, la reducción debe realizarse lo antes posible bajo anestesia o sedación, puesto que se ha demostrado que la reducción precoz disminuye el riesgo de complicaciones como la necrosis avascular de la cabeza femoral, la artrosis postraumática, la lesión del nervio ciático y las calcificaciones periarticulares.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 118**

TÍTULO: **HERNIA DISCAL EXTRUIDA L5-S1 TRATADA CON INFILTRACIÓN A TRAVÉS DEL HIATO SACRO.**

AUTORES: **Pariente Cazorla, F.J. (1) / Martínez Crespo, A. (2) / Gómez Palomo, J.M. (3)**

CENTRO: **(1) Hare Guadix; (2) H.U. Virgen De La Victoria; (3) H. De Poniente**

INTRODUCCIÓN:

Se presenta el caso de un paciente con lumbociatalgia y estenosis leve de canal por hernia discal L5-S1 posterocentral tratado mediante infiltraciones de corticoesteroides a través del hiato sacro.

MÉTODOS:

Paciente de 45 años, varón, que acude por clínica de lumbalgia irradiada a ambos MMII, de ligero predominio izquierdo de 2 meses de evolución sin claro mecanismo causal.A la exploración presenta parestesias y disestesias en región S1 de ambas piernas, Lasegue a 30º izquierdo y 40º derecho, ROT aquileo levemente disminuido. Claudicación neurógena a los 15-20 minutos de iniciar la marcha.
Se realiza RMN que demuestra Hernia discal posterocentral extruida L5-S1 que ocasiona afectación foraminal bilateral y leve estenosis canal lumbar.
Ante la falta de respuesta a tratamiento farmacológico se decide tratamiento infiltrativo con 4 ml de Celestone® junto a 4 ml de levobupivacaina al 0.25% a través del hiato sacro del paciente según la técnica habitual. Se realizan 3 infiltraciones con 14 días de separación entre las mismas.

RESULTADOS:

A los 28 días (tras la 2º infiltración) el paciente refiere una gran mejoría, pasando de un EVA previo de 9 a un EVA de 2. Tras otros 28 días el paciente refiere no tener dolor lumbar ni ciatalgia.

CONCLUSIONES:

Las infiltraciones a través del hiato sacro suponen una alternativa eficaz ante determinados cuadros de compresión radicular lumbar rebelde a tratamiento médico y previo a la posibilidad de cirugía.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 119**

TÍTULO: **REFRACTURA SOBRE PLACA PHYLOS EN EXTREMIDAD PROXIMAL DE HÚMERO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Calcines Santana, M.A. / Calvo Lillo, C. / López Lobato, R. / Calderón Sánchez, M.A. / Lazo-Zbikowski Taracena, J.M.**

CENTRO: **Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y C. Ortopédica del Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla)**

El tratamiento con placa PHILOS es una técnica estándar para las fracturas de extremidad proximal de húmero con bastantes buenos resultados. Sin embargo es necesario tener en cuenta las posibles complicaciones tales como refratura temprana por rotura de los tornillos; como en el caso que presentamos. De acuerdo a diversos estudios el porcentaje de refracturas puede llegar al 12,5%. Una de las opciones puede ser la no retirada del implante con imposición de otra placa y refuerzo con cerclaje, para proporcionar estabilidad a la fractura.

OBJETIVOS:

El objetivo principal de esta publicación es aportar un caso y actualización de la bibliografía en relación con la refractura sobre material de osteosistesis en extremidad proximal de húmero y sus diferentes opciones terapéuticas.

MÉTODOS:

Se presenta un caso clínico sobre un paciente de 64 años de edad sin antecedentes de interés, que tras traumatismo en hombro izquierdo a principios de diciembre de 2016 presenta una fractura de extremidad proximal de humero tratada exitosamente mediante reducción abierta y osteosintesis con placa Philos. Tras un mes de evolución el paciente sufre una nueva caída con rotura del material de osteosíntesis y nuevo desplazamiento de la fractura. Se decide tratamiento quirúrgico con osteosíntesis con placa LCP sobre placa Philos solidarizando placa con 2 tornillos placa-placa-hueso y dos cerclajes de refuerzo.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras un control escópico satisfactorio y una evolución clínica favorble se decide alta con inmovilización del miembro, se seguirá la evolución del paciente en consultas externas de traumatología para valorar el éxito de la técnica utilizada. Dadas las características del paciente y para evitar medidas cruentas se decidió este tipo de tratamiento, esperando estabilización de la fractura de la manera menos invasiva posible.

CONCLUSIONES:

A pesar de ser una una complicación relativamente frecuente, no se encuentra suficiente bibliografía sobre la rotura de material de osteosíntesis en fracturas de húmero y posibilidades terapéuticas. Mostramos un caso de tratamiento de una refractura de extremidad proximal de humero tratada con doble placa PHILOS y LCP más cerclaje de refuerzo como opción a tener en cuenta en este tipo de complicación.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 120**

TÍTULO: LESIÓN DEL EXTENSOR POLLICIS LONGUS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Gómez Palomo, J.M. / Martínez Crespo, A. / Pariente Cazorla, F.J.

CENTRO: Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

INTRODUCCIÓN:

La rotura espontánea del extensor largo del pulgar es una lesión poco frecuente. Su trayecto cruza el tercer compartimento extensor y gira alrededor del tubérculo de Lister, donde se nutre por difusión, siendo más vulnerable a la ruptura a este nivel. Esta lesión se ha asociado a artritis reumatoide, fractura de radio distal, fricción sobre material de osteosíntesis, tenosinovitis crónica y uso sistémico o local de corticoesteroides.

OBJETIVOS:

El propósito de este trabajo es presentar el caso de una paciente con rotura espontánea del extensor pollicis longus tratada mediante transposición de extensor propio del índice.

MÉTODOS:

Se trata de una mujer de 54 años que acude a urgencias de nuestro centro por dolor en el primer dedo de mano izquierda tras esfuerzo, con sensación de chasquido. A la exploración física, la paciente presenta imposibilidad para la extensión activa del primer dedo. En la radiografía convencional no se aprecian lesiones óseas agudas. Se realiza ecografía en la que se evidencia una ruptura completa del extensor pollicis longus proximal al tubérculo de Lister, con una separación de los cabos de unos 3 cm. Valorada la exploración y el estudio ecográfico, se decide tratamiento quirúrgico de la lesión.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Los hallazgos intraoperatorios revelaron notable degeneración y engrosamiento del cabo distal del tendón. Se realizó una transposición del tendón extensor propio del índice al extensor pollicis longus, mediante lazada de Pulvertaft. Se inmovilizó con una férula durante 4 semanas. En las revisiones en consultas externas, la paciente evolucionó satisfactoriamente, con flexoextensión completa del primer dedo.

CONCLUSIONES:

La técnica quirúrgica de elección para el tratamiento de la rotura espontánea del extensor largo del primer dedo es la transposición del extensor propio del índice. Se considera el tendón más apropiado por su dirección, recorrido, fuerza y fácil exposición para reemplazar al extensor pollicis longus. La literatura muestra mejores resultados con la técnica de sobretensado. Entre las complicaciones se encuentran la aparición de adherencias, el déficit de movilidad del primer dedo secundario a un tensado inadecuado en el momento de la cirugía, y la desviación radial del índice.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 121**

TÍTULO: **SINOVITIS POSTMENISCECTOMIA DE RODILLA, TRATAMIENTO CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS.**

AUTORES: **Pariente Cazorla, F.J. (1) / Martínez Crespo, A. (2) / Gómez Palomo, J.M. (3)**

CENTRO: **(1) Hare Guadix; (2) H.U. Virgen De La Victoria; (3) H. De Poniente**

INTRODUCCIÓN:

El plasma rico en plaquetas (PRP) está demostrando tener un papel importante en el tratamiento de ciertas patologías musculoesqueléticas. En el presenta trabajo presentamos una serie de dos pacientes con Sinovitis postmeniscectomia tratados con PRP tras agotar otras vías terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presentan dos pacientes con rotura del cuerpo y cuerno posterior menisco interno que, tras recibir tratamiento mediante meniscectomia artroscópica acuden a consulta a los dos meses de la misma con un cuadro compatible con Sinovitis de rodilla. Ambos pacientes han realizado tratamiento farmacológico y rehabilitador desde la retirada de la sutura a los 12 días postoperatorios. El paciente A precisó dos drenajes articulares de liquido de características inflamatorias y se sometió en el mismo momento a una infiltración de corticoesteroides y anestésico local sin éxito. El paciente B ha precisado el mismo tratamiento en 1 ocasión también sin éxito. El paciente A refiere dolor catalogado como EVA 8 y el paciente B un EVA 7. El balance articular de ambos pacientes era de 0-90º. Se les propone a ambos pacientes tratamiento con PRP realizándose 3 infiltraciones separadas por 14 días.

RESULTADOS:

A los 2 meses tras la 1º infiltración de PRP ambos pacientes no presentan derrame articular, tienen un balance articular completo y refiere un dolor catalogado como EVA 2-3. A los 4 meses ambos pacientes refieren encontrarse asintomáticos y estar desarrollando con normalidad su trabajo habitual, así como una actividad deportiva leve-moderada.

CONCLUSIONES:

El tratamiento con PRP para la patología inflamatoria de rodilla podría tener su lugar, si bien es necesario ampliar el estudio con más casos para demostrar estadísticamente su validez.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 122**

TÍTULO: **FRACTURA DE TILLAUX ATÍPICA EN ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Hiniesta Martín, R. / Santana Ramírez, S. / Aguilar López, A.**

CENTRO: **Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

La fractura de la porción anterolateral de la epífisis distal de la tibia o fractura de Tillaux es una lesión poco común típica del adolescente. Está favorecida por dos factores: la placa epifisaria es más débil que el ligamento tibioperoneo anterior distal; y existe una asimetría en el cierre de la fisis. Existen pocos casos descritos en la literatura en los que se produzca una lesión fisaria del peroné concomitante.

OBJETIVOS:

Presentamos el caso de un adolescente con una inusual fractura de Tillaux asociada a una epifisiolisis de maleolo peroneo.

MÉTODOS:

Varón de 15 años, sin antecedentes, que acude a urgencias por dolor en tobillo izquierdo tras torcedura. A la exploración presenta dolor e inflamación a nivel de región anterolateral del tobillo. Impotencia funcional, sin afectación neurovascular. En estudio radiológico simple mediante proyección anteroposterior y lateral se aprecia imagen compatible con fractura de Tillaux. La TC confirma fractura en margen anterolateral de la epífisis tibial, así como otros dos trazos de fractura en la extremidad distal del peroné, uno en la porción anteroinferior de la epífisis distal y otro suprafisario en la región posterior.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Bajo anestesia locorregional, se realiza abordaje anterolateral, visualizándose fractura de Tillaux con afectación del margen lateral de la mortaja tibial y margen medial del peroné en presencia de lesión condral lateral de cúpula astragalina. Se reducen y fijan los fragmentos con dos tornillos canulados tibiales y otro en peroné. Se comprueba congruencia y estabilidad de la articulación bajo escopia. Inmovilización con botín de yeso. Al alta, se indica deambulación con bastones en descarga del miembro afecto. A las 5 semanas se retira inmovilización. Buena evolución radiológica. Inicia ejercicios de movilización y apoyo parcial asistido con bastones progresivo. A los 4 meses de la cirugía, se observa consolidación radiológica y el paciente realiza vida normal sin ningún tipo de limitación.

CONCLUSIONES:

- La fractura de Tillaux es una lesión típica de la adolescencia que afecta a la epífisis antero-lateral de la tibia que es la última porción de la fisis que se osifica, y constituye la zona principal de carga de la superficie articular.
- El método de diagnóstico de elección y para la planificación quirúrgica es la TC.
- La cirugía está indicada en desplazamientos superiores a 2 mm. Con la reducción precisa, el pronóstico es excelente.
- No suelen asociar complicaciones de deformidad por crecimiento asimétrico. La incongrencia articular puede evitarse por reducción anatómica. El único problema notable son las adherencias tendinosas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 123**

TÍTULO: **LUXACIÓN FEMOROTIBIAL DE ORIGEN TRAUMÁTICO CON LESIÓN VASCULAR.**

AUTORES: **Pariente Cazorla, F.J. / Martínez Crespo, A. / Gómez Palomo, J.M.**

CENTRO: **(1) Hare Guadix; (2) H.U. Virgen De La Victoria; (3) H. De Poniente**

INTRODUCCIÓN:

La luxación de rodilla es una lesión poco frecuente. Suele aparecer como consecuencia de traumatismos de alta energía. En general, seacompaña de afectación de estructuras capsuloligamentosas, originando una inestabilidad multidireccional en la articulación. Ante la sospecha de lesión vascular debe realizarse una angiografía urgente.

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es reflejar a través de un caso clínico el abordaje diagnóstico y terapéutico de una luxación de rodilla con lesión vascular asociada.

MÉTODOS:

Nos encontramos anteuna mujer de 17 años, que es traída a urgencias de nuestro hospital tras sufrir accidente de motocicleta. A la exploración física, presentaba dolor e impotencia funcional en miembro inferior izquierdo, con deformidad importante a nivel de la rodilla y herida incisocontusa asociada a nivel de tercio proximal de tibia. No se palpaban pulsos distales y se evidenciaba gran inestabilidad en la rodilla. En la radiología convencional se apreció una luxación posterior de rodilla. Se realizó arteriografía urgente, objetivándose disección de arteria poplítea. Valorada la exploración y el estudio radiológico, se decidió intervención quirúrgica de urgencia.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se llevó a cabo una reducción cerrada bajo control escópico y estabilización con fijador externo, así como un lavado enérgico y desbridamiento minucioso de la herida, con cierre primario de la misma. Se realizó un bypass de 1ª a 3ª porción poplítea con vena safena del miembro inferior contralateral bajo control angiográfico, comprobándose relleno de la arteria tibial posterior y pedia, así como fasciotomía del compartimento posterior.Tras 6 semanas de evolución, se llevó a cabo la retirada del fijador externo. Posteriormente, la paciente presentaba rigidez con un flexo de 30º. La RMN evidenció una rotura en asa de cubo del cuerno posterior del menisco interno, con cambios degenerativos en el menisco externo e integridad de los ligamentos cruzados y colaterales. Fue reintervenida a los 6 meses de artrolisis artroscópica y regularización meniscal. En las revisiones en consultas externas, la movilidad pasiva y activa evolucionó favorablemente, hasta conseguir un balance articular de 0-95º a los 6 meses de la cirugía.

CONCLUSIONES:

La luxación de rodilla que se acompaña de afectación vascular es una lesión muy grave, por lo que el diagnóstico precoz y tratamiento inicial son fundamentales para evitar la amputación del miembro. Por otra parte, la reconstrucción o reparación anatómica de las lesiones capsuloligamentosas y meniscales asociadas sigue siendo un tema controvertido, y suele realizarse de forma diferida.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 124**

TÍTULO: **INESTABILIDAD DE LA COLUMNA CERVICAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO TRAS ACTIVIDAD DEPORTIVA.**

AUTORES: **Martínez Crespo, A. / Gómez Palomo, J.M. / Pariente Cazorla, F.J.**

CENTRO: **Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)**

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones traumáticas de la columna cervical son relativamente infrecuentes en niños. Suelen deberse a accidentes de tráfico o lesiones deportivas. En menores de 8 años suelen afectar a segmentos cervicales superiores, mientras que por encima de esta edad es más frecuente la lesión de segmentos cervicales inferiores.

OBJETIVOS:

El propósito de este trabajo es presentar el caso de un paciente con subluxación C5-C6 con rotura del ligamento longitudinal común posterior tras una voltereta.

MÉTODOS:

Se trata de un varón de 14 años que acude a urgencias de nuestro hospital por cervicalgia tras hiperflexión de la columna cervical al realizar una voltereta. A la exploración física, el paciente presentaba dolor a la palpación de músculo trapecio izquierdo, con reflejos osteotendinosos conservados y simétricos en miembros superiores, y sensibilidad y fuerza conservadas en las cuatro extremidades. En la radiología convencional, se apreciaba aumento de la distancia interespinosa C5-C6 de 20 grados. Ante la sospecha de inestabilidad de la columna cervical, se realizó resonancia magnética que mostraba inflexión C5-C6 con separación de las apófisis espinosas, rotura del ligamento longitudinal común posterior e interespinoso y subluxación C5-C6. Valorada la exploración y el estudio radiológico, se decidió ingreso del paciente para tratamiento quirúrgico de la lesión.

RESULTADOS:

Los hallazgos intraoperatorios revelaron una lesión del tercio posterior del disco C5-C6 con rotura del ligamento común posterior. Con ayuda de distractor, se llevó a cabo discectomía y artrodesis anterior C5-C6 con caja intersomática con injerto autólogo de cresta ilíaca y placa. En las revisiones en consultas externas, se retiró la inmovilización con collarín rígido a las 6 semanas de la intervención y el paciente evolucionó satisfactoriamente, tanto clínica como radiológicamente.

CONCLUSIONES:

La interpretación de radiografías tras un traumatismo cervical puede ser un reto, por lo que ante la sospecha de lesión medular o discoligamentosa está indicada la realización de resonancia magnética. La disrupción del ligamento longitudinal común posterior es una entidad que provoca inestabilidad de la columna cervical y requiere intervención quirúrgica para conseguir una columna estable y alineada.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 125**

TÍTULO: **SÍNDROME DE SINDING-LARSEN-JOHANSSON. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Martínez Crespo, A. / Gómez Palomo, J.M. / Pariente Cazorla, F.J.**

CENTRO: **Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)**

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Sinding-Larsen-Johansson es una osteocondrosis juvenil que afecta al polo distal de la rótula en la inserción proximal del tendón rotuliano. Fue descrita separadamente por Sinding-Larsen en 1921 y Johansson en 1922. Se trata de una lesión crónica con histología y patogénesis similar a la de la enfermedad de Osgood-Schlatter. Aparece como resultado de la tensión y tracción repetitiva del tendón rotuliano en el polo inferior todavía cartilaginoso de la rótula durante la contracción del cuádriceps. Se caracteriza clínicamente por dolor localizado en el polo distal de la rótula, que aumenta durante la flexión combinada con la carga de la articulación de la rodilla. Se considera un proceso autolimitado, cuya fase dolorosa debe tratarse con reposo deportivo 1-2 meses, inmovilización ocasional y rehabilitación progresiva. La evolución suele ser benigna con recuperación espontánea.

OBJETIVOS:

Nuestro propósito es presentar el caso de una paciente con sospecha de fractura de polo inferior de rótula tras traumatismo en rodilla derecha.

MÉTODOS:

Se trata de una mujer de 15 años que acude a urgencias por gonalgia derecha tras caída casual. A la exploración física, presentaba dolor a la palpación selectiva del polo inferior de la rótula sin derrame articular asociado. En la radiología convencional se apreció una imagen compatible con fractura versus anomalía en la fusión ósea del tercio inferior de la rótula derecha.

RESULTADOS:

Se realizó resonancia magnética que objetivó un engrosamiento con aumento de señal de la zona de inserción del tendón rotuliano en el polo inferior de la rótula, con separación del borde óseo inferior de la tibia, compatible con una epifisitis y tendinosis del borde inferior rotuliano (Síndrome de Sinding-Larsen-Johansson). Valorada la exploración y el estudio radiológico, se decidió inmovilización durante 2 semanas y posteriormente tratamiento rehabilitador. En las revisiones en consultas externas, la paciente evolucionó de forma satisfactoria.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de la enfermedad de Sinding-Larsen-Johansson es principalmente clínico. La ecografía y la resonancia magnética muestran inflamación del cartílago y engrosamiento del tendón rotuliano en su inserción proximal, así como bursitis y fragmentación en el polo distal de la rótula. Una anamnesis adecuada ayuda a diferenciar los cambios de avulsión crónicos del síndrome de Sinding-Larsen-Johansson de una fractura-avulsión del polo distal de la rótula desplazada mínimamente, la cual suele estar en relación con un evento traumático sin antecedentes de dolor previo en la zona anteroinferior de la rodilla.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 128**

TÍTULO: **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE UN TUMOR DE PARTES BLANDAS: SCHWANNOMA.**

AUTORES: **Ramos Santos, J. / Guerrero Bravo, J.D. / Sanchez Siles, J.M.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

El diagnóstico diferencial de una masa de tejido blando incluye tumores de partes blandas benignos, también tumores malignos como sarcomas, melanomas, y otros.
Nuestra comunicación se trata de un paciente que consulta por un bulto en cara de extensión del antebrazo.

OBJETIVOS:

Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin. Vestibulum consectetur orci tellus, at posuere purus pulvinar vel

MÉTODOS:

Se trata de un varón de 24 años que acude a consulta refiriendo tener un bulto en antebrazo desde hace más de 10 años, no doloroso, ni sensible. La exploración física muestra un bulto de 4*4 cm aproximadamente, de consistencia firme, casi elástica, bien delimitado, profundo a la dermis, escasamente móvil, y no adherido a la piel. En la evaluación se realizó una RM que informó: “masa solida fusiforme, solitaria, de morfología ovalada, y bien delimitada de 33*24*21 mm, localizada en compartimento profundo en dorso del antebrazo derecho, entre los vientres musculares del supinador y extensor de los dedos, en teórico recorrido de la rama profunda del nervio radial. Sugiere Neurofibroma vs Schwanoma d.d. con leiomioma o tumor desmoide. Se realizó biopsia ecodirigida mediante PAAF y el estudio AP informó de un SCHWANOMA.

DISCUSIÓN:

En el estudio de una masa de tejido blanda debe tenerse en cuenta la localización, presentación clínica, presencia o ausencia de dolor y el patrón de crecimiento.
El diagnóstico diferencial debe realizarse ante toda masa de tejido blando con más de 5 cm, doloroso, que aumenta de tamaño, profundo a la fascia del musculo, y cuando recurre tras escisión previa.
Los tumores de origen en nervios periféricos son infrecuentes. En la mayoría de los casos son tumores benignos. El diagnostico se lleva a cabo fundamentalmente a través del estudio mediante imagen. La RM es el estudio más útil para el diagnóstico mediante imagen de los tumores de nervios periféricos. Nuestro caso fue diagnosticado finalmente mediante estudio anatomopatologico como Schwanoma. Los Schwanoma esporádicos son descubiertos incidentalmente en personas de mediana edad. La mayoría son asintomáticos. En cuanto al tratamiento no todos los pacientes con tumor de nervios periféricos necesitan cirugía. Algunos pueden ser tratados de forma conservadora con observación. En pacientes que requieren tratamiento, la cirugía es la principal herramienta.

CONCLUSIONES:

: Presentamos un caso de tumor de partes blandas que finalmente se ha diagnosticado de Schwanoma. Se expone el curso del proceso diagnostico hasta su conclusión final y contiene las consideraciones clínicas y exploraciones necesarias para ello.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 129**

TÍTULO: **CORDOMA DE COLUMNA CERVICAL: CIRUGIA Y RADIOTERAPIA CON PROTONES.**

AUTORES: **Díaz Martín, P. / Vela Panés, T. / García Guerrero, G.**

CENTRO: **Hospital Puerta del Mar**

INTRODUCCIÓN:

Los cordomas medulares son tumores malignos primarios raros (1-4% de los tumores óseos) y agresivos derivados de la notocorda. Presentan agresividad local aunque no suelen metastatizar. A pesar de la lentitud en la expansión de la lesión, suelen ser bastante grandes en el momento del diagnóstico, lo que provoca dificultades en el tratamiento quirúrgico, conduciendo a una alta tasa de recurrencia local (Hasta el 50% a los 5 años) El tratamiento quirúrgico debe acompañarse de ciclos de radioterapia coadyuvante preferiblemente con protones.

OBJETIVOS:

Presentamos el caso de una paciente de 29 años con un cordoma medular cervical.

MÉTODOS:

Paciente de 29 años sin antecedentes relevantes, que consulta por dolor cervical y en trapecio izquierdo con debilidad en miembro superior izquierdo de dos meses de evolución. Tras la realización de RMN cervical, se aprecia tumoración cervical de posible origen neurogénico proveniente del soma de C5 extendiéndose hacia la izquierda englobando la arteria vertebral izquierda, que el estudio anatomopatológico diagnostica como cordoma Tras la presentación en el comité de tumores de columna vertebral, se decide intervención quirúrgica. Se realiza por un equipo multidisciplinar quirúrgico (Traumatología, Cirugía Maxilofacial, Neurocirugía) una cirugía escisional de la lesión mediante un abordaje cervical derecho ampliado. Se estabiliza la lesión mediante osteosíntesis con placa C4-C6 e implante intersomático en C5.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras un año de la cirugía, la paciente se encuentra sin dolor. Ha recuperado déficit neurológico presente previo a la cirugía. Continua en tratamiento radioterápico con protones para disminuir el riesgo de recidiva.

El tratamiento de los cordomas cervicales suponen un gran desafío quirúrgico debido a su habitual extensión a estructuras anatómicas adyacentes en el momento del diagnóstico.

CONCLUSIONES:

Podemos encontrar que en la bibliografía no hay recogidas muchas series de estudios de casos similares pero los existentes recogen la resección tumoral más radioterapia posterior como el tratamiento de elección, con buenos resultados tanto sintomáticos como de recuperación de déficits previos. La particularidad de los cordomas es su alta tasa de recidiva, presumiblemente provocada por la dificultad de la exéresis tumoral completa, que favorece una posterior siembra tumoral.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 130**

TÍTULO: **PINZAMIENTO FEMOROACETABULAR. PFA. PINCER-CAM. ¿UN CASO O UN 10%?.**

AUTORES: **Ramos Santos, J. / Bautista Enrique, D. / Gómez Cáceres, A.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

Es síndrome de atrapamiento femoroacetabular es un síndrome de categorización reciente, en los últimos años, desde que Ganz lo hizo al comienzo del siglo XXI. Desde entonces se han publicado múltiples artículos que describen la naturaleza compleja del mismo, asi como sus diferentes formas de presentación anatómica, radiológica y clínica. De otra parte, dicho síndrome se ha asociado desde su descripción inicial al desarrollo de posteriores lesiones, posiblemente precursoras de lesiones de osteoartritis de cadera en el curso evolutivo ulterior, especialmente en determinada población joven con hábitos relacionados con el deporte. El interés de esta comunicación es describir un caso clinico de nuestra consulta, revisar la literatura y plantear la necesidad de abrir líneas de trabajo futuras que aclaren las áreas de incertidumbre sobre la epidemiologia de dicho síndrome.

MÉTODOS:

Se trata de un varón de 31 años, deportista profesional (tenista), sin antecedentes de interés, que comienza con dolor inguinal derecho, de ritmo de presentación mecánico que acude a consulta por dicho motivo. El dolor en la cadera no tiene causa aparente y está asociado a su actividad deportiva diaria, con signo de la C y con marcha dolorosa. Exploración en posición supina: se exa¬minaron los rangos articulares de la cadera sana. Se puso de manifiesto una disminución de la rotación interna de cadera (test de pellizcamiento positivo).La rx mostraba una morfología en “empuñadura de pistola” del cuello femoral derecho, junto a la medición de un ángulo alfa de la cadera de 58º. Se realizó diagnóstico diferencial con la posibilidad de un Síndrome de dolor de trocánter mayor y se solicitó una RM. La RM muestra un pinzamiento femoroacetabular tipo mixto (Pincer-Cam) asociado a daño de apariencia compleja degenerativa del labrum del cuadrante posterosuperior de la cadera derecha. No derrame sinovial significativo, ni cuerpos libres intraarticulares.El paciente fue sometido a trtº artroscópico.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La PFA es un síndrome definido por un conflicto mecánico entre el fémur y el acetábulo, y describe una relación anatómica anormal dentro de la articulación que puede dañarla. Este síndrome fue descrito por Ganz (3) y desde entonces se han sucedido múltiples publicaciones que se han referido a él desde diferentes perspectivas:

- descripción anatómica de las lesiones (formas Pincer , Cam y mixta)
- definición de criterios clínicos y de diagnóstico radiológico
- trascendencia clínica y enfoque de riesgo para el padecimiento de lesiones ulteriores
- tratamiento rehabilitador y quirúrgico de las lesiones
- análisis epidemiológicos poblacionales y de grupos especialmente vulnerables para el padecimiento del síndrome.

En relación con la epidemiologia del síndrome existen múltiples publicaciones que describen la prevalencia en la población general y en determinados grupos de riesgo (ocupación, edad,..). (4), (5), (6), (7), (8), (9) y (10)
Los datos de estos diferentes autores señalan una prevalencia poblacional elevada y una especial sensibilidad a padecerla por parte de un grupo poblacional identificado por su edad y su actividad física.

CONCLUSIONES:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam vitae interdum justo. Cras venenatis sem sit amet urna finibus, sit amet pretium tortor lacinia. Sed malesuada, diam sed porta posuere, libero odio lacinia sem, a maximus lectus lorem mollis dui. Sed vitae ex ut leo maximus ornare ut et massa. Vivamus sed nisl sit amet arcu rutrum scelerisque. Pellentesque pretium odio ligula, ut facilisis lacus tincidunt sed. In hac habitasse platea dictumst.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 131**

TÍTULO: COMPLICACIONES NEUROVASCULARES DE LUXACIÓN GLENOHUMERAL ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Caballero Angulo, J.A. / Quintero López, C. / Medina León, N.

CENTRO: Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

INTRODUCCIÓN:

La luxación glenohumeral es una patología muy frecuente en nuestra práctica asistencial, que, con frecuencia, es tratada desde la urgencia sin requerir al la presencia del Traumatólogo. No obstante, las posibles complicaciones son devastadoras y, si no se detectan, pueden ser fatales para viabilidad del brazo afecto.

OBJETIVOS:

Mostrar a través de un caso clínico, la importancia de las complicaciones de esta lesión, infravalorada por su alta frecuencia y baja incidencia de complicaciones.

MÉTODOS:

Paciente de 72 años que acude a urgencias tras caída casual, con impotencia funcional y dolor intenso en hombro izquierdo. Se sospecha luxación glenohumeral anteroinferior, confirmada por radiografía. Se reduce mediante el método de Kocher y tras evidenciar congruencia glenohumeral en radiogafía de control, es dada de alta por Medico de Urgencias sin valoración por Traumatología. Se revisa en 3 semanas en Consultas Externas de Traumatología. A la retirada del cabestrillo, se observa pulsos conservados y simétricos, con imposibilidad para la movilización de articulación radiocarpiana y de codo derecho (2/5 en territorio mediano, cubital y radial), e hipoestesias en zona descrita, lo que hace sospechar una elongación del plexo braquial. Dado la edad de la paciente, se solicita ENG y se deriva de forma urgente a rehabilitación, que tras tres meses, muestra buena evolución. Resultados-discusión: Son de sobra conocidas las posibles complicaciones de la luxación glenohumeral anterior, sin embargo, la baja tasa de presentación, hacen que se banalice este proceso. Según la bibliografía, estas complicaciones aparecen más frecuentemente a partir de los 50 años, siendo infradiagnosticadas en el momento de la reducción. Las lesiones de los nervios producidas por el acto de la luxación o por las maniobras de reducción pueden limitarse a rupturas, elongaciones o compresiones de los mismos, siendo lo más frecuente la elongación, en las que la luxación, el estiramiento del nervio produce un desprendimiento parcial de la vaina nerviosa que constriñe el nervio, rompiendo pequeños vasos, que darán lugar a esquimosis. La conducción nerviosa, alterada al principio, se repone totalmente si las lesiones no son muy grandes y las consecuencias clínicas se traducen en parálisis o paresias con parestesias o anestesias.

CONCLUSIONES:

Dada la alta incidencia de estas lesiones y la baja tasa de complicaciones, tendemos frecuentemente a infravalorar esta patología, lo que puede tener consecuencias fatales para el miembro superior afecto. Por ello, siempre, debemos tener presente las mismas, y ser sistemáticos en la exploración neurovascular pre y post reducción.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 132**

TÍTULO: **LESIÓN LÍTICA ÓSEA EN MANO. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES VS METÁSTASIS ÓSEA.**

AUTORES: **Narganes Lobato, A.I. / Martínez Sola, R. / Galindo Flores, M.F.**

CENTRO: **C.H. Torrecárdenas, Almería**

INTRODUCCIÓN:

El tumor de células gigantes (TCG) es una neoplasia benigna pero localmente agresiva que constituye el 5% de los tumores óseos primarios. Aunque dentro de su diagnóstico diferencial es poco habitual incluir las metástasis óseas u otros tumores primarios, nuestra experiencia nos dice que es posible observar una imagen radiológica y una clínica similar en ambas lesiones.

OBJETIVOS:

Presentamos un caso tumoración en dedo de la mano. Se pretende evaluar las características de la lesión así como los diferentes diagnósticos diferenciales.

MÉTODOS:

Paciente de 51 años valorada por dolor e inflamación en falange proximal de 2º dedo de mano izquierda, que presenta una imagen radiológica lítica compatible con tumor de células gigantes. Se realiza exéresis para biopsia. Durante las semanas siguientes, la paciente presenta cuadro de hiporexia, fiebre irregular y dolor persistente en hipogastrio, por lo que se inicia el estudio de un posible proceso tumoral. El estudio anatomopatológico de la lesión ósea se informa como adenocarcinoma mucinoso compatible con metástasis.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras realizar estudio de extensión, se evidencia lesión tumoral en pulmón derecho e implantes metastáticos en pulmón contralateral, suprarrenal derecha, mesenterio y esqueleto. La biopsia del nódulo pulmonar se informa como adenocarcinoma pulmonar broncogénico con patrón lepídico.
Las acrometástasis en la mano no son comunes y constituyen el 0,1% de todas las metástasis óseas. La principal localización es la falange distal. Los tumores que con mayor frecuencia metastatizan en la mano son los de pulmón, riñón y mama. Pese a la dificultad diagnóstica se puede sospechar ante un dolor continuo, mantenido en reposo y que no mejora con analgésicos. El diagnóstico diferencial de la lesión se debe establecer en primer lugar entre tumor primario y metástasis. Ante la confirmación de una metástasis única, la mejor opción terapéutica parece ser la quirúrgica, realizando una resección completa de la lesión.

CONCLUSIONES:

En el momento del diagnóstico del cáncer de pulmón, las metástasis óseas ya están presentes en el 20-30% de los pacientes. Su detección supone importantes cambios en el tratamiento, al evitar terapias radicales innecesarias y un mayor sufrimiento para el paciente. Por ello, creemos esencial tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica a la hora de evaluar lesiones óseas con las características presentes en este caso.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 133**

TÍTULO: **OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DE CADERA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

AUTORES: **Narganes Lobato, A.I. / Angulo Urbina, J. / Hernández Peniche, J.**

CENTRO: **C.H. Torrecárdenas, Almería**

INTRODUCCIÓN:

La osteoporosis transitoria de cadera (OTC) es una enfermedad poco frecuente y autolimitada que afecta a hombres de mediana edad y a mujeres durante el 3er trimestre del embarazo. Su etiología continúa siendo desconocida, aunque se han postulado diversas hipótesis, entre ellas, una forma de distrofia simpático refleja o la compresión del nervio obturador por el feto. La OTC es una forma localizada que se engloba con frecuencia dentro del Síndrome de edema de la médula ósea (SEMO).

OBJETIVOS:

Se pretende aclarar el diagnóstico y tratamiento de la OTC, así como su diferenciación con la Necrosis avascular (NAV), lesión progresiva y potencialmente irreversible.

MÉTODOS:

Varón de 42a que refiere coxalgia derecha de varias semanas de evolución sin traumatismo previo. El dolor aumenta con la abducción y se observa leve disminución del rango articular. En Rx simple no se observan alteraciones. Se solicita RMN de ambas caderas donde se objetiva zona hipointensa en cabeza y cuello femoral derecho en imágenes ponderadas en T1, e hiperseñal en T2. Se establece el diagnóstico diferencial de NAV vs Osteoporosis transitoria de cadera. Se opta por un tto inicialmente conservador con descarga de la extremidad y AINEs.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Revisamos al paciente a las 8 semanas, refiriendo éste gran mejoría clínica. En RMN de control no se evidencian signos de osteonecrosis ni edema de médula ósea. Se procede al alta a los 6 meses de seguimiento encontrándose el paciente asintomático.
La OT es un cuadro clínico poco frecuente y de curso benigno, cuyo diagnóstico diferencial debe incluir inexorablemente la NAV en el caso de la cadera. La Rx simple resulta de poca utilidad, mientras que la RMN es esencial en el diagnóstico diferencial y seguimiento de esta enfermedad. Los rasgos radiológicos más indicativos son áreas de señal baja en T1, y señal intermedia-alta en T2. Para su diferenciación con la NAV se han descrito algunos signos en RMN: extensión a cuello femoral, áreas subcondrales de baja intensidad y, el denominado signo de la doble línea. Diversos autores han observado una remisión rápida y espontánea con la administración de AINEs, descarga de la extremidad y ejercicios de fortalecimiento.

CONCLUSIONES:

La OTC es un cuadro raro con escasas complicaciones cuya historia natural es la resolución completa sin secuelas, por lo que lo más indicado parece ser un tratamiento sintomático. La RMN es el método de elección para su estudio, pues facilita el control evolutivo y su diagnóstico diferencial.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 134**

TÍTULO: **PSEUDOANEURISMA TROMBOSADO DE ARTERIA SUBCLAVIA TRAS FIJACIÓN CON PLACA Y TORNILLOS DE FRACTURA DE CLAVÍCULA. CASO CLÍNICO.**

AUTORES: **Martínez Pardo, F. / Hurtado Jiménez, N. / Hiniesta Martín, R.**

CENTRO: **Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

La fijación de las fracturas de clavícula se ha vuelto más común para prevenir la consolidación viciosa sintomática y la pseudoartrosis como principales complicaciones del manejo conservador.
Los vasos subclavios y axilares se encuentran muy cerca de los dos tercios proximales de la clavícula, poniéndose en riesgo por los materiales de osteosíntesis protuyentes. Las lesiones de estos vasos son potencialmente peligrosas para la viabilidad de la extremidad o la vida del paciente. A pesar de este riesgo anatómico, la lesión vascular iatrogénica asociada con la fijación de la clavícula es rara.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de pseudoaneurisma trombosado de arteria subclavia izquierda tras fijación de fractura de clavícula con placa más tornillos.

MÉTODOS:

Varón de 36 años que presenta clínica de isquemia arterial aguda de miembro superior izquierdo. Antecedentes personales: Fractura de clavícula tratada mediante osteosíntesis con placa y tornillos hace 5 años, fractura de peroné hace 10 años, No RAMS, fumador 3-5 cigarrillos/día hasta hace 6 meses.
Tras ECO-doppler que mostraba trombosis arterial, se realizó trombectomía transhumeral de urgencias y trombectomía programada selectiva de arterias distales de dicho miembro con resolución de la clínica isquémica. A los 2 meses de evolución, el paciente presenta sensación de masa a nivel supraclavicular y dolor en cintura escapular izquierda. Tras nueva ECO-doppler y AngioTC, se diagnostica de pseudoaneurisma trombosado de arteria subclavia en probable relación con tornillo que sobrepasa cara posterior de la clavícula. Se realiza colocación de Stent recubierto (Be Graft) y retirada de material de osteosíntesis. Fue necesario fibrinólisis por trombosis intraestent a las pocas semanas, recuperando pulso humeral y cubital. Buena evolución a los 2 meses de la fibrinólisis, presentado solo molestias posturales.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se encuentran pocos casos en la literatura de lesión iatrogénica asociada a la fijación de fractura de clavícula, pero todos estás relacionados con prominencia de tornillos, fundamentalmente de los mediales a la fractura. Los autores dan recomendaciones técnicas para minimizar riesgos.

CONCLUSIONES:

Debemos plantearnos el estudio angiográfico y la retirada del material de osteosíntesis en los paciente que presenten prominencia de algún tornillo medial. Debemos ser muy exigentes con la técnica de osteosíntesis y atender a las recomendaciones de los expertos, para evitar complicaciones potencialmente muy graves.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 135**

TÍTULO: **FRACASO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS EN ENCLAVADO ENDOMEDULAR EN FRACTURA DE CADERA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

AUTORES: **Matas Llerena, A. / Ándujar Gutiérrez, E. / Mañas Martínez, F.**

CENTRO: **Hospital Nuestra Sra de Valme (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

La fractura pertrocantérea de fémur es una de las más frecuentes en los ancianos, siendo el enclavado intramedular la opción quirúrgica más utilizada. El fracaso del material de osteosíntesis antes de la consolidación de la fractura es bien conocida, incluyendo la rotura del clavo y de los tornillos de bloqueo.

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de nuestro hospital mostrando nuestra experiencia y resolución del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 80 años con antecedente de fractura pertrocantérea 4 meses atrás con osteosíntesis mediante clavo endomedular corto Intertan. La paciente se mantuvo el primer mes en descarga por indicación de su cirujano responsable, con apoyo progresivo los meses siguientes tras comprobar normoposición del material en la primea revisión mensual. Acude al servicio de urgencias 3 meses después por sensación de crujido con acortamiento del miembro en rotación externa e impotencia funcional, evidenciándose en radiografía fracaso del material de osteosintesis con rotura del clavo. Se ingresa, retiramos el material y se procede a la implantación de prótesis parcial de cadera cementada. La dificultad de la intervención radicó en la extracción del material, especialmente del fragmento distal del clavo, consiguiéndolo con material de extracción difícil mediante una baqueta metálica con gancho distal que ajustamos al orificio de tornillo distal. La paciente presentó buena evolución en el post-operatorio y es seguida en Consultas Externas.

DISCUSIÓN:

Las fracturas pertrocantéreas en el anciano son quirúrgicas, siendo el enclavado endomedular una de las opciones más usadas. La rotura del implante es una complicación poco frecuente (0.5%) que puede ocasionar angulación, acortamiento, retardo de la consolidación y pseudoartrosis asociadas a migración del clavo. El incremento de la edad media en nuestro entorno se traduce en un aumento de la incidencia de estas fracturas y en consecuencia, mayor número de rescates. Las causas de fracaso del material pueden ser debidas a caídas, estrés del material de osteosíntesis, yatrogenia, necrosis avascular, fallo del implante o fractura patológica.Por tanto, aunque se trate de fracturas que operan incluso residentes de primer año, hay que exigir una buena técnica quirúrgica debido a la complejidad de las complicaciones.

CONCLUSIONES:

En cuanto a la cirugía de revisión de fracaso de material de osteosíntesis en la cadera, será importante realizar una planificación preoperatoria y disponer de instrumental suficiente para la extracción del clavo. La elección del nuevo material que implantaremos dependerá de varios factores y cada caso deberá ser individualizado.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 137**

TÍTULO: **INESTABILIDAD EN VALGO DE CODO Y COMPRESIÓN CUBITAL DEBIDO A PSEUDOARTROSIS DE EPICÓDILO MEDIAL: TRATAMIENTO MEDIANTE EXÉRESIS DE EPITROCLEA Y RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO LIGAMENTOSO MEDIAL.**

AUTORES: **Angulo Urbina, J.A. / Soler Vasco, B. / Arrieta Martínez, C.J.**

CENTRO: **C.H. Torrecárdenas, Almería**

INTRODUCCIÓN:

La pseudoartrosis del epicóndilo medial humeral sintomática puede ser incapacitante. El tratamiento más aceptado es la extirpación del remanente óseo; sin embargo, la escisión no es solución para la inestabilidad.

OBJETIVOS:

Describir caso de paciente con pseudoartrosis de epicóndilo humeral medial sintomática y evaluar los resultados funcionales de tratamiento quirúrgico opcional.

MÉTODOS:

Varón 27 años con lesión mencionada sintomática (compresión cubital e inestabilidad en valgo). Abordaje medial, liberación del nervio cubital; debido a la retracción generada por la musculatura flexo-pronadora que imposibilita su síntesis, se decide exéresis; con injerto autólogo de tendón palmar mayor, se reconstruye ligamento colateral cubital con túneles intraóseos y configuración en 8, tensión con codo en supinación completa y flexión de 45°. Reinserción de musculatura flexopronadora con sutura Krackow y arpón. Se comprueba estabilidad y se inmoviliza con férula braquiopalmar.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Al 6to día postquirúrgico se permite flexión de 30°-90° con férula articulada. En la 3ra-5ta semana 15°-105°; A la 6ta semana retirada de férula y continúa con programa de fortalecimiento del miembro superior en rehabilitación. Se evalúa al 7mo mes y en vista de no inestabilidad y asintomático se indica alta. El tratamiento de la pseudoartrosis de epicóndilo medial humeral sintomática no está establecido, la cirugía es difícil por lo pequeño del fragmento y a la gran fuerza tensional y torsional de la musculatura flexora-pronadora. Hay descritas varias opciones de tratamiento. Gilchrist y McKee en una serie de 5 adultos, tuvieron excelentes resultados tras la escisión del fragmento de epitróclea; En contraste, Farsetti concluye que el fragmento no debe ser extirpado debido a los pobres resultados funcionales. Smith en una serie de 8 niños usaron fijación con tornillo canulado de la epitróclea por su fácil aplicación y compresión en la pseudoartrosis; además, explica que injerto óseo no siempre es necesario, solo es considerado en caso de gran pérdida ósea o inadecuado contacto cortical. Shukla y Cohen describen excelentes resultados con sistema de banda de tensión. Nuestro paciente supone un reto por varios motivos: ①Pseudoartrosis ②Desplazamiento por acortamiento de la masa muscular flexora-pronadora (por fractura de epitróclea a los 14 años tratada conservadora), ③Inestabilidad en valgo y ④Compresión cubital.

CONCLUSIONES:

Debido a los resultados satisfactorios, consideramos una opción de tratamiento válida para esta lesión. Sin embargo, necesitamos más casos para un estudio más completo.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 138**

TÍTULO: **FRACTURA-LUXACIÓN INVETERADA C6-C7.**

AUTORES: **Díaz Martín, P. / Vela Panés, T. / Andrés García, J.A.**

CENTRO: **Hospital Puerta del Mar**

INTRODUCCIÓN:

Las luxaciones completas biarticulares traumáticas de la columna cervical se producen como resultado de fuerzas de flexión y distracción con o sin fuerzas de rotación asociadas, siendo frecuente la afectación ligamentaria y graves lesiones neurológicas. Su tratamiento ideal, si las condiciones del paciente lo permiten es una reducción precoz con una posterior estabilización mediante osteosíntesis vía anterior, posterior o combinada.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de fractura-luxación inveterada irreductible C6-C7 traumática.

MÉTODOS:

Paciente de 69 años sin antecedentes médicos relevantes, que presenta tras accidnte de tráfico politraumatismo grave, TCE y fractura-luxación completa biarticular C6-C7 asociado a fractura de cuerpo vertebral D1 sin presencia de déficit neurológico. Se le coloca compás de tracción en quirófano bajo control radioscópico, consiguiéndose una reducción de la luxación cervical. El paciente ingresa en planta para cirugía programada, presentando durante su ingreso un cuadro de agitación, llegándose a soltar la tracción, reluxándose nuevamente la columna cervical. Durante el ingreso el paciente presenta un empeoramiento de su estado general llegándose a suspender la intervención hasta en dos ocasiones por problemas anestésicos.
La cirugía definitiva no se pudo realizar hasta un mes pasado el accidente. Se realiza intento de reducción cerrada en quirófano no siendo posible, por lo que se coloca una placa de osteosíntesis C6-D1 por vía antero-lateral más injerto de cresta ilíaca. Tras cuatro meses de la intervención, se realizó TC de control, apreciándose una osteosíntesis insuficiente con desplazamiento secundario del material de osteosíntesis.
Se decide realizar un segundo tiempo quirúrgico vía posterior para reforzar la estabilidad de la lesión mediante osteosíntesis C4-D3.

RESULTADO:

Tras 6 meses de la última cirugía el paciente presenta una evolución favorable, sin presencia de déficits neurológicos. Actualmente se encuentra en tratamiento rehabilitador.

DISCUSIÓN:

Ante este caso recurrimos a la bibliografía para intentar resolver las principales controversias generadas con respecto al tratamiento quirúrgico de este paciente. En caso de luxaciones inveteradas ¿Puede intentarse la reducción cerrada o debe realizarse abierta directamente?.¿Cual es el mejor abordaje para la fijación de la luxación cervical? Sobre los intentos de reducción cerrada existe poca bibliografía al respecto, pero la existente informa como que es una maniobra relativamente segura con una incidencia de afectación neurológica en torno al 1%.
En cuanto al abordaje nosotros apoyamos la vía anterior única con osteosíntesis en todos aquellos casos en que consigamos la reducción de urgencias.

CONCLUSIONES:

En determinados caso como el que presentamos, la cirugía por vía anterior pueder ser insuficiente por lo que la estabilidad completa se consigue con una osteosíntesis combinada anterior y posterior.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 139**

TÍTULO: **CIERRE CUTÁNEO PROGRESIVO MEDIANTE "VESSEL LOOP" EN FRACTURA ABIERTA PERIPROTÉSICA DE TIBIA.**

AUTORES: **González Quevedo, D. / Tello Arenas, E. / Villanueva López, F.**

CENTRO: **Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir - Hospital de Montilla**

INTRODUCCIÓN:

La presencia de una fractura abierta implica una herida compleja que muchas veces se acompaña de complicaciones como la exposición de material de osteosíntesis (con el consecuente riesgo de infección del mismo), la posibilidad de un síndrome compartimental secundario o la necesidad de utilizar técnicas avanzadas de cobertura cutánea ante la imposibilidad del cierre definitivo de la herida. Estas técnicas pueden incluir la curación por segunda intención, el uso de injertos libres o colgajos cutáneos, la terapia por presión negativa o las técnicas de aposición mecánica progresiva.

MÉTODOS:

Una mujer de 69 años acude al servicio de urgencias de nuestro centro con una fractura abierta de tibia tras sufrir una caída de su propia altura. La inspección muestra una herida de unos 12 centímetros con exposición ósea en la región anterior de su pierna izquierda revelando las pruebas complementarias una fractura diafisaria de tibia distal al vástago de una prótesis de revisión de rodilla. La paciente es intervenida de forma urgente para el lavado y limpieza de la herida, el cierre primario de la misma y la estabilización provisional de la fractura. Tras 10 días de terapia antibiótica intravenosa empírica se realiza la cirugía de osteosíntesis definitiva: reducción abierta de la fractura y estabilización con placa periprotésica con uso de cerclajes de polímero a través de la misma. Sin embargo, la complejidad del abordaje (incisión transversal a la herida inicial) y el edema muscular impide el cierre directo de la herida. Se opta por el uso de un doble sistema de "vessel-loop" dispuestos a modo de "cordón de zapato" ("shoelace technique") mediante agrafes dispuestos de forma longitudinal en el borde cutáneo de las heridas para el cierre gradual de las mismas, evitando de esta manera un síndrome compartimental secundario o la retracción de los bordes. La paciente permanece ingresada hasta completar su terapia intravenosa empírica y cada 48 horas se realiza el retensado y aproximación del sistema tanto en la sala de hospitalización como en la consulta externa. A los dos meses del traumatismo la paciente logra el apoyo con carga del miembro afecto y el cierre completo de la herida con una cicatriz resultante no dolorosa y sin signos de infección de la misma.

DISCUSIÓN:

El cierre por segunda intención no suele ser un sistema factible porque la retracción secundaria de los bordes de la herida obliga a utilizar injertos de piel con las complicaciones en el sitio donante y dando como resultado un área con afectación sensitiva y estéticamente no satisfactoria.
El uso de este sistema fue descrito en el comienzo de la década de los 90 en los trabajos de Cohn y Harris para el cierre de fasciotomías en un segundo tiempo, aunque la mayoría de los cirujanos desconocen o nunca han visto este sistema. Aunque nunca se ha descrito el uso de un doble sistema en una fractura periprotésica abierta, fue a finales de dicha década cuando se comenzó a describir el uso de esta técnica en fracturas abiertas o heridas contaminadas recomendándose siempre tras un adecuado desbridamiento e irrigación de la herida.
El proceso es muy sencillo: se anudan dos vessel loop por uno de sus extremos que es fijado con un agrafe en el borde proximal de la herida. Cada vessel loop se dispone cruzando de medial a lateral la herida con un ángulo aproximado de 60º y es fijado mediante agrafes a 1-2 cm del borde de la herida creando la disposición de un cordón de zapato y fijado distalmente de nuevo en el eje de la herida con agrafes y anudado con la tensión que el cirujano desee. Esta disposición permite reducir la tensión en los márgenes de la herida evitando la retracción de los mismos y permitiendo que se adapte al edema del tejido subcutáneo gracias a la elasticidad del sistema. Se recomienda el uso de apósito no adherente con solución antiséptica para prevenir el exudado de la herida. Posteriormente, se realiza el retensado del sistema con el cierre progresivo de la herida (con o sin uso de anestesia local).

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 139**

TÍTULO: **CIERRE CUTÁNEO PROGRESIVO MEDIANTE "VESSEL LOOP" EN FRACTURA ABIERTA PERIPROTÉSICA DE TIBIA.**

AUTORES: **González Quevedo, D. / Tello Arenas, E. / Villanueva López, F.**

CENTRO: **Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir – Hospital de Montilla**

Se han descrito algunas variantes de este sistema, como la sustitución del vessel loop por un catéter de Foley. Sin embargo, el sistema original es el único que asegura una tensión continua en el eje de la herida sin una excesiva presión.

Actualmente, el uso de la terapia por presión negativa se está extendiendo gracias a la rápida reducción del edema, del exudado de la herida y a la aceleración del proceso de desarrollo de tejido de granulación. Sin embargo, se trata de una terapia de mayor coste, no disponible en todos los centros y que no excluye del uso de injertos o colgajos para completar el proceso de curación de la herida.

CONCLUSIONES:

Como conclusión, la técnica del cierre cutáneo progresivo permite un sistema de tracción continua gracias a la elasticidad del vessel loop, tratándose de un método económico y técnicamente sencillo, reproducible en lugares con pocos medios y que reduce la necesidad de cuidados de enfermería, la estancia hospitalaria y el uso de técnicas complejas de cobertura cutánea.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 140**

TÍTULO: **ENCLAVADO INTRAMEDULAR TRAS FRACTURA DE FÉMUR EN HUESO OSTEOMIELÍTICO.**

AUTORES: **González Quevedo, D. / Delgado Ramírez, J.A. / Montenegro Morán**

CENTRO: **Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir – Hospital de Montilla**

INTRODUCCIÓN:

La poliomielitis es causada por un virus neurotrópico que afecta las células del asta anterior de la médula espinal provocando una parálisis flácida asimétrica y una atrofia muscular. Aunque esta enfermedad ha sido erradicada de los países desarrollados y en la mayoría de países en vías de desarrollo, se calcula que viven en el mundo entre 10 y 20 millones de personas con las consecuencias de esta patología. El manejo de las fracturas de miembros inferiores en estos pacientes es complejo debido a las altas tasas de fracaso del implante y de reintervención y a la dificultad de conseguir su nivel de autonomía previo a la lesión.

CASO CLÍNICO:

Una mujer de 77 años, diagnosticada de polio, acude al servicio de urgencias de nuestro centro con dolor en miembro inferior izquierdo tras sufrir una caída casual de su propia altura en su domicilio. La inspección revela dolor en el muslo izquierdo con un miembro con las deformidades típicas de dicha enfermedad. Las pruebas complementarias revelan una fractura diafisaria distal de fémur con un tercer fragmento en ala de mariposa (AO 32-B3). La paciente es ingresada con tracción blanda hasta el día de la cirugía.
Se lleva a cabo la planificación prequirúrgica y a los 5 días es intervenida, llevándose a cabo una reducción cerrada de la fractura en la mesa de tracción y estabilización mediante un clavo femoral anterógrado fresado y bloqueado. La paciente permanece ingresada durante 48 horas hasta lograr la sedestación y el control del dolor. Desde el primer momento, se autoriza los ejercicios de movilidad pasivos por parte de los fisioterapeutas y durante el seguimiento en consulta y la ayuda del servicio de Rehabilitación, la enferma logra el apoyo parcial con ayuda de andador a los dos meses de la cirugía, logrando su recuperación completa a los 4 meses del traumatismo.

DISCUSIÓN:

La fijación de una fractura en un paciente poliomielítico es un trabajo desafiante debido a que los huesos del miembro afectado son hipoplásicos, osteoporóticos, deformados, junto a una musculatura paralizada y menos vascularizada. Por tanto, el uso de clavos de tamaño estándar puede ser complejo a consecuencia de un canal medular estrecho sumado a unas deformidades óseas y contracturas articulares que nos impidan localizar un punto de entrada óptimo, por lo que a menudo se opta por la reducción abierta de la fractura y la síntesis con placa bloqueada, perdiendo las ventajas biomecánicas del enclavado intramedular. Los huesos largos de pacientes con polio pueden ser vistos como similares a los huesos pediátricos. Esto hace que se pueda plantear el uso de clavos elásticos como el sistema TENS en huesos poliomielíticos. Sin embargo, la imposibilidad de lograr una estabilidad rotacional obliga al uso de una ortesis externa en el postoperatorio. La posición del paciente en la mesa de tracción también es difícil debido a la presencia de deformidades y contracturas articulares que puede obligarnos a no poder utilizar este método de reducción. Sin embargo, la deformidad en el foco de fractura suele ser mínima debido a la espasticidad muscular y podemos lograr la reducción de la misma con tracción manual. En cuanto a la curación de la fractura, el callo se forma de manera normal y en el tiempo esperado y sin predisposición a un elevador riesgo de exceso de formación de callo u osificación heterotópica.

CONCLUSIONES:

Como conclusión, el uso de clavos bloqueados en las fracturas de fémur en el paciente poliomielítico presentan un reto para el cirujano ortopédico debido a un hueso pequeño, deformado, osteoporótico e hipovascularizado. Sin embargo, una correcta planificación preoperatoria y una técnica quirúrgica adecuada permiten el uso de los mismos y una rehabilitación precoz en estos enfermos.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 143**

TÍTULO: **FRACTURAS OCULTAS: DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE 7 CASOS.**

AUTORES: **Barón Barrera, C. / Miguel López Morales, M.**

CENTRO: **Hospital General Básico Santa Ana**

INTRODUCCIÓN:

Existe un número prevalente de fracturas que no presentan un fácil diagnóstico mediante radiología simple y requieren otras pruebas radiológicas además de una anamnesis exhaustiva.

OBJETIVOS:

Analizaremos 7 casos clínicos de fracturas ocultas en los que fueron necesarias pruebas radiológicas avanzadas además de una alta sospecha clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de 7 casos en los que el diagnóstico inicial de fractura no fue posible mediante radiología simple. Se estudiarán 3 casos de fractura extracapsulares de fémur, 2 intracapsulares, 1 caso de fractura de meseta tibial y 1 caso de fractura de calcáneo.
Nos centraremos en el diagnóstico y las consecuencias del retraso en el mismo y se analizará a fondo cada caso clínico dándole especial importancia a la sospecha clínica y al mecanismo de producción.
Conoceremos las pruebas “gold standard” para el diagnóstico de fracturas ocultas.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Existe una prevalencia relativamente baja de fracturas cuyo mecanismo de producción provocan un retraso en su diagnóstico debido a la escasa sospecha clínica.
Entre los casos estudiados hay múltiples pruebas radiológicas simples sin alteraciones, por lo que en todos ellos fue necesaria una prueba radiológica avanzada para la objetivación de la lesión ósea.

CONCLUSIONES:

Debemos dar importancia a la anamnesis y exploración clínica, debiendo prevalecer éstas por encima de la prueba radiológica. Existe un gran número de fracturas cuyo mecanismo lesional nos dificultará la sospecha clínica, por lo que hay que tener en cuenta mecanismos alternativos al traumatismo tales como las fracturas de estrés. Se establece la Resonancia Magnética Nuclear como “gold standard” para el diagnóstico de fracturas ocultas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 144**

TÍTULO: **OSTEOPOIQUILIA, "HUESOS CON MANCHAS".**

AUTORES: **Barranco Fernández, M.B. / Zarzuela Jiménez, C. / Rodríguez Murillo, Y. / Ochoa-Hortal Rull, M.A.**

CENTRO: **Hospital General Básico de Baza**

MÉTODOS:

Se presenta el caso de una mujer de 39 atendida en el Servicio de Urgencias por presentar un síndrome miccional y dolor lumbar de días de evolución sin mejoría a pesar del tratamiento con antibiótico y analgésicos.
Antecedentes: salpinguectomía bilateral y mastopatía fibroquística. En el contexto del estudio de urgencias se le realiza una radiografía de abdomen en la que se objetivan múltiples lesiones escleróticas en pelvis y parte proximal de fémures. La osteopoiquilia forma parte de las displasias óseas esclerosantes, también conocida como osteopatía condensante diseminada. Es una patología benigna, asintomática, hereditatira y poco frecuente, que no requiere tratamiento alguno. El diagnóstico se hace de forma accidental, al encontrar en una radiografía focos osteodensos periarticulares de morfología redondeada y tamaño entre 2 y 5 milímetros, distribuidos en las epífisis de los huesos largos, iliacos, sacro, carpo y del tarso, falanges de dedos y pies. El TAC y la RMN muestran áreas de osteocondensación sin afectación de partes blandas y con características de benignidad. La gammagrafía con tecnecio 99 no muestra focos de hipercaptación, a diferencia de la enfermedad metastásica.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El diagnóstico diferencial debe establecerse con: metástasis osteoblásticas, otras esclerosis generalizadas (melorrestosis y osteopatía estriada), focos de osteomielitis crónica, mastocitosis, cementomas esclerosantes, osteítis esclerosante del ilíaco y leontiasis.

CONCLUSIONES:

La osteopoiquilia es una alteración benigna y asintomática que no precisa tratamiento. Es necesario conocerla para considerarla dentro del diagnóstico diferencial de imágenes osteodensas múltiples, por la posibilidad de confundirla con otras lesiones llevando al paciente a estudios e intervenciones innecesarias.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 145**

TÍTULO: **OSTEOTOMÍA DE SUSTRACCIÓN PEDICULAR, INDICACIÓN EN PACIENTE CON CIFO-ESCOLIOSIS DEGENERATIVA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA.**

AUTORES: **Rabadán Márquez, G. / Fenero Delgado, B.T. / Hierro Cañas, F.J. / Fernández Marín, M.R. / Rincón Cardoso, S.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocio**

INTRODUCCIÓN:

La escoliosis degenerativa es resultado de la degeneración progresiva de los elementos de una columna previamente recta. Produce un aplanamiento de la lordosis lumbar, así como un balance positivo (antepulsión del cuerpo) debido a la rigidez de la columna compensada con estructuras extraespinales para mantener el balance. Se observa como deformidad rotacional tridimensional que afecta a la columna en los planos sagital, coronal y axial. En esta situación se requiere mayor esfuerzo por parte la musculatura accesoria para mantener la postura erguida, para ello es necesario un excesivo gasto de energía que lleva a la fatiga y el dolor.El dolor intenso, la aparición de síntomas neurológicos o la progresión de la curva son las indicaciones más frecuentes de cirugía. Las osteotomías vertebrales están indicadas en grandes desequilibrios.

OBJETIVOS:

Aproximación al estudio de un caso de cifoescoliosis degenerativa del adulto, diagnóstico, seguimientos e indicación quirúrgica de la osteotomía de sustracción pedicular.

MÉTODOS:

Caso clínico de una paciente de 59 años en tratamiento psiquiátrico por esquizofrenia paranoide que presenta cifoescoliosis degenerativa del adulto progresiva a pesar de tratamiento con corsé de sostén. En las radiografías se observa escoliosis lumbar izquierda degenerativa con compensación dorsal derecha e hipercifosis dorsal. Tras casi un año sin acudir a revisión presenta una progresión del desequilibrio que le impide la deambulación, presentando en las radiografías aumento de la cifosis dorsal y perdida de la lordosis lumbar con un balance sagital vertical positivo que pasa de 14 a 27 cm y un ángulo de Cobb de 37 a 60º. Se le propone intervención quirúrgica realizándose por vía posterior osteotomía de sustracción pedicular en L4, artrodesis de T4 a iliacos y colocación de caja intersomática L5-S1. Uso de aloinjerto y matriz. En el postoperatorio inmediato requirió 4 días de ingreso en UCI por gran inestabilidad hemodinámica y shock hemorrágico que requirió politransfusión y soporte de las cifras tensionales con noradrenalina. Al séptimo día de la intervención fue dada de alta sin más incidencias.

RESULTADOS:

Tras la intervención quirúrgica se consiguió una corrección de las curvas en el plano coronal con un balance coronal neutro. La corrección del ángulo de cifosis segmentario en el lugar de la osteotomía, tomando como referencia el platillo superior de la vértebra por encima de la osteotomía y el platillo inferior de la vértebra inferior a ella, fue de 29º y el eje sagital vertical positivo pasó de 27 a 9cm. La paciente consiguió una deambulación erguida, con ayuda de un bastón y un control del dolor sin necesidad de analgésicos.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 145**

TÍTULO: **OSTEOTOMÍA DE SUSTRACCIÓN PEDICULAR, INDICACIÓN EN PACIENTE CON CIFO-ESCOLIOSIS DEGENERATIVA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA.**

AUTORES: **Rabadán Márquez, G. / Fenero Delgado, B.T. / Hierro Cañas, F.J. / Fernández Marín, M.R. / Rincón Cardoso, S.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocio**

DISCUSIÓN:

En la cifoescoliosis degenerativa del adulto las cargas asimétricas y la degeneración llevan a un círculo vicioso al que se añaden desordenes metabólicos como la osteoporosis, especialmente en mujeres postmenopáusicas, ocasionando colapsos vertebrales y progresión de la curva que condicionan la indicación quirúrgica. La columna del adulto es más rígida que la infantil, con lo que la corrección de las curvas suele conllevar actuaciones quirúrgicas más agresivas, entre las que se encuentran las osteotomías. Las osteotomías vertebrales además de corregir el balance de la columna vertebral disminuyen las cargas en la interfase hueso metal. Están indicadas en pacientes que presentan deformidades sagitales fijas, acompañadas o no de desequilibrios coronales. La osteotomía de sustracción pedicular incluye resección de elementos posteriores, pedículos y la porción posterior del cuerpo vertebral en cuña, después se fractura el cuerpo anterior y se cierra la osteotomía, pudiéndose corregir hasta 30º por nivel. Se suelen llevar a cabo en L3 o L4 ya que estas vertebras son el vértice de la lordosis lumbar normal y por ser zona segura al ser la parte caudal del cono medular. Esta cirugía no está exenta de riesgos, implica gran movilización de la duramadre y una perdida sanguínea importante, debe ser realizada por cirujanos experimentados.

CONCLUSIONES:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam vitae interdum justo. Cras venenatis sem sit amet urna finibus, sit amet pretium tortor lacinia. Sed malesuada, diam sed porta posuere, libero odio lacinia sem, a maximus lectus lorem mollis dui. Sed vitae ex ut leo maximus ornare ut et massa. Vivamus sed nisl sit amet arcu rutrum scelerisque. Pellentesque pretium odio ligula, ut facilisis lacus tincidunt sed. In hac habitasse platea dictumst.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 146**

TÍTULO: **FRACTURA-LUXACIÓN TRANSOLECRANIANA DE CODO EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Álvarez Guerrero, A. / Torres Álvarez, N. / Cortés Requena, M.J. / Villalón Ogáyar, J.**

CENTRO: **Hospital San Agustín. Linares. Jaén**

INTRODUCCIÓN:

La fractura-luxación transolecraniana de codo es una lesión muy rara en la etapa infantil. Se presenta un caso tratado en nuestro hospital.

OBJETIVOS:

Exponer claves diagnóstico terapéuticas del cuadro.

MÉTODOS:

Niña de 7 años de edad, sin antecedentes de interés, traída a Urgencias tras sufrir un traumatismo con el codo izquierdo en flexión. Presentaba desaparición del relieve natural del olécranon así como dolor a la menor movilización pasiva del codo e impotencia funcional, sin alteraciones neurovasculares. Se realizaron radiografías AP y lateral, llegándose al diagnóstico de fractura-luxación transolecraniana de codo. En quirófano, bajo anestesia general, se practicó reducción cerrada mediante tracción y presión firme sobre el antebrazo. A continuación se realizó o.s. de olécranon mediante dos agujas de Kirschner de forma percutánea. Tras ello, se colocó férula braquial en flexión. La paciente fue dada de alta tras 24 h y se planteó seguimiento estrecho en Consulta. A los 10 días se retiró férula y se derivó a Rehabilitación, donde realizó cinesiterapia durante 2 meses y medio. Las agujas fueron extraídas a las 5 semanas. Tras seguimiento de tres meses, se comprobó recurvatum de -5º, déficit de 10-12º de extensión con óptima flexión del codo y pronosupinación dentro de la normalidad, sin inestabilidad ni algias residuales.

DISCUSIÓN:

El enfoque se basa en descartar lesiones asociadas, reducir la luxación lo antes posible y sintetizar el olécranon. Al contrario que en adultos, no solemos hallar conminución metafisaria ni fractura coronoidea añadida. La mayoría de autores se inclina por emplear banda a tensión- o incluso, agujas de Kirschner o sutura reabsorbible en niños menores de 10 años con fractura transversa simple no desplazada sin otras lesiones-. En caso de trazo oblicuo, la fijación con placa y tornillos se considera más indicada. La complicación más común es la pérdida de movilidad a corto plazo. No obstante, la recuperación completa en torno a los 6 meses es la norma. Se recomienda una rehabilitación precoz y activa.

CONCLUSIONES:

: Los casos diagnosticados como tal en la literatura científica apenas superan la decena. No obstante, la errónea identificación de algunos otros casos como lesión de Monteggia o equivalente puede haber contribuido a ello

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 147**

TÍTULO: **TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE LA VAINA TENDINOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Bautista Enrique, D. / Santos Maraver, M.T. / Sánchez Siles, J.M. / Ramos Santos, J. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

El tumor de células gigantes es una rara entidad que envuelve generalmente a la sinovial articular, la bursa y la vaina tendinosa. Existen formas localizadas y difusas, siendo la localización más frecuente de las primeras en los dedos de la mano y la muñeca. Suelen cursar como una masa indolora que provoca tensión en la piel, si bien las formas intraarticulares pueden dar lugar a derrame articular y bloqueos. El intervalo de tiempo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico varía entre 10 meses a 3 años. La técnica de imagen de elección es la resonancia magnética, y el tratamiento de elección es la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso de una mujer de 39 años, sin antecedentes de interés que acude a consulta por la presencia de una masa indolora en la cara volar del primer dedo de la mano derecha que ha ido aumentando de tamaño en el período de los 6 meses previos.
A la exploración se evidencia la presencia de una masa de consistencia blanda que provoca cierta tensión en la piel y que compromete discretamente la flexión de la articulación metacapofalángica e interfalángica del primer dedo. Se le solicita una radiografía que muestra erosión en cara interna de la diáfisis de la falange proximal del primer dedo. Se solicita resonancia magnética que muestra masa bien delimitada dependiente de vaina del tendón flexor del primer dedo, compatible con tumor de células gigantes.

RESULTADOS:

La paciente es incluida en lista de espera quirúrgica, y es intervenida a los 4 meses de la consulta, realizándose exéresis completa del tumor. Se envía pieza quirúrgica para estudio histológico que confirma el diagnóstico de tumor de células gigantes.Se da de alta al día siguiente y se revisa en consulta un mes después de la intervención, presentando la paciente flexión a 90º de articulación interfalángica y flexión a 45º de articulación metacarpofalángica del primer dedo. Refiere poder hacer las actividades manuales sin restricciones. Se vuelve a revisar a los 3 meses en consulta presentando la misma exploración, sin evidencia de datos sugerentes de recurrencia, por lo que se da de alta.

CONCLUSIONES:

El tumor de células gigantes es una entidad benigna que cursa como masa asintomática de lento crecimiento en diferentes localizaciones. La prueba de elección es la RMN, aunque suele requerirse la confirmación histológica. El tratamiento no es urgente, y consiste fundamentalmente en la cirugía, presentándose muy bajas tasas de recurrencia en formas localizadas. La radioterapia se reserva para casos irresecables por la localización del tumor.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 148**

TÍTULO: **ESGUINCE RECIDIVANTE DE TOBILLO EN GESTANTE.**

AUTORES: **Domínguez Luque, M. / Pulido Muñoz, L. / Liria Ibáñez, A.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En la actualidad consulta por comenzar de nuevo con clínica de esguinces recidivantes, encontrándose en el 3º trimestre de gestación.
La actitud terapeútica que se decidió en este caso fue el tratamiento ortopédico de la lesión, pues se determinó que la nueva aparación de esta clínica era secundario al ambiente hormonal que sufría la paciente como consecuencia de la finalización de la gestación, y el aumento de moléculas relacionadas, como la relaxina. Tras finalizar la gestación, la paciente presentó remisión del cuadro.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 149**

TÍTULO: **MANEJO DE ROTURA DE CLAVO ENDOMEDULAR POR PSEUDOARTROSIS EN FRACTURA SUBTROCANTÉRICA DE FÉMUR.**

AUTORES: **Durán Garrido, F.J. / Fernández De Rota Conde, A.J. / Prado De Lucía, L.F.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

El enclavado endomedular se desarrolló como alternativa a los sistemas de tornillo-placa para el tratamiento de las fracturas de fémur proximal. Su estabilidad permite una carga precoz, así como una buena estabilidad funcional, lo que permite la rápida rehabilitación de los pacientes afectos, que en su mayoría suelen ser ancianos. Tiene una baja tasa de complicaciones, siendo una de estas raras complicaciones la rotura del implante, con una incidencia que oscila del 0,03%-5%. Estas roturas ocurren en la mayoría de los casos en los orificios para el tornillo-placa cefálico y los tornillos distales, por ser estas las zonas de mayor debilidad del implante.

OBJETIVOS:

El objetivo principal de nuestro trabajo es presentar un caso de rotura de un clavo endomedular secundaria a una pseudoartrosis del foco de fractura a los 9 meses de la primera intervención, en una paciente que había sufrido una fractura subtrocantérica.

MÉTODOS:

Las principales causas de pseudoartrosis en las fracturas de cadera son una mala técnica quirúrgica, un patrón de fractura inestable y una mala calidad ósea. En nuestro caso al partir de un patrón de fractura inestable se optó por además de la nueva osteosíntesis con cerclajes, añadir una placa para estabilizar mediante dos tornillos que impidieran la rotación en el foco de fractura.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Ante pacientes jóvenes, debido a la mejor calidad ósea y a la mayor esperanza de vida y el desgaste esperable de la artroplastia, se tiende a realizar una osteosíntesis, junto a injerto óseo en caso de ser necesario.

CONCLUSIONES:

En pacientes ancianos se suele realizar una artroplastia debido a la menor reserva ósea y a que por lo general permite la movilización del paciente de forma más precoz. Si se opta por artroplastia, se deberá valorar individualmente en cada paciente, si esta ha de ser total o parcial, teniendo en cuenta tanto sus propias características, como el posible daño que haya podido realizar el material de osteosíntesis previo en caso de haberse movilizado. Uno de los principales problemas de esta cirugía de revisión puede ser que al colocar vástagos de gran tamaño sobre hueso con múltiples orificios de tornillos bicorticales pueda producirse una fractura intraoperatoria, por lo que hay que ser cuidadosos y realizar múltiples radiografías intraoperatorios.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 150**

TÍTULO: **ARTRODESIS DE CODO: TRATAMIENTO DEFINITIVO EN FRACTURA-LUXACIÓN.**

AUTORES: **Domínguez Luque, M. / Rodríguez Ferri, A. / Obrero Gaitán, D.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

MATERIALES Y MÉTODOS:

Paciente mujer de 87 años que sufre fractura luxación abierta de codo izquierdo, a consecuencia de caída accidental. El trazo fractuario asienta a nivel supra-intercondíleo. Como tratamiento inicial se aplica protocolo antibiterápico para fracturas abiertas y fijación externa de la fractura. En el control radiológico se aprecia fractura secundaria periimplante en diáfisis radial ipsilateral.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Como tratamiento definitivo de las lesiones descritas se opta por artrodesis con placa de la articulación de codo a 90º, consiguiendo un resultado funcional satisfactorio, con total independencia para el desarrollo de las ABVD.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 151**

TÍTULO: **INCREMENTO DEL RIESGO DE FRACTURAS EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

AUTORES: **Matas Llerena, A. / Olcina Meseguer, M. / González Herranz, J.**

CENTRO: **Hospital Nra Sra de Valme (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

La consolidación de una fractura es un proceso largo y complejo que, a diferencia de lo que ocurre en los otros tejidos, no lleva a la cura por cicatrización sino a una verdadera regeneración del hueso. Esta regeneración es modulada por numerosos factores de crecimiento celulares, pudiendo ser retardado o inhibido por enfermedades como la diabetes o inmunosupresión, así como por malos hábitos como el alcohol, el tabaco y las drogas.

OBJETIVOS:

Compartir nuestra experiencia mostrando un caso de nuestro hospital en una paciente drogodependiente con numerosos factores de riesgo que presenta numerosas fracturas y donde se plantean cuestiones sobre sobre indicación quirúrgica vs tratamiento ortopédico.

MÉTODOS:

Se presenta un caso de una paciente mujer de 45 años fumadora de 40cig/dia, bebedora de alcohol, consumidora de heroína y cocaína inhalada en tratamiento con metadona. VHC con encefalopatía hepatotóxica. Parkinsonismo secundario a haloperidol. En septiembre de 2013 presenta fractura de rama inferior y superior de pubis izquierdo donde se decide tratamiento conservador con reposo, tratamiento analgésico y profilaxis tromboembólica. En su seguimiento en consulta se aprecia desplazamiento secundario por mal cumplimiento de la paciente y se realiza TC con imágenes de pseudoartrosis en pelvis. Se envía a rehabilitación. Acude a Urgencias dos años después por dolor e impotencia funcional en cadera derecha sin especificar antecedente traumático. En radiografías no se objetiva lesión ósea aguda. Acude unos meses después a Consulta por persistencia de coxalgia derecha, con deterioro de la calidad de vida y caidas frecuentes. Se realiza radiografía donde se evidencia necrosis avascular de la cabeza femoral derecha.
Se decide tratamiento quirúrgico con implantación de prótesis total de cadera derecha. Se prescribe tratamiento para osteoporosis sin constancia de correcto seguimiento por parte de la paciente. Seis meses después reaparece la paciente en Urgencias por dolor en rodilla derecha sin saber especificar nuevamente antecedente traumático. Se realiza radiografía y TC y se diagnostica de fractura-hundimiento de meseta tibial derecha Schatzker III. Se vuelve a optar por tratamiento ortopédico con férula inguinopédica, reposo, analgesia y profilaxis tromboembólica. Dos meses depués vuelve por dolor e impotencia funcional en hombro derecho tras caída y presenta fractura diafisaria de tercio proximal de húmero, en el que se optó por tratamiento quirúrgico con reducción y enclavado endomedular.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La correcta indicación quirúrgica de una fractura no depende únicamente de criterios radiológicos, sino que hay que individualizar cada caso atendiendo a las condiciones del paciente. El éxito de una cirugía no reside en los resultados inmediatos post-operatorios sino en un correcto manejo domiciliario futuro. La falta de adherencia al tratamiento propuesto, así como de precarios cuidados fuera del hospital, en un contexto social complejo lleva a una desfavorable evolución y mal pronóstico. Pacientes jóvenes con pluripatología debida a consumo de sustancias drogo-dependientes no son buenos candidatos a tratamiento quirúrgico. Los problemas vasculares y las infecciones que se incrementan por factores como el tabaco, el alcohol y el consumo de cocaína son causas importantes para que una fractura no consolide. En caso de implantación de material e infección del mismo, implica posteriores cirugías de revisión con el lastre socio-económico que conlleva. Ante estos casos hay que realizar un planteamiento quirúrgico vs ortopédico más allá de criterios clínico-radiológicos y estudiar antecedentes del paciente y entorno social que ayudarán a la elección más adecuada.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 152**

TÍTULO: **DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA AXONOTMESIS POST-TRAUMÁTICA DEL NERVIO CIÁTICO COMÚN.**

AUTORES: **Liria Ibañez, A. / Cañada Oya, H. / Zarzuela Jiménez, C.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén / Hospital General Básico de Baza**

La neuropatía ciática focal es la segunda mononeuropatía más común en la pierna, después de la neuropatía peronea. Una de las presentaciones más comunes es la caída del pie. Debido a que la debilidad de la dorsiflexión del tobillo, con o sin limitación sensorial de las extremidades inferiores, también puede estar asociada con otros síndromes clínicos, por lo que una evaluación cuidadosa y una buena anamnesis es necesaria antes de confirmar un diagnóstico de neuropatía ciática, debe distinguirse de otras causas de caída del pie, incluyendo neuropatía fibular común, plexopatía lumbosacra y la radiculopatía L5.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 61 años, que ingresa en medicina interna con diagnostico de presincope con debilidad en MID tras caída accidental en domicilio. A las 48, paciente presenta pie en equino con paralisis para dorsiflexion del primer dedo del pie derecho, con parestesias en cara lateral del mismo y dolor intenso en cara posterolateral de muslo derecho. Estudiada por el servicio de neurología, diagnosticándola de Trastorno Psicógeno por lo que pautan tratamiento para el mismo.
Tras 2semanas de no mejoría, se le realiza EMG urgente que demuestra “neuropatía severa del tronco común del nervio ciático derecho con afectación de ambas ramas con actividad actual denervativa”. Y RMN lumbar que descarta lesión en su salida del plexo lumbosacro. Al mes post-ingreso, nos realizan consulta de la paciente por no mejoría de la clínica, le realizamos estudio de extensión en MMIIs que confirma lesión post-traumatica subaguda a nivel de trayecto ciático en su paso por escotadura ciática. Decidimos tratamiento conservador con férula antiequino + tratamiento RHB + tratamiento para el dolor neuropático.

DISCUSIÓN:

Dentro del diagnóstico de neuropatías del ciático, distinguimos una causa poco frecuente en la literatura clásica, la neuropatía post-traumática (4,1%).Una buena anamnesis y el apoyo diagnóstico mediante pruebas complementarias (EMG y RMN lumbosacra y de miembros inferiores) ayudan a distinguir la neuropatía ciática de otras condiciones neuropáticas. A su vez la prueba de electrodiagnóstico es de gran valor para confirmar el diagnóstico de neuropatía ciática sospechada y para evaluar el potencial de recuperación de la función nerviosa.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 153**

TÍTULO: **PLACA LISS MEDIANTE TÉCNICA MIPO: UNA RESOLVER LAS FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE FEMUR.**

AUTORES: **Liria Ibanez, A. / Cañada Oya, H. / Olmo Jiménez, J.M.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas periprotésicas están aumentando no sólo por el aumento de la esperanza de vida, el aumento de la osteoporosis y el aumento de la implantación de la prótesis, sino también por el aumento de la actividad de la población mayor. La incidencia de fracturas periprotésicas después de la artroplastia primaria de cadera es de alrededor del 2,5% y está aumentando después de la cirugía de revisión hasta el 38%. Representan una cirugía desafiante ya que a menudo son fracturas patológicas o asociadas con baja calidad ósea. Las placas LCP de manera percutánea o mediante Técnica minimamente invasiva (MIPO) ofrecen una alternativa quirúrgica, preservando el hematoma post-fractura y dando estabilidad angular mediante bloqueo axial evitando el implante intramedular.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos una paciente de X años, con antecedente cirugía de revisión protésica por aflojamiento aséptico realizándose el xx-xx-xx. A los dos meses, y estando en rehabilitación, la paciente sufre caída sufriendo Fractura periprotesica Vancuver B1. El xx-xx-xx se interviene quiriurgicamente, colocándose mediante técnica MIPO una placa Liss DF con tornillos axiales peri-protesicos . Se inmovilizó con vendaje compresivo y la paciente comienza con rehablitacion precoz de flexoextension de rodilla, retrasando la carga precoz. A la 6ºsemana , se realiza control radiográfico de la paciente apreciándose callo de fractura en proceso de consolidación.

DISCUSIÓN:

La placa de bloqueo LCP representa una opción segura en el tratamiento de fracturas femorales complejas y periprotésica, con una tasa de revisión quirúrgica de sólo el 10% y una alta tasa de consolidación precoz. Las ventajas de la MIPO combinada con una técnica quirúrgica adecuada contribuyen al manejo exitoso de estas exigentes fracturas.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 154**

TÍTULO: **CÓMO RESOLVER UNA FRACTURA "HEAD SPLIT" MEDIANTE TÉCNICA PERCUTÁNEA.**

AUTORES: **De la Hoz García, M. / Liria Ibañez, A. / Reyes Jiménez, A.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de humero proximal tipo “head-splitting” son complejas e infrecuentes siendo un reto para el cirujano, debido a que, a pesar de las diferentes opciones quirúrgicas, presentan una elevada dificultad quirúrgica y la literatura muestra pobres resultados. Este tipo de fracturas son consecuencia del impacto de la cabeza humeral contra la glenoides, provocando la división de esta, dejando un fragmento que queda en eje con la superficie articular y otro fragmento rotado e impactado bajo el fragmento anterior, con un componente de subluxación asociado. Presentamos un caso de fractura “head-splitting” tratada mediante reducción y fijación percutánea con agujas Kirschner, así como los gestos intra y post-operatorios necesarios para lograr una reducción anatómica, y mantenerla.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 70 años, que sufre caída desde su propia altura con traumatismo directo sobre hombro izquierdo. Tras estudio radiográfico simple y TAC se diagnostica de fractura tipo head-splitting de húmero proximal, indicándose tratamiento quirúrgico. La paciente es colocada en posición de “silla de playa”, y a través de una incisión de 2 cm y bajo escopia, se realiza la desimpactación, movilización y reducción de los fragmentos, fijando posteriormente mediante agujas de Kischner. Se inmoviliza con charpa en abducción y rotación neutra durante tres semanas, dejando movilidad libre de codo y mano, siendo revisada a los 10 días, con control radiográfico, no evidenciando movilización de los fragmentos. Se mantiene el cabestrillo dos semanas mas,y se retiran las agujas, iniciando rehablitación pasiva-asistida de hombro. A las 6 semanas comienza con movilidad activa del mismo y movimientos rotacionales. A los 4 meses, el resultado en el test de Constant es 90, y el análisis radiográfico no evidencia necrosis avascular o consolidación viciosa.

DISCUSIÓN:

Hay pocas recomendaciones en la literatura sobre el manejo y tratamiento quirúrgico de este tipo de fracturas, siendo la osteosíntesis abierta, y sobre todo, la artroplastia, las opción mas habitual. La reducción y fijación percutánea, permite obtener buenos resultados funcionales, sin las complicaciones asociadas a la cirugía abierta, y dejando la artroplastia como rescate, o pacientes de edad avanzada.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 155**

TÍTULO: **EPIFISIOLISIS TRIPLANAR DE TIBIA DISTAL CON GRAN FRAGMENTO METAFISARIO.**

AUTORES: **López Lobato R. / Verdugo Domínguez, J.P. / Melgar Fernández. M.C. / Calderón Sánchez, M.A. / Lazo-Zbidowski Taracena, J.M.**

CENTRO: **Hospital La Merced, Osuna**

INTRODUCCIÓN:

La fractura o epifisiolisis triplana de tibia distal es una fractura transicional, que se produce por el cierre asimétrico de la fisis tibial distal. La porción lateral se mantiene abierta unos 18 meses más que la medial. La mayoría de estas fracturas se producen como consecuencia de un mecanismo de rotación externa. Nuestro paciente es un chico de 14 años que sufre una torsión externa de tobillo jugando al fútbol, presentando clara deformidad, tumefacción e impotencia funcional de tobillo izquierdo.

OBJETIVOS:

El objetivo de tratamiento de una lesión triplanar consiste en la reducción anatómica, ± fijación interna, no aceptándose un escalón articular mayor a 2-3 mm. Si no se consigue una perfecta reducción, es necesario abrir la lesión para su reducción y fijación. En nuestro caso, la reducción cerrada fue imposible, realizándose RAFI con 5 tornillos canulados mediante abordaje medial.

DISCUSIÓN:

La tibia distal es la segunda localización en frecuencia de lesiones fisarias tras el radio distal. La epifisiolisis triplana, es una lesión única y poco frecuente. Se produce en adolescentes entre 12-16 años que se encuentra en proceso de cierre fisario. La TAC es esencial en su valoración para determinar el número y localización de los fragmentos a fin de realizar una buena planificación prequirúrgica con la que conseguir una reducción perfecta. En nuestro caso, tras intento de reducción cerrada fue necesario la reducción abierta y fijación de la lesión. La principal complicación es la epifisiodesis, que no suele desarrollar mucha discrepancia de longitud ya que son pacientes cercanos al cierre fisario, seguido de la deformidad en varo de tobillo.

CONCLUSIONES:

La epifisiolisis triplana presenta una configuración única que no encaja fácilmente en la clasificación de Salter-Harris, apreciandose una tipo III en la proyección AP y una tipo II en la lateral. Requiere una reducción articular perfecta para desarrollar buenos resultados a largo plazo.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 156**

TÍTULO: **MANEJO DE FRACTURA PATOLÓGICA DE CADERA EN PACIENTE ONCOLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Matas Llerena, A. / Sánchez Martos, M. / Moreno Maroñas, J.M.**

CENTRO: **Hospital Ntra. Sra de Valme (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas patológicas se producen como consecuencia de traumatismos de baja energía que ocurren en un área de debilidad ósea pre-existente. Osteoporosis, enfermedades sistémicas y patología oncológica metastásica han de encontrarse en nuestro diagnóstico diferencial a la hora de manejar este tipo de fracturas. Los sitios de origen más encontrados en fracturas patológicas son: mama, próstata, pulmón, riñón y tiroides. El cáncer de mama es el sitio más común de origen de los depósitos metastásicos en el esqueleto, siendo además el lugar más frecuente de recurrencia.

OBJETIVOS:

Compartir nuestra experiencia en el Hospital Nra Sra de Valme en el manejo de paciente con fractura patológica en cadera por metástasis de carcinoma mamario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 60 años fumadora de 10-12 cig/dia, bebedora de 50g de alcohol diarios, intervenida de exéresis de un quiste ovárico hace años, sin tratamiento ni patología actual conocida. Acude a Urgencias porque presenta caída accidental hace 3-4 semanas, con coxalgia e impotencia funcional en miembro inferior derecho. Se realiza radiografía y se diagnostica de fractura basicervical de fémur derecho, con evidencia de lesión lítica ósea diafisaria homolateral. A la exploración mamaria presentan 2 pequeñas nodulaciones, una en cuadrante inferointerno derecho y otra inferointerna izquierda. Se ingresa, contactamos con Oncología quien realiza estudio ampliado analítico y bodyTC donde se aprecian nódulos sólidos de densidad partes blandas en ambas mamas, hígado con imágenes hipodensas y lesiones líticas óseas en esternón, escápula derecha, cuerpos vertebrales dorsales y lumbares, pelvis y fémur derecho. Además, se comprueba que la lesión lítica en fémur proximal alcanza 2/3 partes del hueso, que hacen necesaria su fijación. Se realiza intervención quirúrgica con reducción cerrada y enclavado endomedular con clavo largo y bloqueo proximal y distal con tornillos. Se realiza toma de biopsia intraoperatoria que se envía a anatomía patológica e informan como metástasis de carcinoma mamario de bajo grado de malignidad, esclareciendo definitivamente el diagnóstico. Diagnosticada de carcinoma de mama en estadío IV, durante su ingreso la paciente recibió 6 sesiones de radioterapia y esteroides por la lesión vertebral con ocupación de canal y masa de partes blandas asociada.

CONCLUSIONES:

Las fracturas patológicas de cadera de origen metastásico han de ser estudiadas por un equipo multidisciplinar. La reducción quirúrgica junto con la necesidad o no de enclavado profiláctico de otras lesiones deberá acompañarse siempre de toma de biopsia intraoperatoria para aclarar el diagnóstico.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 157**

TÍTULO: **PRÓTESIS MODULAR INVERTIDA CONSTREÑIDA COMO TRATAMIENTO EN CASOS DE INFECCIÓN PERIPROTÉSICA CRÓNICA DE HOMBRO.**

AUTORES: **Fernández Serrano, F. / Quirante García, S. / Cendrero Torrado, A.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

La infección periprotésica de hombro puede ser una complicación devastadora. Su prevalencia varía entre el 3,9% y el 15,4%. Causa dolor crónico, aflojamiento de los componentes e incluso sepsis. Los gérmenes más frecuentemente involucrados son S. aureus y S. coagulasa negativo. Propionibacterium acnes (P. acnes) es un bacilo anaerobio, encontrado en piel y mucosas y tracto respiratorio superior y digestivo. Ha sido reconocido como un patógeno en cirugía ortopédica.

OBJETIVOS:

Describir el tratamiento de una infección periprotésica de hombro por P. acnes mediante recambio en 2 tiempos, implantando una prótesis modular invertida constreñida (Bayley Walker).

MÉTODOS:

Varón de 52 años. En 2103 fractura de humero proximal que se trata conservadoramente. Al mes, desplazamiento secundario, realizándose RAFI con placa philos. La osteosíntesis (OS) fracasa y se reinterviene con el mismo sistema+injerto de cresta.
Derivado desde H. Santa Ana, presenta severo déficit de movilidad y dolor incluso en reposo, fracaso de OS y necrosis del fragmento de cabeza humeral. Se coloca en nuestro hospital prótesis parcial (PPH Unite) con anudado de tuberosidades. Tras 20 días, ingresa por infección periprotésica aguda con absceso en tuberosidades, defecto de consolidación ósea y desinserción de troquíter: limpieza, desbridamiento y toma de 6 muestras, retención de prótesis y reinserción de tuberosidad (Ethibon). ATB iv. Cultivos (+) P. acnes en todas las muestras.
Transcurridos 6 meses, debido a su evolución tórpida pese a ATB, ingresa para realización de 1º tiempo de recambio de PPH, colocación de espaciador y toma de muestras. P. acnes en una muestra. A los 4 meses hay que volver a hacer nueva limpieza y desbridamiento, recambio de espaciador y VAC. De nuevo P. acnes en una muestra. 8 meses después del 1º tiempo se hace 2º tiempo implantando prótesis modular invertida constreñida de hombro, añadiendo malla de Trevira que la envuelve y a la que se anclan las partes blandas.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Varón de 52 años. En 2103 fractura de humero proximal que se trata conservadoramente. Al mes, desplazamiento secundario, realizándose RAFI con placa philos. La osteosíntesis (OS) fracasa y se reinterviene con el mismo sistema+injerto de cresta. Derivado desde H. Santa Ana, presenta severo déficit de movilidad y dolor incluso en reposo, fracaso de OS y necrosis del fragmento de cabeza humeral. Se coloca en nuestro hospital prótesis parcial (PPH Unite) con anudado de tuberosidades. Tras 20 días, ingresa por infección periprotésica aguda con absceso en tuberosidades, defecto de consolidación ósea y desinserción de troquíter: limpieza, desbridamiento y toma de 6 muestras, retención de prótesis y reinserción de tuberosidad (Ethibon). ATB iv. Cultivos (+) P. acnes en todas las muestras.
Transcurridos 6 meses, debido a su evolución tórpida pese a ATB, ingresa para realización de 1º tiempo de recambio de PPH, colocación de espaciador y toma de muestras. P. acnes en una muestra. A los 4 meses hay que volver a hacer nueva limpieza y desbridamiento, recambio de espaciador y VAC. De nuevo P. acnes en una muestra. 8 meses después del 1º tiempo se hace 2º tiempo implantando prótesis modular invertida constreñida de hombro, añadiendo malla de Trevira que la envuelve y a la que se anclan las partes blandas.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 157**

TÍTULO: **PRÓTESIS MODULAR INVERTIDA CONSTREÑIDA COMO TRATAMIENTO EN CASOS DE INFECCIÓN PERIPROTÉSICA CRÓNICA DE HOMBRO.**

AUTORES: **Fernández Serrano, F. / Quirante García, S. / Cendrero Torrado, A.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

CONCLUSIONES:

Es imprescindible la prevención, por ejemplo aislando la axila durante la intervención. Los cultivos deben incubarse durante un mínimo de 10 días. El uso de este tipo de prótesis resulta muy adecuado si como en este caso la pérdida de stock óseo es severo así como la de partes blandas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 158**

TÍTULO: **LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA EN PACIENTE DEAMBULANTE DE 16 MESES. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **López Molina, I. / Sánchez Aguilera, A.J. / Quirante García, S.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

El pronóstico de la displasia congénita de cadera (DCC) está relacionado con el diagnóstico precoz y a ello deben dirigirse nuestros esfuerzos. Sin embargo, en ocasiones se nos plantea el reto de un diagnóstico tardío.

OBJETIVOS:

Mostrar mediante un caso clínico el manejo de una DCC con diagnóstico tardío en un paciente ya deambulante con 16 meses.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de una niña de 16 meses de edad cuyos padres consultan por cojera tras la administración de una vacuna en la región glútea izquierda. En la anamnesis dirigida aseguran deambulación normal desde los 11 meses. A la exploración se aprecia dismetría de miembros inferiores y limitación para la abducción de la cadera izquierda. En la radiografía simple se aprecia luxación de cadera izquierda, displasia acetabular y la aparición de un "neoacetábulo" craneal al fisiológico (figura 1). Se decide artrografía de cadera y reducción cerrada bajo anestesia general en quirófano, que es satisfactoria, alcanzando reducción concéntrica con rango de seguridad aceptable, colocándose un yeso pelvipédico. Se constatan mediante tomografía computarizada (figura 2) los hallazgos de la artrografía. Se retira el yeso a las 12 semanas y se completa el tratamiento con ortesis de abducción durante 12 semanas más, obteniendo signos de madurez acetabular izquierda (figura 3) y una exploración normal.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

A pesar del screening habitual en la población infantil, en ocasiones la DDC pasa desapercibida, detectándose a veces por traumatismos banales u otros supuestos desencadenantes, como en este caso, ya a una edad avanzada e incluso en paciente deambulante. En los niños entre 6 y 18 meses está indicada la reducción cerrada y la inmovilización con yeso pelvipédico hasta alcanzar la madurez fisiológica, con controles periódicos para detectar cualquier anomalía. En los casos en los que no se consiga una reducción concéntrica satisfactoria, estará indicada la reducción abierta de la cadera.

CONCLUSIONES:

La DDC puede cursar en paciente deambulante y haber pasado desapercibida. En paciente menor de 18 meses está indicado como primera elección la reducción cerrada e inmovilización con yeso en quirófano.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 159**

TÍTULO: **HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE LOCALIZADO EN FALANGE DE DEDO DEL PIE.**

AUTORES: **Pérez Romero, D.M. / Montes Torres, C. / Quirante García, S.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

El hemangioendotelioma epitelioide es un tumor vascular maligno de bajo grado. La localización habitual es piel, tejidos blandos y vísceras como el hígado y el pulmón. Su presencia en el hueso es muy rara, menor del 1% y, en tal caso, es más frecuente en la columna y en huesos largos, sobre todo, en miembro inferior. Suelen ser multicéntricos siendo infrecuente como tumores solitarios. El pronóstico es incierto.

OBJETIVOS:

Manejo diagnóstico y terapéutico de lesión tumoral de prigen incierto en pie.

MÉTODOS:

Mujer de 15 años que acude por dolor e inflamación persistente del primer dedo del pie derecho desde los 6 años. En la radiografía inicial se aprecia una lesión osteolítica en la falange distal. Se realiza una RMN que informa de lesión ósea que afecta a la falange distal completa y al polo distal de la falange proximal de ese mismo dedo. A continuación, hacemos TC apreciando dos lesiones óseas osteolíticas de borde definidos de características benignas. Procedemos a realizar una biopsia guiada con TC para el diagnóstico diferencial con encondroma, ganglión intráoseo o hemangioma.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras la biopsia llegamos al diagnóstico de hemangioendotelioma epitelioide. Observamos microscópicamente tejido fibroso, pequeñas y escasas trabéculas óseas. La lesión neoplásica contiene células de morfología irregular epitelioide y atipia de bajo grado con nucleolos eosinófilos. Contiene espacios vasculares pequeños. Muchas células tienen vacuolas intracitoplasmáticas que remedan luces vasculares incipientes. Las células expresan CD31, CD34 y FLI-1.

CONCLUSIONES:

El hemangioendotelioma epitelioide es raro en huesos. Suele tener un carácter multicéntrico o multifocal que inicialmente lo diferenciaría de un angiosarcoma. El diagnóstico diferencial se realiza con oteomielitis y tumores como angiomatosis, histiocitosis de Langerhans, mieloma, linfoma, angiosarcoma y metástasis. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante la biopsia. Hay que ser prudentes con infradiagnosticar un angiosarcome. Se aconseja un tratamieno agresivo mediante la excisión completa del tumor, reservando la radioterapia para tumores inoperables.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 160**

TÍTULO: **FRACTURAS COMPLEJAS DE ACETÁBULO TRATADAS MEDIANTE NUEVA PLACA SUPRAPECTÍNEA: NUESTRA EXPERIENCIA EN 2016.**

AUTORES: **Arjona Giménez, C. / Quirante García, S. / Sánchez Munuera, J.J.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

Determinadas fracturas complejas de acetábulo suponen hoy día un reto para la traumatología. El desarrollo y forma de las nuevas placas supra e infrapectíneas ha permitido realizar osteosíntesis a fracturas de acetábulo que anteriormente resultaban muy difíciles de tratar. La utilización de estas placas esta indicado en fracturas de columna anterior, columna anterior con hemitransversa posterior, asociada de las dos columnas, fracturas transversas altas transtecales con salida hacia la columna posterior cerca de la escotadura ciática y fracturas con luxación central de acetábulo con fractura asociada de la lamina cuadrilátera.

OBJETIVOS:

Plantear, a raíz de nuestra experiencia, la utilidad de las nuevas placas de osteosíntesis acetabular.

MÉTODOS:

Presentamos los primeros 4 casos intervenidos en Nuestro Servicio en el 2016 realizando a través de abordajes intrapélvicos (Stoppa y Pararecto) osteosíntesis mediante placa suprapectineas.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Los resultados a corto plazo han sido muy prometedores con nulas complicaciones y poca morbilidad. Actualmente estamos a la espera de resultados a largo plazo.

CONCLUSIONES:

Las nuevas placas suprapectíneas e infrapectíneas suponen un gran avance para determinadas fracturas complejas de acetábulo, especialmente en fracturas con luxación central de acetábulo con conminución de la lamina cuadrilátera.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 161**

TÍTULO: **AVULSIÓN DEL TENDÓN DE AQUILES: ¿LESIÓN YATROGÉNICA O EVOLUCIÓN DE TENDINOPATÍA CRÓNICA?.**

AUTORES: **Sánchez Siles, J.M. / González Quevedo, D. / Romero Escribano, E.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La tendinopatía aquílea representa una de las lesiones por sobreuso más frecuentes del pie y tobillo. Afecta fundamentalmente a pacientes jóvenes deportistas y a menudo se presentan como un cuadro clínico caracterizado por dolor retromaleolar, inflamación y dificultad para el desarrollo habitual de la práctica deportiva. Tradicionalmente, se han usado términos como tendinitis, tendinosis y paratendinitis para describir esta patología, sin embargo no se ha podido demostrar una respuesta inflamatoria como causa de esta enfermedad. Se han descrito numerosos algoritmos terapéuticos para el tratamiento de las tendinopatía crónicas del Aquiles, desde disminución de la actividad física, AINEs y diversos protocolos de rehabilitación, hasta cirugías de resección de tejido patológico y augmentación con tendones locales como el flexor del primer dedo, o autoinjerto de semitendinoso.
El tratamiento mediante infiltración peritendinosa con glucocorticoides es controvertido, a la vez que utilizado. Si bien es cierto que reduce el dolor y la inflamación a corto plazo, no existe evidencia que soporte el tratamiento con corticoides en el tratamiento de las tendinopatía crónicas del Aquiles. Sin embargo, sí que se conoce el riesgo de ruptura tendinosa tras la administración de corticoesteroides, debido a su efecto tóxico directo sobre el tendón.

OBJETIVOS:

Presentamos un caso clínico de ruptura atípica del Tendón de Aquiles en un paciente joven deportista con tendinopatía crónica, tras infiltración local con corticoides.

MÉTODOS:

Anamnesis.
Varón de 28 años que en el transcurso de práctica de fútbol nota chasquido y dolor punzante en región aquílea izquierda. Desde entonces dolor e impotencia funcional total para la flexión plantar de tobillo.
Como antecedentes cuenta cirugía de alargamiento del tendón de Aquiles por pie equino-varo cuando tenía 1 año. Tendinopatía crónica del tendón de Aquiles de 2 años de evolución, de ritmo recurrente, que desde hacía 6 meses estaba en tratamiento fisioterápico. En el mes previo al ingreso fue infiltrado con corticoides en región Aquílea por su fisioterapeuta.
Exploración.
Incapacidad de la flexión plantar activa. Signo del hachazo a nivel de la inserción del tendón de Aquiles. Signo de Thomson+.
Pruebas complementarias.
Se confirma mediante ecografía el diagnóstico de ruptura completa del Tendón de Aquiles.
Plan de actuación.
Se interviene quirúrgicamente realizándose: Abordaje paraquíleo medial, siguiendo cicatriz de intervención previa. Se observa desinserción completa del tendón de Aquiles, con exposición calcánea. El tendón se encuentra engrosado y desvitalizado, con claro signos de tendinopatía previa. Se realiza tenotomía de la porción enferma del tendón, espongialización del calcáneo con perforaciones del mismo para favorecer la integración del tendón y reinserción mediante 2 anclajes óseos y sutura tipo Kessler. Se realiza sutura de refuerzo en peritenon.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 161**

TÍTULO: **AVULSIÓN DEL TENDÓN DE AQUILES: ¿LESIÓN YATROGÉNICA O EVOLUCIÓN DE TENDINOPATÍA CRÓNICA?.**

AUTORES: **Sánchez Siles, J.M. / González Quevedo, D. / Romero Escribano, E.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Las roturas completas del tendón de Aquiles son relativamente poco frecuentes. A menudo éstas ocurren sobre un tendón con patología previa, ya que este tejido sufre una degeneración mucoide y/o lipoide progresiva, con una cantidad variable de metaplasia fibrocartilaginosa y depósitos de hidroxiapatita cálcica. Esto, junto a una compleja alteración bioquímica de la composición del tendón y a un proceso patológico de cicatrización, contribuye a una alteración de las fibras de colágeno que hacen al tendón menos resistente. Los factores de riesgo de la tendinopatía del Aquiles se pueden dividir en intrínsecos y extrínsecos, no existiendo causa etiológica directa para el desarrollo de la misma. En el caso clínico que presentamos, el paciente presentaba numerosos factores de riesgo como retracción congénita del tendón de Aquiles, que requirió cirugía, pie cavo, práctica deportiva explosiva (fútbol) sin entrenamiento correcto y en superficie dura. A todo ello se sumó 3 infiltraciones con corticoides para el tratamiento de la tendinopatía. Por tanto, cabe preguntarse, la idoneidad del tratamiento con corticoides en un paciente con los factores de riesgo expuestos.
Se ha demostrado que las roturas tendinosas son más frecuentes después de la infiltración con corticoides. Esto es debido a un efecto tóxico directo de la medicación, pues los corticoides inhiben la producción de matriz extracelular de colágeno y también disminuye la vascularización local. Por ello, la infiltración de corticoides en el caso de tendinopatías es una práctica que se ha abandonado actualmente. No obstante, si que se sigue utilizando en casos de bursitis y patología periaquílea.
En el caso que presentamos, la rotura no ocurrió en la localización típica (entre 3 y 6 cm por encima de la inserción calcánea, zona de menos vascularización del tendón), si no que ocurrió justo en la inserción calcánea, que coincide con la zona de infiltración.

CONCLUSIONES:

Consideramos que el caso que presentamos sirve para ilustrar que una correcta evaluación de los factores de riesgo en un paciente con tendinopatía crónica es fundamental para la elección de la pauta terapéutica más adecuada. Creemos que en un paciente con factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, la infiltración con corticoides debe ser evitada, ya que constituye un factor de riesgo extra en lugar de una solución al problema.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 162**

TÍTULO: **LIPOSARCOMA DE BAJO GRADO GIGANTE PRESACRO COMO CAUSA HERNIA CIÁTICA Y COMPRESIÓN CIÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Sánchez Siles, J.M. / Fernández De Arroyaba Sáez De Ojer, N. / Bautista Enrique, D.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario De Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La hernia ciática es una variedad de hernia extremadamente rara. Se define como la salida de material intrapélvico a través de la escotadura ciática mayor o menor. Es excepcional que estas hernias provoquen una compresión del nervio ciático.
Los liposarcomas de origen mesentérico y peritoneal son poco frecuentes. A menudo se presentan como masas intrapélvicas de tamaño variable, y se manifiestan de forma muy heterogénea en función de la velocidad de crecimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos un extraño caso de un paciente con liposarcoma presacro gigante que protruye a través de ambas escotaduras ciáticas, formando una hernia ciática de gran tamaño, que se manifiesta como tumoración glútea y compresión ciática.

DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:

Las hernias ciáticas son excepcionales, habiéndose publicado pocos casos desde que se describió por primera vez en 1750 por Papen. Son más frecuentes en mujeres debido que poseen un mayor tamaño de pelvis y escotaduras ciáticas. Su etiología no está clara, y a menudo se relaciona con enfermedades neuromusculares y patología de cadera donde el músculo piriforme se debilita y permite la extrusión de tejido pélvico. Otras teorías apuntan al aumento de la presión intraabdominal como agente etiológico. En el caso que presentamos, el tamaño del liposarcoma justifica este aumento de presión intraabdominal, además de actuar como efecto masa, y protruye por la escotadura ciática hacia la región glútea, englobando el nervio ciático en su espesor.

El liposarcoma de bajo grado, se trata de un tumor bien diferenciado, que a menudo se presenta como una masa de crecimiento lento, que alcanza grandes volúmenes y a menudo es difícil de diferenciar de un lipoma gigante. Cuando el tamaño de la tumoración ocasiona clínica compresiva, como es el caso que presentamos, la resección radical de la masa a través de un abordaje abdominal y/o transglúteo es necesario.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 163**

TÍTULO: **PROTUSION ACETABULAR COMO COMPLICACIÓN TRAS UNA FRACTURA DE CADERA.**

AUTORES: **Rial Valverde, L. / Montero Pariente, M.A. / Garcia Benítez, B.**

CENTRO: **Hospital San Juan de Dios del Aljarafe**

Mostramos un paciente octogenario que presenta una fractura subcapital desplazada de fémur derecho tras sufrir una caída accidental.
El tratamiento fue quirúrgico, optándose por la colocación de una prótesis parcial de cadera no cementada con cabeza monopolar.
Se realizo seguimiento en consultas pudiendo constatar el inicio de una protusión pelvica de la cabeza a los 2 años de la cirugía.
Nuestro objetivo es recordar una complicación que existe con las prótesis parciales , la erosión acetabular y que tipo de cabezas (monopolar o bipolar) tienen más riesgo de presentarla.
La condrólisis y erosión acetabular por hemiartroplastia de la cadera se debe a la presión que ejerce la cabeza femoral sobre el cartílago del acetábulo, el cual se necrosa progresivamente produciendo una lisis en el cartílago y en el hueso, que llega a la protusión acetabular en el interior de la pelvis.
Hemos hecho una revision de varios metaanalisis que incluyen ensayos clínicos aleatorizados (ECA), englobando múltiples pacientes.
En un ensayo clínico a 4 años concluyen que las protesis con cabeza bipolar tienen menor riesgo de erosion acetabular al menos durante el primer año, pero a los 4 años en que concluye el estudio los datos se igualan , no encontrando por tanto diferencias significativas(1).
En un metaanálisis publicado en 2015, que incluye 8 ECA con 1100 pacientes se determina que no hay diferencias significativas en las variables medidas: tasa de luxación , reintervención , erosión acetabular , mortalidad, y complicaciones generales(2).
Otro metaanálisis con 6 ECA y 982 pacientes mayores de 65 años encontró diferencias significativas (p=0´01) entre los dos grupos en cuanto a erosión acetabular : 1,2 % en bipolar frente a 5,5% en unipolar, concretando que la hemiartroplastia unipolar parece ser una opción más costo-efectiva para el paciente anciano (3).
En una revisión de 2016 se publicó que son muchos los estudios que contribuyen a las discusiones de la artroplastia total de cadera (PTC) versus la hemiartroplastia y la hemiartroplastia unipolar versus bipolar, pero no se puede hacer una recomendación clara y basada en la evidencia. PTC puede ser particularmente ventajoso para pacientes activos y lúcidos con una esperanza de vida relativamente larga. Para los pacientes fisiológicamente mayores, la hemiartoplastia es probablemente satisfactoria, y para los pacientes más antiguos con más comorbilidades, los implantes unipolares se consideran suficientes (4).

COMUNICACIÓN **PÓSTER 164**

TÍTULO: **PARÁLISIS RADIAL EN FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE CODO EN NIÑOS.**

AUTORES: **Pérez Sánchez, A. / Rodríguez Huguet, P. / Guerrero Cano, S.**

CENTRO: **Hospital Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas supracondíleas del húmero son el tipo más común de fractura de codo en niños, siendo la mayor incidencia entre los 5 y los 7 años de edad. Las lesiones neurológicas ocurren en al menos el 7% de los casos, generalmente neuroapraxias, siendo el nervio Interóseo anterior el más frecuentemente afectado por la lesión y el nervio cubital por afectación iatrogénica.

OBJETIVOS:

Revisión y evolución de las complicaciones neurológicas, afectación nervio Radial, en las fracturas supracondíleas de codo en los niños.

MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 5 años que sufre una caída casual con traumatismo en miembro superior izquierdo. Exploración neurovascular inicial con sospecha de afectación del N. Radial pero no concluyente por el intenso dolor. Radiológicamente diagnosticado de fractura supracondílea Gartland tipo IV del codo izquierdo. Tratado quirúrgicamente de urgencias mediante osteosíntesis con dos A. Kirschner cruzadas debido a la importante inestabilidad tanto en flexión como extensión. En el postoperatorio persistía la limitación a la flexión dorsal de la muñeca.

RESULTADOS:

En el seguimiento posterior se observó una consolidación de la fractura y persistencia de clínica radial, confirmado mediante electrofisiología de neuroapraxia del N. Radial. Iniciando proceso de rehabilitación. A los seis meses de la lesión presenta una recuperación casi completa siendo capaz de realizar una flexo-extensión y prono-supinación completas así como flexión dorsal de muñeca y extensión de dedos, aunque con menor tono muscular que en la mano contralateral.

CONCLUSIONES:

Las lesiones neurológicas secundarias a fracturas supracondíleas suelen ser neuroapraxias. En revisiones recientes se ha determinado que la más frecuente es la afectación del N. interóseo anterior, rama del Mediano. El desplazamiento del fragmento proximal condiciona las posibles lesiones neurológicas, siendo el desplazamiento posteromedial el asociado a lesiones del nervio radial (fragmento proximal a anteromedial). La observación debe ser la actitud inicial, si no existen signos clínicos o electromiográficos de función neural a los cinco meses de la lesión está indicada la exploración quirúrgica y neurolisis.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 165**

TÍTULO: **CONOS DE TRITANIO COMO SOLUCIÓN A DEFECTOS OSEOS EN CIRUGÍA DE REVISIÓN EN ARTROPLASTIAS DE RODILLA.**

AUTORES: **Pérez Sánchez, A. / Rodríguez Huguet, P. / Guerrero Cano, S.**

CENTRO: **Hospital Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

Uno de los problemas más importantes al que se puede enfrentar un cirujano en la cirugía de revisión protésica de rodilla es la pérdida de la estructura ósea. Ésta puede estar ocasionada de forma primaria por las causas más frecuentes de revisión: aflojamiento aséptico, desgaste de polietileno, inestabilidad o infección. Los defectos en la estructura ósea comprometen el soporte de los componentes del implante de revisión.

OBJETIVOS:

Uno de los principales objetivos en la cirugía de revisión es preservar la estructura ósea el máximo posible y reconstruirla para proporcionar un soporte mecánico o biológico adecuado y duradero al nuevo implante que se va a colocar.

MÉTODOS:

Mujer, 75 años, portadora de artroplastia de rodilla de 20 años evolución que se torna dolorosa hace dos meses con importante limitación a la deambulación. En el estudio clínico y radiológico se aprecia inestabilidad y aflojamiento de los componentes. Se procede a retirada de implantes, toma de cultivos y colocación de espaciador por dudosa infección por gammagrafía; apreciándose importantes defectos óseos tanto en tibia (no continente, tipo III de la clasificación AORI) como en fémur (continente, IIB) así como un gap de 4 cm, incompetencia del ligamento colateral medial y déficit de stock óseo en patela. Confirmado como aflojamiento aséptico, se procede a segundo tiempo con la implantación de conos metafisarios de tritanio para solventar los defectos óseos y sobre ellos una artroplastia constreñida con suplementos metálicos y vástagos no cementados.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras seis meses evolución la paciente es independiente para sus AVDs, con una movilidad 0º-100º, estable y sin dolor.

CONCLUSIONES:

Cada cirugía de revisión supone una serie de retos únicos que exigen conocimiento y experiencia de las múltiples técnicas existentes para solucionar los defectos óseos. Los suplementos metálicos en cuña pueden solucionar defectos óseos de hasta 3 cm. Los defectos óseos de mayor tamaño que afectan a la metáfisis (tipo 2-3 de AORI) pueden ser rellenados con suplementos metálicos en forma de cono que rellenan la metáfisis proporcionando anclaje a la misma, fijando la prótesis al metal poroso con cemento.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 166**

TÍTULO: MÉTODOS DE FIJACIÓN EN LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE ROTURAS COMPLETAS DEL TENDÓN DISTAL DEL BÍCEPS BRAQUIAL.

AUTORES: Carnero Martín de Soto, P. / Menéndez Quintanilla, I.E. / Gómez Cáceres, A. / Fernández de Arroyabe Sáez de Ojer, N. / Rodríguez León, A. / Villanueva Pareja, F.

CENTRO: Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento de elección de la rotura del tendón distal del bíceps es el reanclaje a su inserción anatómica. Existen numerosos dispositivos para ello, sin que exista un predominio de una técnica sobre las demás.

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es comparar los resultados funcionales y las complicaciones de las técnicas quirúrgicas de reinserción del tendón distal del bíceps a su huella anatómica.

MÉTODOS:

Revisión retrospectiva de 14 pacientes intervenidos en nuestro servicio. Se registró el sistema de reanclaje empleado. Los resultados se obtuvieron midiendo el balance articular del codo, el cuestionario Quick-DASH score, la aparición de complicaciones y la necesidad de reintervención.

RESULTADOS:

El 100% de los casos fueron varones con una media de edad de 41'57 años. En 3 pacientes (21'4%) se empleó una fijación transósea a través de la tuberosidad bicipital utilizando hilos de sutura. En 10 (71'4%) se usaron arpones de sutura. En un paciente se realizó una sutura termino-terminal de los cabos del tendón.
Primer grupo: puntuación media del Quick-DASH: 14'3, flexión media: 138º, extensión: 0º, pronación: 83'3º, supinación: 88'3º. En 2 casos (66%) aparecieron complicaciones: parestesias locales (2) y pérdida subjetiva de fuerza (1). No hubo reintervenciones. Media de seguimiento: 54 meses.
Segundo grupo: puntuación media del Quick – DASH: 12'5, flexión: 133'5º, extensión: -1'5º, pronación: 77º, supinación: 81'4º. En 5 casos aparecieron complicaciones (50%): parestesias locales (5), parálisis radial (1) y pérdida subjetiva de fuerza (1). Fue necesaria una reintervención, por un motivo distinto al fallo del anclaje (inserción anómala del mismo). Seguimiento: 16 meses.
El paciente intervenido mediante sutura termino-terminal presentó una puntuación Quick-DASH: 70'5, flexión: 90º, extensión: -30º, pronación: 40º, supinación: 50º. Complicaciones: rerruptura del tendón, parestesias locales y pérdida subjetiva de fuerza. Seguimiento: 29 meses.

DISCUSIÓN:

En estudios biomecánicos se ha observado la superioridad del dispositivo de fijación cortical endobutton. Sin embargo, parece relacionarse con altas tasas de complicaciones y reintervenciones. La utilización de arpones de sutura refleja buenos resultados clínicos. Estos datos están condicionados por otros factores además del tipo de fijación, como la edad del paciente y la vía de abordaje.

CONCLUSIÓN:

El anclaje con fijación transósea del tendón distal del bíceps braquial ofrece resultados funcionales y una tasa de complicaciones similar en comparación con la fijación con arpones de sutura. La sutura termino-terminal arrojó pobres resultados.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 167**

TÍTULO: **RESULTADOS FUNCIONALES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO CON TÉCNICA RECONSTRUCTIVA NO ANATÓMICA.**

AUTORES: **Carnero Martín de Soto, P. / Gómez Cáceres, A. / Menéndez Quintanilla, I.E. / Ramos Santos, J. / Rodríguez León, A. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La luxación glenohumeral posterior es poco frecuente y difícil de diagnosticar, ya que hasta en el 70% de los casos puede pasar desapercibida. La intervención de McLaughlin modificada por Neer es una opción de tratamiento quirúrgico desarrollada para luxaciones posteriores irreductibles o inveteradas con defecto cefálico humeral anterior.

OBJETIVOS:

Exponer nuestra experiencia con la técnica de McLaughlin modificada.

MÉTODOS:

Revisión retrospectiva de casos diagnosticados de luxación glenohumeral posterior aguda irreductible o inveterada.Las variables dependientes fueron edad, sexo, antecedentes personales, etiología, tiempo de evolución de la lesión y seguimiento.Variables resultado: balance articular, la puntuación Quick – DASH score y aparición de complicaciones.En todos los casos se realizó la técnica quirúrgica descrita por McLaughlin y se siguió el mismo protocolo postoperatorio.

RESULTADOS:

Pacientes incluidos: 6. El 66'6% fueron hombres, edad media 48 años. En dos casos había antecedentes de trastornos psiquiátricos, en uno de distrofia muscular hereditaria.El 50% se produjo tras un episodio convulsivo, dos por traumatismo y uno espontáneo. Tiempo de evolución medio hasta el tratamiento: 12 semanas. Un paciente requirió estabilización adicional con 2 agujas de Kirschner glenohumerales.Puntuación Quick DASH media: 38'76, flexión: 90º, abducción 100º, rotación externa: 59'16, rotación interna: 52'5.En un caso fue precisa la reintervención por infección profunda de la herida y, posteriormente, reconversión a prótesis total de hombro.Seguimiento medio: 20'5 meses (3 – 40).

DISCUSIÓN:

El principal factor pronóstico de la estabilidad tras una luxación glenohumeral posterior es el tamaño del defecto cefálico humeral anterior secundario al impacto contra la glenoides. La demora en el diagnóstico de la incongruencia articular favorece su desarrollo. Se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas: reconstrucción anatómica con injerto, osteotomías rotatorias de húmero y técnicas reconstructivas no anatómicas como la de McLaughlin modificada, cuyos resultados varían según el tamaño del defecto y del tiempo de evolución. En nuestra serie, los pacientes presentan un grado de satisfacción correcto, buenos niveles de flexión y abducción y modestos en las rotaciones. Valoramos estos resultados como aceptables debido al mal pronóstico de esta entidad y su repercusión funcional.

CONCLUSIONES:

La técnica de McLaughlin modificada para el tratamiento de la luxación inveterada posterior de hombro presenta resultados funcionales aceptables en cuanto a satisfacción y balance articular, con bajo índice de reintervención.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 168**

TÍTULO: **PATOLOGIA DEL ILEOPSOAS**

AUTORES: **Rial Valverde, L. / Montero Pariente, M.A. / García Benítez, B.**

CENTRO: **Hospital San Juan de Dios del Aljarafe**

INTRODUCCIÓN:

Se trata de una patología que cursa con un chasquido, traquido o resalto de la articulación que puede ser doloroso o asintomático.

OBJETIVOS:

Partimos de la base que el músculo ileopsoas es flexor de cadera, estabilizador y erector de la columna lumbar, estabilizador de la cabeza femoral en el acetábulo de 0-15º de flexión, con acción erectora de 15-45º y flexor de 45-60º . Es muy sensible a la anteversión femoral, por tanto. De hecho algunos autores la considerarían una contraindicación de cirugía. Se origina en T12-L1 , L4-L5 insertándose en trocánter menor. El ilíaco se origina en la pared interna del hueso ilíaco.
Podemos calsificar esta patología en 2 tipos:

- cadera en resorte externo: banda iliotibial sobre trocánter mayor
- cadera en resorte interna: Iliopsoas sobre la eminencia iliopectínea, cabeza femoral, extensión ósea acetabular anterior o sobre una exóstosis del trocanter menor.

MÉTODOS:

Algunas actividades, como el ballet, pueden desarrollar este chasquido que puede llegar a ser doloroso y a asociarse con el sobreuso. En un trabajo realizado en 87 bailarines de ballet, Winston y cols. reportaron que el 90,8 % de ellos dijo que su cadera “chasqueaba, traqueaba, hacía un clic o se luxaba” con algunos movimientos en su actividad; en el 80 % de los casos era bilateral. Mediante ecografía encontraron que el tendón del iliopsoas era la causa del chasquido en el 59 % de los casos Clínicamente se presenta como una sensación de chasquido doloroso en la ingle, dolor en zona glútea o sacroilíaca y el denominado fenómeno del resalto.
En una radiografía simple podemos observar un pinzamiento FA, osteoartritis degenerativa, disminución espacion articular, esclerosis o quistes subcondrales... Por ecografía un derrame articular, engrosamiento de la bursa iliopsoas. En la RNM, tendinosis, bursitis, descarta otras patologías.También sería importante descartar la osteoartritis degenerativa y pinzamiento del iliopsoas en PTC.
Inicialmente se trata de manera conservadora con reposo, evitando los movimientos que provoquen dolor y realizando ejercicios de estiramiento. Si el dolor persiste se recomienda la toma de AINES o infiltración con corticoides. La mayoría mejoran con este tipo de tratamientos.
En cuanto a la cirugía, se indicaría cuando el chasquido doloroso fuese refractario a tratamiento conservador. Byrd (2005) propuso la liberacion endoscópica en trocánter menor. Ilizaliturri y cols. (2005) obtuvo un 100% de éxitos en el dolor y el chasquido con recuperación de la fuerza de flexión. Wettstein (2006) realizó una tenotomía a través de la cápsula articular. Flanum y cols (2007) optó por la liberación artroscópica en trocánter menor con desaparición de síntomas en todos los casos. Anderson y Keene (2008) también hicieron una liberación en trocánter menor en pacientes deportistas consiguiendo la mejoría en todos los casos. Ilizaliturri y cols. en un estudio aleatorio comparativo en 2 grupos (tenotomia en trocánter menor y liberación transcapsular) llegaron al éxito en el 100% de los casos sin diferencias significativas entre los dos grupos. Contreras y cols. l realizaron una liberación transcapsular en el compartimento central a nivel del reborde óseo acetabular . Todos tenían lesión labrum y todos mejoraron.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 168**

TÍTULO: **PATOLOGIA DEL ILEOPSOAS**

AUTORES: **Rial Valverde, L. / Montero Pariente, M.A. / García Benítez, B.**

CENTRO: **Hospital San Juan de Dios del Aljarafe**

Kelly, en la conferencia anual de la Sociedad Internacional de Artroscopia de Cadera (ISHA) del 2011, reportó sus resultados de la liberación artroscópica del tendón del iliopsoas en 67 pacientes, encontrando que los pacientes con anteversión femoral aumentada (> 25°) tenían peores resultados en la evaluación con escalas funcionales antes y después de la cirugía, con lo que concluye que los pacientes con anteversión femoral aumentada tienen un resultado inferior después de la tenotomía del tendón del iliopsoas, ya que dicho tendón es un estabilizador importante de la parte anterior de la cadera en este tipo de pacientes y que la liberación del tendón altera significativamente la biomecánica en estos casos. En esa misma conferencia Philippon concluye que la anteversión femoral aumentada podría ser una contraindicación para este procedimiento.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El postoperatorio inmediato se basa en una movilización activa temprana al día siguiente con flexión pasiva y apoyo al día siguiente con muletas durante 3 semanas. Flexión activa a las 6 semanas y después contrarresistencia

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 170**

TÍTULO: **ENFERMEDAD DE DUPUYTREN: DEMOGRAFÍA Y RESULTADOS CLÍNICOS EN LA COSTA DEL SOL.**

AUTORES: **García Donaire, J. / Morgades Prat, C. / Galán Novella, A.**

CENTRO: **Hospital Universitario La Línea de la Concepción**

INTRODUCCIÓN:

En la enfermedad de Dupuytren se desconoce tanto la patogenia, la propagación, la recurrencia y la curación de la enfermedad.

OBJETIVOS:

Conocer nuestros resultados en la enfermedad de Dupuytren.

MÉTODOS:

Se realiza un estudio descriptivo de pacientes intervenidos en el Hospital Costal de Sol entre los años 2010 hasta 2015, con un seguimiento mínimo de un año. Se incluyen 194 manos con enfermedad de Dupuytren que fueron intervenidas mediante técnicas abiertas.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

De los 194 casos, se han descrito un predominio masculino del 84%, con una edad media de 62,86 años y afectación bilateral en el 48,45%. Estos pacientes tienen una distribución según el número de dedos afecto es 52,1% con un radio, 32,5% con dos radios afectados, 10,8% con tres radios afectados y 3,1% con más de 3 dedos afectados. Se analizan diferentes parámetros de interés en la bibliografía en nuestra serie. Hemos encontrado una tasa de complicaciones del 16,6% y recidiva de 8 casos (4,1%).

CONCLUSIONES:

En los 194 casos de enfermedad de Dupuytren se han mejorado la mayoría de los pacientes y sólo hemos encontrado una recidiva del 4,1%. El tratamiento quirúrgico es el más comúnmente aceptado con una tasa baja de complicaciones.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 171**

TÍTULO: **NECROSIS AVASCULAR DE ESCAFOIDES COMO CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR DE MUÑECA**

AUTORES: **Sánchez Siles, J.M. / Hernández Ruiz, A. / Ramos Santos, J.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La necrosis avascular idiopática de los huesos del carpo es una condición relativamente infrecuente y generalmente afecta al semilunar (enfermedad de Kienböck). Excepcionalmente afecta al escafoides, denominándose en estos casos enfermedad de Preiser (EP). La etiología de la EP es desconocida, pero se han descrito casos asociados a tratamientos prolongados con corticoides y quimioterapia.

MÉTODOS:

Presentamos el caso de una mujer de 64 años con una necrosis avascular del escafoides sin traumatismo previo, con un grado avanzado de artropatía degenerativa de la muñeca secundaria. Como antecedentes de interés, la paciente padece VHC e hipotiroidismo, habiendo sido intervenida por Feocromocitoma e histerectomía total.
En las pruebas de imágenes se constata la fragmentación del escafoides con colapso del mismo y una artrosis periescafoidea severa (grado IV de la clasificación de Lanzetta y Herbert).
Se le propone a la paciente tratamiento quirúrgico, que rechaza por control de síntomas con analgesia habitual y férula de descarga.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La necrosis avascular (NAV) de escafoides se suelen dar en el contexto de una fractura de escafoides, debido a la precaria vascularización de su polo proximal. Es excepcional que esta NAV se presente de forma idiopática, denominándose entonces enfermedad de Preiser, por fue él en describirla en 1910, aunque la describiera en pacientes con antecedentes traumáticos.
A pesar de ser una enfermedad idiopática, se han publicado diferentes mecanismos etiopatogénicos que explican en última instancia una alteración de la vascularización del polo proximal, ya de por sí insuficiente. Historias previa de microtraumatismos repetitivos, tratamientos prolongados con corticosteroides y quimioterápicos, alteraciones anatómicas de la vascularización proximal y una alteración de la varianza cubital son ejemplos propuestos descritos como etiología de la enfermedad de Preiser.
En el caso que presentamos, si bien es cierto que la paciente no cuenta un antecedente traumático ni de toma prolongada de corticoides, nos narra que jugó al balonmano hasta los 25 años por lo que está presente uno de los mecanismos etiopatogénicos descritos con anterioridad, que sería microtraumatismo repetitivos.
La paciente fue intervenida años atrás de un feocromocitoma, patología que si bien no ha sido descrita con anterioridad en la bibliografía como causante de EP, sí que podría explicar un aumento de mineralocorticoides y glucocorticoides endógenos, y éstos ser causa de la EP, al igual que la administración prolongada de corticoides exógenos.
El tratamiento es controvertido. Las medidas no quirúrgicas consisten en fisioterapia y quinesioterapia e inmovilización, AINEs y , en ocasiones, infiltración con glucocorticoides. Entre los tratamientos quirúrgicos, existen numerosas posibilidades como son: carpectomía de la fila proximal, escicsión escafoidea proximal con reemplazo silastic, estiloidectomía radial, artroplastia total de muñec, fusión del hueso grande con semilunar o desbridamiento escafoideo con injerto óseo. Los procedimientos de revascularización suelen realizarse en aquellos casos con necrosis pero sin cambios degenerativos, mientras que los tratamientos más agresivos se indican en aquellos pacientes que ya presentan cambios artrósicos.
Nuestra paciente rechazó el tratamiento quirúrgico, por lo que se encuentra en fisioquinesioterapia, con AINE a demanda y utilizando ortesis, lo cual le ha permitido realizar sus tareas habituales con ligeras molestias.
En conclusión, la enfermedad de Preiser es una causa infrecuente de dolor de muñeca, que debe ser considerada en aquellos pacientes que no presenten mejoría con los tratamientos habituales.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 172**

TÍTULO: CIRUGÍA RADICAL EN PACIENTES CON SARCOMA DE EWING MEDIANTE HEMIPELVECTOMÍA INTERNA.

AUTORES: Zambrano Jiménez, MªD. / Prada Chamorro, E. / Fernandez Marín, M.R.

CENTRO: Hospital Universitario Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN:

El Sarcoma de Ewing(SE) es un tumor óseo maligno de alto grado caracterizado por la formación de células redondas. Los huesos largos y la pelvis son las estructuras más comúnmente afectadas. Dependiendo de la zona de la pelvis donde asienta el tumor, podemos definir 5 zonas: -Zona I: Tumor que asienta en la pala iliaca. -Zona II: Tumores que asientan en la zona acetabular. -Zona III: Asiento en las Ramas Ilio o Isquio-pubianas. -Zona A: Afectación de la cabeza del fémur. -Zona IV: articulación sacroiliaca y sacro. La reconstrucción será totalmente distinta según la zona afectada.

OBJETIVOS:

Presentar diferentes tipos de reconstrucciones tras hemipelvectomía interna(HI) en pacientes con SE.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos tres casos de SE de localización pélvica, con afectación de diferentes zonas de la misma, y la reconstrucción que se llevo a cabo en cada uno de los pacientes.
Caso 1: Varón,35años. SE intrapélvico que afectaba a zona I (Imagen1-2) tratado mediante HI con resección de zonas I+II+A+IV y reconstrucción mediante tornillos en L5 y S1, ileo e isquiopubianos con sistema de doble barra, cementación ósea con gentamicina y prótesis total de cadera cementada con cotilo retentivo alojado en la masa de cemento(Imagen3-4).
Caso 2: Varón, 46 años. SE con afectación pélvica de zona II(Imagen5-6). Se realizó HI mediante resección parcial de zonas II+A y reconstrucción mediante prótesis tumoral(imagen7).
Caso 3:Varón, 38 años. SE con afectación de zona III(imagen8), se realizó resección del tumor sin reconstrucción (imagen9).
Todos los pacientes fueron incluidos en el Ensayo clínico EUROEWING 2012.

RESULTADOS:

A los 6 meses de media, el paciente consigue deambular con ayuda de bastones, siendo independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

CONCLUSIÓN:

La reconstrucción pélvica mediante el sistema de barras y tornillos junto a la aplicación de cemento tras hemipelvectomia interna es un método que ofrece buenos resultados funcionales en resecciones parciales tipo I, así como la reconstrucción mediante próstesis tumorales en extirpaciones acetabulares resección tipo II+A.También podemos convinar ambos métodos de reconstrucción según la necesidad que tengamos tras la resección.Las resecciones tipo III no suelen requerir reconstrucción.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 174**

TÍTULO: **CIRUGÍA RADICAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE MILROY QUE DESARROLLA LINFANGIOSARCOMA EPITELIOIDE EN MUSLO SOBRE LINFEDEMA CONGÉNITO EN MIEMBROS INFERIORES. SINDROME DE STEWART-TREVES.**

AUTORES: **Zambrano Jiménez, MªD. / Prada Chamorro, E. / Hernández Beneit, J.M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío**

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Milroy es un tipo de linfedema congénito que presenta un patrón familiar autosómico y dominante.Las complicaciones de este linfedema crónico sobretodo en extremidades inferiores, son la celulitis y el linfangiosarcoma (Síndrome de Stewart-Treves), y menos frecuentemente el carcinoma epidermoide, el linfoma de célulasB y angiosarcoma. La supervivencia a los cinco años es inferior al 5-10%,independientemente del tipo de tratamiento instaurado.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de Angiosarcoma son linfedema crónica por Enfermedad de Milroy.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 40 años con antecedentes de Linfedema congénito por Síndrome de Milroy e Hipotirodismo. Consultó por la aparición de una lesión violácea de aproximadamente 1cm en la zona distal del muslo izquierdo, inicialmente indolora. El diagnóstico se demoró un año, durante el cuál el paciente presentó dolor mal controlado, aparición de lesiones satélites y ulceración de la lesión inicial con episodios de sangrado y supuración. Es remitido a nuestras consultas, la lesión inicial ulcerada había aumentado hasta los de 3cm de diámetro con 8 lesiones satélites, algunas de ellas tambíen ulceradas(Imagen 1-2). Se completó estudio local mediante RMN (Imgen 3),que informó como sospecha de Angiosarcoma, y estudio de extensión mediante Body-TAC, que informó de ausencia de metástasis a distancia. Se planificó Biopsia que fue informada como Angiosarcoma bien diferenciado y de forma conjunta con el Servicio de Oncología se decidió primero tratamiento mediante cirugía radical y posteriormente tratamiento adyuvante. Se realizó amputación supracondílea de fémur y se mandó la pieza a AP que informó de Angiosarcoma Epitelioide Grado 3 de la FNCLCC.

RESULTADOS:

El paciente presenta actualmente una recidiva local a nivel del muñón de amputación y está pendiente de cirugía de ampliación de márgenes mediante desarticulación de cadera(Imagen4).

CONCLUSIONES:

Debemos recalcar la importancia del examen clínico regular de todos los pacientes afectados por linfedema crónico. -El pronóstico de este tumor depende de que el diagnóstico sea precoz y la cirugía exerética. No hay ningún estudio que indique cuál es el mejor tratamiento, si bien la mayoría de los autores se inclinan hacia la cirugía radical con o sin radioterapia; La amputación o la exéresis radical proporcionan la mejor oportunidad de supervivencia a largo plazo.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 175**

TÍTULO: CORRELACIÓN ENTRE LOS HALLAZGOS ANATÓMICOS Y LA CLÍNICA EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO IDIOPÁTICO.

AUTORES: García Donaire, J. / Gómez Barbero, P. / Aedo Martín, D. / López Trabuco, R.E. / García de Lucas, F.

CENTRO: Hospital Universitario La Línea de la Concepción

INTRODUCCIÓN:

El síndrome del túnel del carpo (STC) representa la neuropatía periférica por compresión más prevalente en nuestro medio. La liberación del nervio mediano es la intervención más frecuentemente realizadas por los cirujanos de la mano, apreciándose intraoperatoriamente un aumento del grosor del ligamento transverso del carpo (LTC). Este aumento del grosor se ha cuantificado y correlacionado con el grado de afectación mediante estudios de ecografía, no encontrándose en la bibliografía estudios lo analicen mediante resonancia magnética (RM).

OBJETIVOS:

Evaluar por RM el grosor del LTC, área correspondiente al nervio mediano y área del túnel del carpo en pacientes diagnosticados de STC idiopático frente a pacientes sin clínica de neuropatía compresiva del nervio mediano.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, comparativo de casos y controles retrospectivo realizado en el Hospital FREMAP de Majadahonda entre los años 2013 y 2015 con 36 pacientes por grupo. Se incluyen como casos aquellos pacientes con clínica compatible (dolor, alteraciones sensitivas y probas de provocación positivas) y estudio electroneurofisiológico positivo. Se analizó la existencia diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos comparándose el grosor del ligamento transverso, el área correspondiente al nervio mediano y el área del túnel del carpo a nivel de la primera hilera del carpo, segunda hilera y base de los metacarpianos.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El sexo en el grupo de los casos correspondió a 14 hombres y 22 mujeres con media de edad de 38,1 años y con un diagnóstico neurofisiológico de leve (58,3%), leve-moderada (5,6%) moderada (16,7%), moderada-severa (8,3%) y severa (11,11%). En las mediciones del grosor del ligamento no se observan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las 3 hileras presentando tendencia a mayor grosor en la primera y segunda hilera en el grupo de casos. Respecto a las áreas del túnel y del nervio mediano no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ningún nivel.

CONCLUSIONES:

A pesar de no haber obtenido resultados estadísticamente significativos se observa una tendencia a mayor grosor del ligamento transverso del carpo en primera y segunda hilera en concordancia con la impresión subjetiva intraoperatoria.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 176**

TÍTULO: **NEUROAPRAXIA DEL NERVIO RADIAL TRAS FRACTURA-LUXACIÓN GLENOHUMERAL ANTEROINFERIOR COMPLEJA.**

AUTORES: **Zambrano Jiménez, Mª.D. / Prada Chamorro, E. / Hernández García,L.P.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de húmero proximal representan el 4-6% del total de las fracturas en nuestro medio. Las fracturas-luxaciones pueden asociar lesiones neurológicas, siendo más frecuentes en ancianos yen traumatismos de alta energía, afectándose el nervio axilar en 9.3-63% y el nervio radial en 22% de los casos; y lesión vascular, siendo está más frecuente en ancianos y en fracturas-luxaciones en las que la cabeza se ha quedado alojada en la axila, localizándose a nivel de la arteria axilar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 67 años, sin antecedentes de interés que tras caída en el campo presenta dolor, deformidad en charretera e impotencia funcional del hombro derecho. En la exploración inicial presenta afectación motora del nervio radial con incapacidad para la extensión de muñeca y dedos siendo imposible explorar el nervio circunflejo por dolor. Los pulsos distales estaban conservados. Se solicita radiografía AP y Transtorácica de Húmero observándose fractura-luxación glenohumeral anteroinferior asociada a fractura de troquíter (Imagen1). Se procede a reducción cerrada mediante el método de Tracción-Contratracción reduciéndose la misma. En el control radiológico se observa reducción de la luxación habiéndose quedado la cabeza alojada en la axila (Imagen2). Reexploramos neurológicamente a la paciente observando la integridad del nervio circunflejo y que permanece la lesión del nervio radial. Se decide completar estudio con AngioTAC-R3D que confirmó que la arteria axilar está comprimida y desplazada por el fragmento de cabeza alojado en la axila (imagen3) por lo que se decidió tratamiento quirúrgico urgente. A la llegada a quirófano la paciente presentaba importante ingurgitación venosa y hematoma supraclavicular. Se decide realizar Hemiartroplastia con prótesis cementada e injerto autólogo mediante la técnica habitual (imagen4).

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En el postoperatorio inmediato la paciente ya presentaba recuperación del nervio radial. No se presentaron complicaciones a cortomedio plazo y tras un tratamiento rehabilitador prolongado la paciente presenta unos resultados aceptables.

CONCLUSIONES:

La lesión neurovascular en estas fracturas no es infrecuente, por lo que siempre realizar una adecuada exploración y ante la sospecha de la misma, completar el estudio mediante pruebas complementarias. Si la lesión neurológica está presente en el momento de la lesión, el pronóstico de recuperación es bueno y está indicada la observación. La hemiartroplastia tras fracturas muestra mejores resultados si se realiza precozmente y se asocia a rehabilitación precoz. Su principal complicación es la rigidez.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 177**

TÍTULO: **TRAUMATISMO PÉLVICO CON LESIÓN DE ARTERIA GLÚTEA SUPERIOR.**

AUTORES: **Martínez Martín, J.A. / Martínez Calzón, A. / Such Sánchez, J.L.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario Granada**

INTRODUCCIÓN:

La lesión de la arteria glútea superior es una complicación rara de los traumatismos pélvicos, pero puede presentarse aún cuando la fractura es estable o inapreciable mediante radiografía simple. La lesión de la arteria glútea superior puede causar cambios hemodinámicas importantes que comprometan la vida del paciente, si bien en muchas ocasiones son susceptibles de tratamiento mediante embolización.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente varón de 78 años que sufre colisión frontal cuando conducía su coche. A su llegada a urgencias está consciente, con constantes mantenidas. Sufre cuadro repentino de hipotensión, por lo que se traslada al TC, donde se detectan fracturas de arcos costales, mínima rotura de bazo y fractura de pelvis y acetábulo izquierdos, tipo B2.1 de Tile. Dada la inestabilidad del paciente, se traslada a quirófano donde se coloca tracción transfemoral que reduce la fractura y se realiza laparotomía exploradora con esplenectomía y empaquetado intraperitoneal y pélvico, si bien se observa sangrado abundante procedente de la pelvis. Dada la persistente inestabilidad, se traslada el paciente al centro de referencia para continuar con el protocolo ATLS y realizar arteriografía de urgencias. Se detecta sangrado procedente de arteria glútea superior que se cateteriza.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Debido a la situación mantenida desde el ingreso en UCI de coagulopatía, acidosis e hipotermia, el paciente fallece a los 5 días del traumatismo.

CONCLUSIONES:

La ruptura de la arteria glútea superior es una complicación rara cuyos mecanismos más frecuentes son una herida penetrante o fractura de pelvis. Se han descrito casos en los que la fractura de pelvis pasó inadvertida. No es infrecuente que el paciente se encuentre hemodinámicamente estable a su llegada a urgencias. Sin embargo, la ruptura de la arteria glútea superior constituye un potencial peligro para la vida del paciente. Actualmente, el patrón oro de tratamiento es la embolización. Si bien en el manejo de nuestro paciente se siguió el protocolo ATLS, es posible que las lesiones concomitantes como la fractura de bazo restaran importancia al sangrado pélvico, lo que provocó una demora en el tratamiento definitivo y llevó a la situación de inestabilidad que no fue reversible.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 178**

TÍTULO: **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOSARCOMA DE FALANGE DEL PIE. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Martínez Martín, J.L. / Rojas Leandro, A. / Garvayo Merino, C.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario Granada**

INTRODUCCIÓN:

El osteosarcoma es el tumor primario óseo solido más frecuente. Un 75% de los casos están diagnosticados en pacientes menores de 25 años, sobre todo varones. Los casos diagnosticados en pacientes adultos suelen ser por causas secundarias como radioterapia, infartos óseos, Enfermedad de Paget, etc. La etiología puede ser idiopática, por alteraciones genéticas hereditarias (estando asociado a otras enfermedades como el retinoblastoma) o adquiridas, o por agentes causales físicos (radiaciones) o químicos. El diagnostico se realiza mediante historia clínica, exploración física, pruebas de laboratorio e imagen y análisis inmunohistoquimico. Su tratamiento depende del grado de malignidad y estadio, pudiéndose realizar cirugía sola, o combinarla con quimioterapia.

OBJETIVOS:

Mostrar las características clínicas y radiológicas que presentan estos pacientes y el tratamiento recomendado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos una mujer de 38 años que acude a consulta de Traumatología por dolor en 2º dedo de pie izquierdo de 2 meses de evolución. Sin antecedentes de interés ni traumatismo previo. En la exploración presenta tumefacción y aumento de tamaño a nivel de falange proximal. Se realiza Rx apreciándose lesión quística en falange proximal, sin afectación de cortical y de apariencia benigna, compatible con osteocondroma. Se completa estudio con RM. Se realiza tratamiento mediante cirugía, extirpando la lesión y aportando injerto óseo artificial. Se envían muestras para estudio anatomopatológico.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Paciente presenta buena evolución con consolidación ósea de la lesión y sin dolor. Resultado de estudio anatomo-patológico es compatible con lesión de características malignas correspondiendo a osteosarcoma de bajo grado. Se decide realizar estudio de extensión, siendo negativo. Se realiza nueva cirugía para amputación de 2º radio. Actualmente la paciente evoluciona favorablemente y sin recidiva.

CONCLUSIONES:

El osteosarcoma es una lesión típica de pacientes jóvenes localizada en metáfisis de huesos largos siendo más frecuente en la rodilla, pero también podemos encontrarlo en localizaciones infrecuentes como en nuestro caso. La presentación clínica es en forma de masa palpable con dolor persistente de características inflamatorias. Suelen tener límites mal definidos, acompañados de destrucción de hueso cortical y medular y afectando a partes blandas, pero también pueden comportarse de forma menos agresiva simulando una lesión benigna. Su tratamiento es individualizado y consiste en cirugía con o sin quimioterapia.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 179**

TÍTULO: **OSTEOCONDROMA EXTRAESQUELÉTICO EN PLANTA DEL PIE. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Martínez Martín, J.A. / Almagro Gil, M.L. / Garvayo Merino, C.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario Granada**

INTRODUCCIÓN:

El osteocondroma extraesquelético, es un tumor benigno infrecuente de tejidos blandos, variante calcificada del condroma de partes blandas. En la mayoría de los casos se encuentra en los dedos de manos (80%) y pies, y que no afecta al hueso ni articulación adyacente. Aparece entre la tercera y sexta décadas de la vida, sin predominio en ningún sexo. Clínicamente se aprecia una tumoración única, no dolorosa, palpable, crecimiento lento de larga evolución, y que raramente excede 3 cm. Sin embargo, hasta el 20% presenta dolor, sobre todo localizados en la planta del pie. El diagnóstico de certeza lo determina la anatomía patológica. El tratamiento consiste en exéresis completa del tumor. El riesgo del recurrencia está en torno al 5-18%.

OBJETIVOS:

El objetivo de la exposición de nuestro caso es mostrar las características clínicas, radiológicas e histológicas de esta lesión; así como el tratamiento a realizar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En nuestro caso presentamos a una mujer de 55 años que acude a consulta por dolor planta del pie izquierdo, dificultad para deambulación y tumoración de más de cinco años de evolución.
En la exploración física se palpa una masa firme, dura, dolorosa y fija a nivel plantar de primer espacio interdigital pie izquierdo; con hiperqueratosis y callosidad en la piel circundante.
Se procedió al estudio de la tumoración mediante pruebas de imagen y fue tratado con exéresis quirúrgica, y envío de la muestra a anatomía patológica.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En la radiografía simple se aprecia una masa opaca, entre primer y segundo dedo de pie izquierdo. TC y RM confirman la presencia de una masa heterogénea, bien definida, calcificada, que no invade planos profundos. La exéresis de la tumoración mostró una masa única de fácil enucleación, lobulada, dura, de 4 cm de diámetro máximo. Anatomía patológica informó de osteocondroma.
Tras varios meses de evolución paciente se encuentra asintomática, no hubo incidencias en la evolución de la herida quirúrgica ni complicaciones posteriores. No signos de recidiva.

CONCLUSIONES:

El osteocondroma extraesquelético es una tumoración benigna infrecuente a tener en cuenta ante una masa osificada en tejido blando de parte distal de las extremidades.
Un aspecto a tener en cuenta, es la importancia del diagnóstico anatomopatológico de la lesión, ya que puede haber atipias celulares y apariencia radiológica maligna, en estos tumores, que como hemos visto no presentan malignidad.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 180**

TÍTULO: **FRACTURA DE COTILO POR TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA.**

AUTORES: **Fernández Marín, M.R. / De la Torre Colmenero, R. / Zambrano Jiménez, M.D. / Ramadán Márquez, G. / Fenero Delgado, B.T. / Garcés Castillo, J.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla**

ANAMNESIS:

Paciente de 76 años, hipertenso como único antecedente de interés. Activo e independiente para todas las actividades básicas de la vida. Acude a urgencias por caída desde su altura, presentando impotencia funcional en miembro inferior derecho.

EXPLORACION FÍSICA:

Clínicamente estable, presentaba marcada afectación por dolor a nivel de cadera e ingle D, impidiendo la exploración. No afectación neurovascular distal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Se solicita radiografía urgente: se aprecia fractura de cotilo derecho. Solicitamos Tac urgente para filiar la lesión: se aprecia fractura con afectación de columnas anterior y posterior.

DIAGNÓSTICO:

Fractura en T de acetábulo derecho.

TRATAMIENTO:

Dada la edad del paciente y la menor demanda funcional de éste, así como mínimo desplazamiento de la fractura, se decidió realizar reducción cerrada y fijación mediante tornillos. Tras varios intentos, se objetivó mala presa de los tornillos posicionados en columna anterior, que no ofrecían suficiente sostén para la fractura, en parte condicionado por la osteoporosis presente. Se decide intraoperatoriamente y según la planificación preoperatoria realizada previamente, cambiar la técnica operatoria. Realizamos reducción abierta de la fractura mediante abordaje ilioinguinal modificado y fijación interna mediante placa puente en columna anterior y tornillos a compresión en columna posterior.

EVOLUCIÓN:

Comenzó con sedestación precoz, una vez se controla el dolor correctamente. Al alta domiciliaria se prescribió tratamiento con alendronato y vitamina D y se indicó permanecer en descarga del miembro durante 3 meses con seguimiento clínico-radiológico seriado. Tuvo una excelente evolución en consultas, consiguiendo la marcha normal ayudado por un bastón por inseguridad en la marcha, con consolidación completa de la fractura.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 180**

TÍTULO: **FRACTURA DE COTILO POR TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA.**

AUTORES: **Fernández Marín, M.R. / De la Torre Colmenero, R. / Zambrano Jiménez, M.D. / Ramadán Márquez, G. / Fenero Delgado, B.T. / Garcés Castillo, J.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla**

DISCUSIÓN:

En el último siglo, la esperanza de vida ha aumentado en 30 años. Además, este aumento en la edad va acompañado de ritmos de vida más activos en personas ancianas. Una de las condiciones más frecuentes en esta población es la osteoporosis, que ha sufrido un aumento del 54 % en su prevalencia en los últimos 20 años. La osteoporosis implica que un traumatismo mínimo pueda condicionar una fractura de gran envergadura. Las fracturas de cotilo en pacientes añosos son más frecuentes de lo esperado: un 17% de éstas se producen en mayores de 65 años y el 60% de todas las fracturas acetabulares se producen por traumatismos de baja energía. Deben ser siempre sospechadas en ancianos con coxalgia postraumática, pues incluso las diagnosticadas tratadas correctamente representan un 25% de mortalidad en el primer año con casi 4 veces más complicaciones asociadas que otras fracturas. Para su diagnostico es esencial sospecharlo primero ante una coxalgia en el anciano y confirmarlo posteriormente mediante una serie radiográfica de pelvis que incluya proyecciones anteroposterior, alar y obturatriz del lado afecto. Asimismo, en la mayoría de los casos se precisa de tomografía para identificar el patrón exacto de fractura y decidir el tratamiento definitivo. El objetivo del tratamiento va encaminado a recuperar el estado premórbido, mejorar la funcionalidad y reducir el dolor al mínimo. Hay que tener en cuenta los obstáculos que encontraremos en la población geriátrica, con muchas comorbilidad preexistentes, mala calidad ósea y riesgo asociado de impactación de la cabeza femoral. La decisión de intervención con reducción cerrada o abierta y colocación de placas y tornillos dependerá del tipo de paciente. La reducción cerrada tiene como ventaja una menor agresión biológica con recuperación y movilización precoz, pero precisa de una alta experiencia y habilidad quirúrgica para reducir la fractura de manera correcta, además del poco agarre de los tornillos a compresión que aportan en el hueso osteoporótico. La decisión de realizar una reducción abierta debe ser planificada y controlada, dadas las complicaciones y riesgos asociados (fallo de material, colapso de cadera, afectación vasulonerviosa asociada) y también, por los peores resultados alcanzados en pacientes más añosos. Finalmente, es esencial completar el tratamiento con medicación del metabolismo óseo para favorecer de densidad del hueso y prevenir nuevas fracturas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 181**

TÍTULO: **LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RÓTULA CON AVULSIÓN DISTAL DE TENDÓN ROTULIANO.**

AUTORES: **Pérez Sánchez, A. / Rodríguez Huguet, P. / Guerrero Cano, S.**

CENTRO: **Hospital Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

La rotura del tendón rotuliano es menos frecuente que la del tendón cuadricipital y por lo general afecta a pacientes menores de 40 años. La mayoría de estas roturas se localizan en el polo inferior de la rótula, siendo excepcional en la inserción en la tuberosidad anterior de la tibia.

OBJETIVOS:

Presentar un caso con poca literatura al respecto donde encontramos una rotura aguda del tendón rotuliano secundario a una luxación traumática de rótula y cuya localización es a nivel de la inserción en la tuberosidad anterior de la tibia y sin fragmento osteocondral.

MÉTODOS:

Varón, 16 años, que presenta caída de motocicleta con traumatismo sobre la rodilla derecha con luxación traumática de rótula e imposibilidad para la elevación de la pierna recta tras la reducción por aparente discontinuidad del aparato extensor asociada, por lo que se completa el estudio mediante RMN: edema óseo en surco de cóndilo femoral externo, edema óseo en vértice rotuliano, rotura de alerón rotuliano interno y rotura de tendón rotuliano a nivel de su inserción en la tuberosidad anterior de la tibia. Procediendose a reparación quirúrgica mediante cruentación de tuberosidad tibial, sutura tipo krackow a nivel medial y lateral del tendón, pasar los extremos a través de tuneles transóseos transversos en la tuberosidad tibial y anudar sobre puente óseo en los extremos opuestos. Reparación del alerón rotuliano. Inyección peri e intratendinosa de PRP.

RESULTADOS:

Se evita la inmovilización con férula de yeso, empleando una rodillera articulada a 0º-30º durante 3 semanas, posteriormente se amplia a 45º la 4ª semana, las dos siguientes 0º-90º, dejándolo libre a partir de la sexta semana. A las doce semanas presentaba un balance articular de 0º-110º, una rodilla estable y recuperación del tono muscular siendo similar a contralateral. Como única complicación presenta adherencias en la zona de la cicatriz.

CONCLUSIONES:

La rotura completa del tendón rotuliano requiere una intervención quirúrgica para restablecer la función del aparato extensor. El diagnóstico y tratamiento tempranos mejoran los resultados. Es fundamental previo a la fijación definitiva de la sutura comprobar que la rótula no queda baja.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 182**

TÍTULO: **ARTRODESIS TALOTIBIOCALCÁNEA PRIMARIA PARA TRATAMIENTO DE FRACTURA COMPLEJA DE PILÓN TIBIAL (AO/OTA 43-C3).**

AUTORES: **Ortiz Gallego, A. / Osuna González, R. / Galadí Fernández, M.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de pilón tibial constituyen un reto debido a las frecuentes complicaciones asociadas a su osteosíntesis. La escasa cobertura muscular de la zona, implica que la energía de los traumatismos se transmita directamente a piel y hueso. El mecanismo más frecuentemente implicado en estas fracturas son las caídas desde altura. Típicamente se caracterizan por importante conminución articular.

OBJETIVOS- MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 48 años, fumador, con antecedentes personales de timpanoplastia por otitis media crónica. Albañil de profesión, sufre el accidente al precipitarse desde un andamio de 3 metros de altura. En el momento del ingreso presenta fractura de pilón tibial (AO 43-C3). La zona afecta presenta importante afectación de partes blandas sin exposición ósea. El mismo día del ingresa se coloca en nuestro quirófano de Urgencias un fijador externo a la espera de tratamiento definitivo una vez mejoradas las partes blandas.
Veinte días más tarde se procede a realizar en quirófano programado el tratamiento definitivo de la fractura. Decúbito prono y con isquemia de miembro afecto se realiza un único abordaje posteroexterno. Se realiza osteosíntesis de peroné con placa y tornillos. Se precede a la extracción de fragmentos óseos desvitalizados y a la cruentación de la superficie del astrágalo. Se coloca clavo de artrodesis talocalcánea de Stryker de 300 mm. Se colocan 2 tacos de aloinjerto y síntesis de maléolo posterior con 2 tornillos a compresión a astrágalo de 4.5 mm.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El paciente es dado de alta a los 5 días de la cirugía. Buena evolución de las partes blandas durante las curas en consultas. En el postoperatorio no se recomienda la carga completa hasta que aparezcan signos radiológicos de consolidación completa. La principal ventaja descrita en este método es el empleo de una única vía de abordaje lo que permite ser más conservador con las partes blandas, y el alto índice de consolidación de la artrodesis conseguido con el clavo retrógrado.

CONCLUSIONES:

La artrodesis primaria empleando un clavo retrógrado parece ser una solución lógica con un bajo índice de complicaciones en fracturas graves de pilón tibial, las cuales tienen un alto indice de artrosis postraumática que implicará nuevas cirugías.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 183**

TÍTULO: **FRACTURA- LUXACIÓN INVETERADA DE CHOPART. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Caballero Angulo, J.A. (1) / Quintero López, C. (2) / Medina León, N. (2).**

CENTRO: **(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)**
(2) Hospital de Poniente, El Ejido (Almería)

INTRODUCCIÓN:

la luxación de la articulación de Chopart, que engloba las articulaciones calcaneocuboidea y astragaloescafoidea, es una lesión de alta energía a menudo presentada en el contexto del politraumatizado. Es poco frecuente en el desarrollo de nuestra práctica asistencial siendo imprescindible un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar secuelas importantes.

OBJETIVOS:

Mostrar a través de un caso clínico, la importancia de las complicaciones de esta lesión si no es detectada y tratada en el momento agudo.

MÉTODOS Y RESULTADOS:

Paciente de 56 años derivado de otro centro para tratamiento definitivo de luxación de Chopart del pie derecho de 3 semanas de evolución resultado de un accidente tráfico con otras lesiones internas.
A la exploración presenta dolor, deformidad y tumefacción a nivel del mediopié derecho con pulso pedio conservado. Exploración neurológica difícil por dolor. En radiografía se objetiva fractura- luxación de Chopart. Se decide intervención quirúrgica con reducción abierta y fijación interna con triple artrodesis (astragaloescafoidea, calcaneocuboidea, subastragalina) con grapas ortopédicas tipo Coventry no consiguiéndose consolidación de las artrodesis clínica y radiológicamente motivo por el que es reintervenido 1 año después con triple artrodesis con tornillos canulados y placa de artrodesis astragalescafoidea consiguiéndose la consolidación. Las heridas quirúrgicas evolucionaron correctamente con dolor residual importante en mediopié y retropié, limitación de la movilidad subastragalina y secuelas biodinámicas en el pie provocando alteraciones del apoyo del pie en 2º y 3º rocker con metatarsalgia y dedos en martillo.

CONCLUSIONES:

La luxación de Chopart es una lesión rara, siendo muy importante un diagnóstico y tratamiento precoz, existiendo un alto riesgo de secuelas posteriores, si no es tratada de forma aguda.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 184**

TÍTULO: **LA MORDEDURA DE UNA VÍBORA EN LA MANO.**

AUTORES: **Valverde Cano, C.R. / Cañada Oya, H. / Cañadillas Rueda, R.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

Las mordeduras por serpientes son un grupo importantes de heridas con alta incidencia mundial y mortalidad del 10%. Aunque en España son raras, en Andalucía la especie venenosa más frecuente es la víbora hocicuda. Estas heridas ponzoñosas pueden tener serias consecuencias tanto locales como sistémicas, entre ellas síndromes compartimentales , linfangitis, shock anafiláctico, estados de hipocoagulabilidad y neurotoxicidad.

OBJETIVOS:

Exponer un caso en nuestro medio de picadura de Víbora Hocicuda en un varón de 58 años que sufre un mordisco en el segundo dedo de la mano en el medio rural.

MÉTODOS:

Recibido en el servicio de urgencias a las 2 horas del incidente con signos y síntomas de envenenamiento moderado, con manifestaciones sistémicas leves por hipocoagulabilidad y reacción local intensa. Se le administra corticoides, anti-histamínicos , analgésicos y el suero antiponzoñoso a la recepción dados los trastornos de la hemostasia.
Ante el empeoramiento progresivo de los síntomas locales y sospecha de complicación con síndrome compartimental se solicita valoración por nuestro servicio . El paciente presentaba dolor intenso, parestesias e imposibilidad a la movilización activa de 2 dedo. Ante el empeoramiento súbito se decidió intervenir realizándose una fasciotomía en la mano, tras la cual mejoró la sintomatología local y el dolor de forma notable. Precisando posteriormente de curas bajo sedación y seguimiento por medicina interna.

RESULTADOS:

Tras 3 meses de seguimiento en la consulta presenta buen aspecto y excelente funcionalidad de la mano derecha, resolviéndose el incidente de manera satisfactoria.

CONCLUSIONES:

Las heridas ponzoñosas por mordedura de víbora son excepcionales en nuestro medio, precisando de tratamiento tanto médico como quirúrgico. Siendo de vital importancia las medidas de primeros auxilios, evitando realizar incisiones en el punto de mordedura, mantener el miembro en posición funcional por debajo del nivel del corazón y traslado a centro médico.El síndrome compartimental en miembro superior secundario a mordedura de víbora es una complicación rara que precisa de una alta vigilancia, diagnóstico y sospecha precoz para la realización de fasciotomía, para promover una recuperación funcional aceptable y supervivencia del paciente.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 185**

TÍTULO: **TRATAMIENTO DE SARCOMA DE EWING DE PERONÉ DISTAL MEDIANTE RESECCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **García Donaire, J. / Alonso Hernández, J. / Abril Martín, J.C. / Miranda Gorozarri, C.**

CENTRO: **Hospital Universitario La Línea de la Concepción**

INTRODUCCIÓN:

El sarcoma de Ewing (SE) es la segunda neoplasia primaria de hueso en la infancia. El peroné distal es una localización poco frecuencia. La amputación ha sido un procedimiento habitual, pero en las últimas décadas, los tratamientos con quimioterapia (QT) combinada con la terapia local han mejorado la supervivencia. Tradicionalmente el peroné se ha considerado un hueso prescindible.

OBJETIVOS:

Exponer un caso clínico para dar a conocer diferentes tratamientos para esta patología y nuestros resultados

MÉTODOS:

Niña de 10 años con dolor en el tobillo, tumoración en cara lateral y tumefacción en la sindesmosis no dolorosa. En la radiología simple se observó una imagen en el peroné distal lítico, con patrón permeativo, mal definida, con discreta reacción periótica e incremento de partes blandas. En la resonancia magnética se detectó una lesión de 3,5 cm hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 de márgenes bien definidos y destrucción parcial de la cortical. Se realizó una punción biopsia en quirófano donde se obtuvo el diagnóstico de SE. Se inició tratamiento neoadyuvante con QT, para posteriormente hacer una resección en bloque de 4 cm del extremo distal del peroné con márgenes libres de al menos 2 cm, asociando una sutura del ligamento peroneoastragalino anterior (LPAA) al margen de la tibia distal. Se continuó con terapia coadyuvante con QT y radioterapia (RT) por escasa necrosis. Actualmente tras 19 años de seguimiento se encuentra libre de enfermedad y desarrollando una actividad profesional y deportiva normal.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Debido a la rareza de los sarcomas en peroné distal, no existe un protocolo consensuado. Dentro de las diferentes técnicas publicadas se distinguen 4 grupos: reconstrucción ósea del peroné, artrodesis, resección simple y reconstrucción de partes blandas.

En la primera pueden usarse injerto autólogo de cresta, peroné vascularizado o aloinjerto. Las complicaciones más graves son la falta de consolidación, fracturas o desestabilización. En la segunda se usan habitualmente clavos endomedulares con riesgo de artrodesis fallida y alteración de la biomecánica del tarso. Se trata de pacientes jóvenes y no consideramos que sea la técnica de elección. En el tercero se indica que el tejido cicatricial postquirúrgico puede ser suficiente para la estabilidad del tobillo, aunque existen casos de deformidad en valgo progresiva. Por último entre las técnicas de reconstrucción de partes blandas existen múltiples técnicas sin diferencias entre ellas.

Capanna recomienda este tratamiento en los casos de necesitar tratamiento complementario con RT. Monson utiliza tornillos interferenciales con buenos resultados. Los estudios biomecánicos en cadáver analizan la importancia del maléolo lateral en la estabilidad de tobillo. A medida que se resecaban cantidades mayores del peroné, la inestabilidad aumentaba significativamente. La reparación ligamentosa reducía de forma substancial la inestabilidad, pero proximal a la inserción del LPAA es difícil su reparación.

CONCLUSIONES:

Este tratamiento puede ser considerado como una alternativa de tratamiento frente a la cirugía radical, sin requerir artrodesis de tobillo, uso de aloinjertos o autoinjertos, plastias de reconstrucción ligamentosa para estabilizar la articulación con alto riesgo de complicaciones en pacientes oncológicos.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 186**

TÍTULO: **LUXACIÓN DE RODILLA ANTE TRAUMATISMO DE BAJO IMPACTO.**

AUTORES: **Gómez Cáceres, A. / Carnero Martín de Soto, P. / Menéndez Quintanilla, I.E. / Montes Molinero D. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario De Málaga**

INTRODUCCIÓN:

Las luxaciones de rodilla son lesiones poco frecuentes, pero graves, debido a que se acompañan en un gran número de ocasiones a lesiones vasculares y nerviosas que requieren un diagnóstico y tratamiento oportuno y preciso. Generalmente se producen debido a traumatismos de alto impacto aunque en ocasiones pueden ser ocasionadas en actividades cotidianas. La evaluación y tratamiento inicial van destinadas a restaurar la congruencia articular de la articulación y, si es necesario, a la revascularización de la misma. La clasificación y tratamiento de la afectación ligamentosa sigue en discusión actualmente. El tratamiento conservador era tradicionalmente de elección. Hoy en día, se han demostrado mejores resultados con los avances en la reconstrucción de ligamentos frente a la reparación ligamentosa primaria.

OBJETIVOS:

El objetivo principal de este caso es presentar el manejo y evolución de una luxación de rodilla debido a traumatismo de baja intensidad.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de una mujer de 63 años que acude a urgencias que mientras deambula por vía pública sufre caída casual con traumatismo directo en rodilla izquierda, presentando dolor e impotencia funcional. A la exploración la paciente se encuentra consciente y orientada, con buen estado general, colaboradora, clínica y hemodinámicamente estable. Presenta deformidad y dolor a la palpación de rodilla izquierda. Impotencia funcional de la misma. Pulsos distales presentes, sin alteraciones sensitivas ni motoras. Radiografía: Se aprecia luxación de rodilla anteromedial.
Plan: Bajo sedación y relajación muscular se procede a reducción de la misma, colocando inmovilización con férula posterior inguinopédica. Se comprueba normalidad de estado neurovascular postreducción y se administras heparina profiláctica.Se solicita angio-tac donde se aprecia sistema vascular permeable a nivel de la lesión. RMN: Se aprecia rotura de ambos ligamentos cruzado anterior y complejo posteroexterno. Se procede a reparación quirúrgica de córner posteroexterno a los 10 días de la lesión realizándose reinserción de avulsión ósea de cóndilo femoral con dos tornillos canulados de 4.0 mm y de peroné con tornillo canulado de 4 mm siendo dada de alta a los 4 días con inmovilización posterior.
Actualmente la mujer presenta un balance articular completo con estabilidad de rodilla normal.

DISCUSIÓN:

Las luxaciones de rodilla son lesiones infrecuentes, tanto es así que es probable que un traumatólogo vea solamente una a lo largo de su carrera. En la actualidad se estima que un porcentaje de los casos se reducen espontáneamente y no se diagnostican en el momento de la lesión. Generalmente se producen debido a traumatismos de alta velocidad, aunque también son descritas en traumatismo de baja intensidad e incluso atraumáticas. La incidencia de lesiones vasculares asociadas a las luxaciones de rodilla varía en la bibliografía entre el 4,6% y el 80%. Para que un miembro se considere competente desde el punto de vista vascular, los pulsos pedios deben ser normales a la palpación tras la reducción. La presencia o ausencia de los pulsos pedio dorsal y tibial posterior junto con los índices tobillo-brazo suelen ser útiles para

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 186**

TÍTULO: **LUXACIÓN DE RODILLA ANTE TRAUMATISMO DE BAJO IMPACTO.**

AUTORES: **Gómez Cáceres, A. / Carnero Martín de Soto, P. / Menéndez Quintanilla, I.E. / Montes Molinero D. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario De Málaga**

evaluar estas lesiones. Un descenso al menos de 0,15 en el ITB es indicación para realizar arteriografía. El relleno capilar es un mal indicador de la viabilidad vascular. La alteración vascular puede producirse en cualquier tipo de luxación y surgir de forma tardía, por tanto, es necesario repetir las exploraciones vasculares al menos durante las primeras 24 horas tras la lesión. También se han descrito lesiones nerviosas en el 16% a 50% de las luxaciones de rodilla.
Recientemente, la clasificación de estas lesiones se ha centrado en las estructuras dañadas y en su grado de afectación. Este sistema de clasificación está limitado por la dificultad para obtener una exploración precisa ante una rodilla con un traumatismo grave. Los patrones identificados son LCA/LCP/LCM, LCA/LCP/LCL/CPL, LCA/LCP/CPL, LCA/LCP/LCL y LCA/LCP/LCL/CPL/LCM.
La resonancia magnética ocupa un lugar en la valoración de estas lesiones una vez que se ha estabilizado el cuadro agudo del paciente. El tratamiento de las luxaciones de rodilla ha evolucionado con lentitud, como consecuencia de la escasa incidencia y heterogeneidad de estas lesiones. Aunque no existe un acuerdo acerca del método exacto de tratamiento de estas lesiones, los estudios más recientes han insistido en la estabilización quirúrgica precoz. El momento óptimo para reparar las lesiones multiligamentosas de la rodilla con afectación de los ligamentos colaterales es entre 10 y 14 días desde su aparición. Con este plazo, las partes blandas que rodean la articulación han tenido un tiempo oportuno para cicatrizar, de modo que la amplitud de movimiento de la rodilla se ha recuperado parcialmente.

CONCLUSIONES:

- Las luxaciones de rodilla son lesiones infrecuentes, generalmente debidas a traumatismos de alto impacto.
- Se asocian a lesiones vasculonerviosas, por lo que es importante hacer un buen despistaje de las mismas.
- La reconstrucción temprana de las lesiones parece ser la técnica de elección actualmente.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 187**

TÍTULO: **MALLET FINGER. RESULTADOS DE NUESTRA TÉCNICA QUIRÚRGICA.**

AUTORES: **García Vera, J.J. / Esteban Castillo, J.L. / Navarro Carmona, F.**

CENTRO: **Hospital Vithas Xanit International / Hospital Vithas Xanit International / Hospital San Juan de la Cruz.**

INTRODUCCIÓN:

El ¨mallet finger¨ o ¨dedo en martillo¨ consiste en el arrancamiento del tendón extensor sólo, o con un pequeño fragmento de hueso en su lugar de inserción. Como el tendón flexor sigue funcionante, se produce la flexión de la punta del dedo. La causa mas común es el traumatismo directo. Luego de la lesión, la punta del dedo puede estar inflamada y dolorosa, especialmente en la región dorsal. La porción final del dedo queda flexionada debido a que el tendón extensor no puede cumplir su función de extender la punta. El diagnostico es principalmente clínico observando el aspecto del dedo y la incapacidad para extender la punta. Se deben realizar además radiografías para evaluar la integridad ósea del dedo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La indicación quirúrgica la basamos en la existencia de arrancamiento óseo >25% de la superficie articular de la base de la falange distal y en casos en que la flexión de la articulación interfalángica distal sea >20º independientemente de si hay arrancamiento óseo o no.
Utilizamos para la intervención quirúrgica un Tendofil Braun del 2. En primer lugar reducimos fractura si la hay y perforamos con aguja K hacia el lugar donde queremos anclar el botón en el pulpejo del dedo, posteriormente pasamos la sutura metálica a través del tendón y lo anclamos en su inserción natural, pasamos la sutura metálica a través del hueso y anudamos sobre el botón en el pulpejo del dedo.

RESULTADOS:

Presentamos una serie de 23 casos con un seguimiento a dos años donde el resultado funcional medio es de una movilidad de 50/-10º, no tenemos casos de malrotación y la satisfacción del paciente tras la intervención es buena. Los pacientes se pudieron reincorporar al trabajo manual que desempeñaban a los 3 meses de la intervención y no sufrieron empeoramiento de la movilidad con el tiempo.

CONCLUSIONES:

La masificación de los hospitales y la sobrecarga de trabajo pueden minusvalorar esta patología y hacer que se infraindiquen cirugías reparadoras obteniendo con ello resultados insatisfactorios. Pensamos que la cirugía siguiendo los parámetros que hemos mencionado anteriormente son la mejor opción para resolver el “mallet finger” o “ dedo en martillo”.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 188**

TÍTULO: **ENCLAVADO PROFILÁCTICO EN PACIENTE CON METÁSTASIS DE HIPERNEFRONA RENAL.**

AUTORES: **Gómez Cáceres, A. / Ramos Santos, J. / Carnero Martín de Soto, P. / Sánchez Siles, J.M. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

Una fractura espontánea consiste en la rotura de un hueso anómalo. El traumatólogo no debe limitarse a tratar la fractura ósea, ya que para que el tratamiento sea eficaz es necesario reconocer, diagnosticar y tratar la enfermedad subyacente. Los pacientes con fracturas espontáneas o fracturas inminentes debidas a carcinoma metastásicos precisan una atención especial. Una metástasis ósea indica esencialmente que el paciente padece una neoplasia incurable. El resto de vida que le quede al paciente dependerá del tratamiento de su metástasis y, por tanto, el traumatólogo necesita la colaboración del propio paciente, el oncólogo, el radioterapeuta y el especialista en dolor para ofrecer al paciente el tratamiento más adecuado y que pueda vivir en las mejores condiciones posibles.

OBJETIVOS:

Se presenta el manejo y evolución de un paciente con fractura patológica de fémur izquierdo y metástasis óseas en otras localizaciones.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de un paciente de 56 años , sin alergias medicamentosas conocidas.
Antecedentes personales: hipertrigliceridemia, hipertensión arterial, insuficiencia renal leve. Hipernefroma derecho con metástasis pulmonares tratado mediante nefrectomía y adenectomía asociada hace 16 años. Estuvo en tratamiento con Il2 e INF, con remisión del tamaño de los nódulos pulmonares. En 2009 acude a urgencias por lumbalgia donde se detectan metástasis óseas en isquion, tratadas con radioterapia, cediendo el dolor. Actualmente se encuentra en tratamiento paliativo. Tratamiento actual: oxicodona, enalapril, bisoprolol, adiro, omeprazol, pravastatina, metamizol, dexametasona, duloxetina, nitroglicerina, pregabalina. Enfermedad actual: Paciente derivado a urgencias por médico de atención primaria debido a que desde hace varios días comienza con dolor intenso en cadera izquierda con imposibilidad para caminar tras movimiento leve en la cama. Exploración: consciente y orientado, buen estado general, clínica y hemodinámicamente estable, eupneico en reposo. Importante atrofia de ambos miembros inferiores. Acortamiento y rotación externa de miembro inferior izquierdo. Pruebas complementarias: se aprecia fractura pertrocantérica de fémur izquierdo y lesión metastásica en zona trocantérica de fémur derecho. Plan: Se decide en sesión clínica reducción cerrada y enclavado de fémur proximal izquierdo y enclavado profiláctico de fémur derecho. Evolución: En el postoperatorio necesita 3 transfusiones de sangre. Es dado de alta a los 8 días de ingreso con dolor controlado. A las 5 semanas presenta buen control del dolor y radiológico, realizando rehabilitación en descarga.

DISCUSIÓN:

No es infrecuente que un paciente presente una metástasis ósea sin fractura. Se está de acuerdo en que la mejor opción es la estabilización quirúrgica antes de la fractura. El problema radica en la dificultad para determinar quién tiene riesgo real. El término fractura inminente se utiliza en la bibliografía , pero los criterios que la definen son arbitrarios. El dolor es la preocupación fundamental del paciente y la indicación principal para tratar una metástasis ósea. Algunos autores han afirmado que sirve para pronosticar la fractura. La fijación interna preventiva es un método útil para mejorar el dolor producido por metástasis. Está indicada cuando el paciente continúa con dolor después de tratar con radioterapia las

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 188**

TÍTULO: **ENCLAVADO PROFILÁCTICO EN PACIENTE CON METÁSTASIS DE HIPERNEFRONA RENAL.**

AUTORES: **Gómez Cáceres, A. / Ramos Santos, J. / Carnero Martín de Soto, P. / Sánchez Siles, J.M. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Hospital Regional de Málaga**

metástasis. Las indicaciones más frecuentes de fijación interna preventiva de fractura inminente son la existencia de una lesión destructiva, dolorosa, de 2,5 cm de diámetro o la pérdida del 50% o más de la cortical de un hueso largo. El grado de actividad física del paciente es un factor especialmente importante. La TC es la técnica más precisa para medir la destrucción cortical y permite pronosticar con mayor exactitud la reducción de la resistencia ósea ocasionada por las metástasis. La fijación preventiva de una fractura supone varias ventajas, como la disminución de la morbilidad, la estancia hospitalaria más breve, la rehabilitación más cómoda, la mejoría del dolor más inmediata, la cirugía más rápida y menos complicada y la menor hemorragia durante la intervención.

CONCLUSIONES:

- Las lesiones óseas metastásicas son lesiones que precisan de una asistencia multidisciplinar.
- El enclavado profiláctico es una solución para lesiones óseas con criterios de fractura inminente.
- Los criterios para realizar tratamiento profiláctico en lesiones óseas con riesgo de fractura inminente está hoy en día en discusión.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 189**

TÍTULO: **FRACTURA DE EPITROCLEA EN NIÑA DE 13 AÑOS, CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA ABSOLUTA.**

AUTORES: **Dussán Arango, D.M. / López Jordán, A. / Moreno Ramírez, F.J.**

CENTRO: **Hospital Infanta Margarita de Cabra**

INTRODUCCIÓN:

La incarceración intraarticular del fragmento epicondilar es una indicación absoluta de tratamiento quirúrgico, se produce en el 5-18% de todos los casos de fractura del epicóndilo medial. Requiere fijación estable y movilidad temprana, ya que la rigidez del codo es la complicación más frecuente.

OBJETIVOS:

Presentamos una paciente, informamos el resultado clínico y funcional después del tratamiento quirúrgico de una fractura de epitroclea con incarceración de fragmento intraarticular.

MÉTODOS:

Niña de 13 años con traumatismo indirecto en codo derecho, posteriormente dolor, deformidad e impotencia funcional, sin alteración neurovascular. Tras someter la paciente a pruebas diagnósticas (radiografías AP-lateral, TC de codo), se diagnóstica de fractura de epitróclea incarcerada y subluxación de codo. El tratamiento consistió en reducción abierta a través de un abordaje medial, fijación del fragmento de epitróclea con dos agujas de Kirschner e inmovilización con férula posterior durante cuatro semanas.

RESULTADO:

Se realizo un seguimiento durante ocho meses, plazo en el que se consiguió recuperación máxima de la movilidad, obteniendo en el resultado final una limitación de 5º en flexo-extensión y 2º en prono-supinación.

DISCUSIÓN:

Las epifisiólisis de la epitróclea son lesiones relativamente frecuentes, la tercera fractura más común en el niño a nivel del codo, afecta fundamentalmente a niños entre los 7 - 15 años. El mecanismo lesional suele ser un traumatismo en valgo forzado, por tracción avulsión de la epitróclea. En escasos casos la epitróclea puede encontrarse desplazada e incarcerada dentro de la articulación húmero-cubital. Los fragmentos atrapados en la articulación pueden ser difíciles de identificar, el único hallazgo radiográfico puede ser una relación excéntrica de la articulación cubito-humeral en la radiografía lateral. Ante la duda acudir a la tomografía computarizada (TC), método más preciso para la valoración del desplazamiento. Entre los tratamientos tenemos: la extracción mediante manipulación cerrada, reducción abierta y la fijación con 2 agujas de Kirschner, un tornillo canulado o reabsorbible. La utilización de agujas de Kirschner se suele reservar para los pacientes jóvenes con las fisis abiertas.

CONCLUSIONES:

La reducción abierta y fijación con agujas de fracturas de epicóndilo medial incarcerado proporciona un resultado clínico y funcional satisfactorio, a pesar de que sigue existiendo controversia sobre el mejor método de reducción y fijación, además de la dificultad diagnóstica añadida.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 190**

TÍTULO: **ABSCESO-ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA EN NIÑO DE 2 MESES TRAS ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS.**

AUTORES: **Ortiz Gallego, A. / Giménez Arjona, C. / Galadí Fernández, M.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario De Granada**

INTRODUCCIÓN:

Las vacunas constituyen uno de los principales avances médicos de nuestro tiempo. El descubrimiento de la vacuna de la viruela se relaciona con la importante explosión demográfica que sufrió Europa durante la época industrial. A pesar de seguridad, como cualquier otra intervención médica no está exenta de complicaciones, en este caso probablemente relacionado con una mala técnica de administración.

OBJETIVOS Y MÉTODOS:

Paciente de 2 meses que a los 5 días de la administración de vacunas de calendario y Prevenar, comienza cuadro febril de hasta 38º, acompañado de irritabilidad. Valorado en H. Inmaculada donde empieza tratamiento con amoxicilina-ac. clavulanico (la madre no sabe especificar la dosis) tras lo cual cede la fiebre, persistiendo febricula. Al ceder la fiebre notan disminución de la movilidad de cadera derecha con posición en flexo, además de llanto intenso al intentar manipularlo, por lo que acuden al servicio de urgencias donde, ante la sospecha de artitis septica se realiza ecografia de caderas, se evidencia adyacente al núcleo femoral derecho una colección anfractuosa multiloculada sugerente de absceso. El equipo de guardia de Traumatologia, realiza artrocentesis percutanea evacuadora, con salida de liquido de caracteristicas inflamatorias reactivas, no purulento y se decide ingreso para continuar antibioterapia intravenosa. Se realiza nueva ecografia de control a las 12 horas de la intervención apreciándose aumento de tamaño de absceso en área de glúteo mayor y persistencia del cuadro febril. Se realiza vía lateral evacuación de absceso que disecaba planos musculares desde glúteo hasta parte media de vasto externo y artrocentesis evacuadora. Brocado y lavado de diáfisis femoral. El paciente queda ingresado en planta a cargo de Pediatría para tratamiento antibiótico intravenoso durante 2 semanas. En cultivo de líquido articular creció Neumococo sensible a cefalosporinas y a vancomicina.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La evolución del niño ha sido adecuada. Los seguimientos ecográficos y radiográficos posteriores se encuentran dentro de la normalidad. Reumatología e Infecciosas han descartado por el momento la presencia de inmunodeficiencias.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 191**

TÍTULO: **LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE ANTEROMEDIAL AMPLIADO EN FRACTURAS DEL PILÓN TIBIAL.**

AUTORES: **Borges Guerra, J.R. / Pérez Grandal, C. / Badillo Cruzado, R.**

CENTRO: **Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de pión tibial derivadas de traumatismo de alta energía suelen ocasionar complejas fracturas articulares y significativos daños en tejidos blandos, debido a esto toma suma importancia la elección de un abordaje quirúrgico. Este debe permitir una excelente visualización de la superficie articular para lograr una reducción anatómica ocasionando el menor daño a las partes blandas. El abordaje anteromedial ampliado es muy versátil ya que nos permite manejar gran variedad de fracturas de pilón tibial al exponer la cara anterior, anterolateral y medial.
De aquí la importancia del conocimiento correcto de la técnica quirúrgica de este abordaje .

MATERIALES Y MÉTODOS:

Paciente de 51 años sin antecedentes personales de interés que sufre traumatismo axial de alta energia (precipitado) en miembro inferiores. En servicio de urgencias se diagnostica de fractura de ambos pilones tibiales (43-C2)se realiza ingreso para tratamiento definitivo de sus fracturas. No presentaba flictenas ni otras lesiones cutáneas. Fue intervenido al día siguiente realizándose un abordaje anteromedial ampliado bilateral realizándose osteosíntesis mediante RAFI con placas anterolateral en tibia y lateral en ambos peronés.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El paciente no presentó ninguna complicación en el postoperatorio, los controles radiográficos fueron satisfactorios y actualmente a tres meses de la cirugía realiza carga parcial con ayuda de muletas, presenta leves molestias que controla con analgesia oral puntual. Las heridas qurúrgicas han cicatrizado sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

La elección de un abordaje quirúrgico a la hora de planificar una intervención toma una importancia especial en las fracturas en las que los tejidos blandos se pueden ver comprometidos por el tipo de fractura , como es el caso de fracturas de pilón tibial. El abordaje anteromedial ampliado nos permite manejar fracturas complejas y si se conoce correctamente la técnica puede evitar dobles abordajes que podrían comprometer aún más las partes blandas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 192**

TÍTULO: **UN HOMBRO. TRES PATOLOGÍAS. ¿CUÁNDO SOSPECHARLAS?. ¿CÓMO TRATARLAS?. ¿EN QUÉ ORDEN?.**

AUTORES: **Páez Romero, A. / Tallón López, J. / Andrés García, J.A.**

CENTRO: **Hospital universitario puerta del Mar. UGC de cirugía ortopédica, traumatología y reumatología.**

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones del manguito rotador en el contexto de una fractura de extremo proximal de húmero han sido sospechadas y estudiadas en las últimas décadas. Se ha intentado determinar la prevalencia de las mismas en diversos estudios, obteniendo resultados muy variables con estadísticos no significativos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Valorando retrospectivamente un caso, pretendemos analizar la extraña combinación de capsulitis asociada a rotura de manguito rotador, y a la fractura de troquiter, estudiando y analizando la bibliografía existente. Y valorar si las lesiones que presenta nuestro paciente se deben exclusivamente al traumatismo sufrido, o ya estaban presentes y se vieron agravadas. Así mismo, valorar las opciones terapéuticas en función de los resultados funcionales y de dolor a largo plazo.

RESULTADOS:

En el grupo poblacional de nuestro paciente se han descrito hasta un 10,45% de roturas asociadas, de las que el 3,74% corresponden al supraespinoso. A esta situación hay que añadir, que estudios con muestras representativas poblacionales y estratificados, describen las lesiones asintomáticas del manguito rotador, ya sean parciales o totales, y atrofia de la musculatura del mismo, principalmente del SE. El porcentaje de lesiones asintomáticas del manguito presumibles en nuestro paciente varia desde el 10% descrito en estudios que utilizan la resonancia magnética como prueba diagnóstica, hasta el 40-60% descrito en los estudios en los que se usa la ecografía para el diagnóstico. Tras la reparación se consiguió restaurar el balance articular activo con mínimas limitaciones.

CONCLUSIONES:

El grupo poblacional al que pertenece nuestro paciente presenta una alta tasa de lesiones asintomáticas de manguito rotador (10-60%), que pudo verse aumentada tras el traumatismo (10,45%), y de atrofia de la musculatura del manguito. La situación clínica con el acortamiento del brazo de palanca del SE al modificarse su inserción y la probable lesión del tendón del SE hicieron que sospecháramos, ante la evolución desfavorable, la patología del manguito rotador y capsular, y optáramos por un tratamiento quirúrgico tras su diagnóstico y valoración de las distintas opciones de tratamiento.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 193**

TÍTULO: **FRACTURA LUXACIÓN DE ASTRÁGALO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **González López, M.C. / Camacho Serrano, F. / Sanchez de la Villa, O.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena**

INTRODUCCIÓN:

Las grandes fracturas y luxaciones del astrágalo y las articulaciones periastragalinas son infrecuentes pero tienen consecuencias graves. Las fracturas del astrágalo ocupan el segundo lugar en la frecuencia de todas las lesiones de los huesos del tarso. La incidencia de fracturas del astrágalo oscila entre 0,1% y 0,85% de todas las fracturas. La importancia de las fracturas de astrágalo reside en la pobre vascularización del mismo, ya que 3/5 partes del hueso están cubiertas por cartílago articular y no existen orígenes o inserciones musculotendinosas. Igualmente, el astrágalo forma parte de la articulación tibio-peroneo-astragalina proximalmente, su parte inferior se articula con el calcáneo y distalmente lo hace con el navicular. Estas articulaciones son responsables del 90% del movimiento que ocurre en el pie y tobillo. El objetivo del tratamiento de estas lesiones es, en primer lugar, la reducción de la luxación y posteriormente conseguir una reconstrucción anatómica de la superficie articular.
La frecuencia y severidad de las complicaciones tras este tipo de fracturas suele ser proporcional al grado de desplazamiento inicial. Entre ellas se encuentran el retraso de consolidación, la malunión y la necrosis avascular. Estas pueden aparecer a pesar del correcto tratamiento de la fracturas, de ahí la importancia del tratamiento temprano y adecuado de las mismas.

OBJETIVOS:

Presentación de un caso atendido en nuestro centro. Paciente de 43 años que sufre traumatismo de alta energía en MII con resultado de fractura-luxación de astrágalo. Se realizan radiografías simples del pie y tobillo, así como TAC previos a intervención quirúrgica, que evidencian fractura de cuerpo y cola de astrágalo, que se encuentra volteado 90º.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En un primer tiempo quirúrgico de Urgencia, se realiza reducción abierta por vía anteroexterna de la luxación al no ser posible la reducción cerrada. 6 días más tarde, en una segunda cirugía se procede a reducción abierta y fijación interna de la fractura. A través de un abordaje posteromedial de tobillo se procedió a la osteosíntesis mediante 2 tornillos de compresión HCS de 3.00mm. Se realizó refuerzo del ligamento deltoideo.

RESULTADOS:

Tras la intervención el paciente se inmovilizó con férula posterior. A la cuarta semana tras la intervención se retira la férula y se coloca una ortesis. Aún se mantiene en descarga. Buen control del dolor. Pendiente de realizar rehabilitación.

CONCLUSIONES:

Aunque las fracturas luxaciones de astrágalo son poco comunes, pueden tener efectos devastadores que conduzcan a importante pérdida de la funcionalidad debido a la particular anatomía y vascularización del mismo. En este tipo de fracturas habitualmente existe compromiso de los tejidos blandos. La reducción de la luxación es la primera prioridad en el tratamiento y tiene que hacerse de manera urgente, ya que disminuye el riesgo de desarrollo de daño de los tejidos blandos y complicaciones postoperatorias. Incluso con el tratamiento adecuado, las fracturas luxaciones del astrágalo tienen mal pronóstico y pueden asociarse a complicaciones como la necrosis avascular y artrosis postraumática en las articulaciones subastragalina y tibioastragalina.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 195**

TÍTULO: **HEMATOMA MUSCULAR ESPONTÁNEO EN PACIENTE ANTICOAGULADO.**

AUTORES: **Gómez Cáceres, A. / Menéndez Quintanilla, IE. / Ramos Santos, J. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Máster Traumatología Deportiva (UCAM)**

INTRODUCCIÓN:

El hematoma es una colección de sangre que está confinada a un órgano, tejido o espacio, y es causado por una rotura en un vaso sanguíneo. En algunas ocasiones se produce de manera espontánea es una lesión infrecuente que a menudo se pasa por alto o se diagnostica erróneamente, teniendo en ocasiones consecuencias graves, sobre todo en pacientes frágiles y de edad avanzada. Para un diagnóstico rápido y elegir el mejor tratamiento, es necesario un alto grado de sospecha, especialmente en pacientes con coagulopatía adquirida. La mayoría de las veces, los hematomas ocurren en los músculos rectos del abdomen o músculos glúteos. Se han descrito varios factores predisponentes como pueden ser: traumatismo menor, aumento de presión abdominal, tratamiento anticoagulante, hipertensión y causas iatrogénicas (inyecciones intramusculares o cirugía laparoscópica).

OBJETIVOS:

Se presenta el manejo y evolución de un paciente anticoagulado que presenta hematoma en musculatura de pierna sin traumatismo previo aparente.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de un paciente de 81 años, alérgico a tramadol. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, artrosis generalizada, espondilitis anquilosante, mononeuritis isquémica VI par, accidente cerebrovascular sin secuelas, rinitis alérgica, vértigos y acúfenos. Tratamiento actual: somazina, prediosa, omeprazol, vitamina B12, doxazosina, trifusal, levodopa/carbidopa, citalopram. Enfermedad actual: Paciente que acude a urgencias por tumefacción y empastamiento en zona pantorrilla de varios días de evolución, realizando eco-doppler venoso donde se descarta trombosis. Una semana después vuelve a acudir por aumento del tamaño de la masa.
Exploración física: Consciente y orientada, buen estado general, clínica y hemodinamicamente estable, eupneico en reposo. Dolor a la palpación a nivel gemelar, empastamiento, edema con fóvea desde dorso de pie a rodilla. Estado neurovascular distal conservado, con buen relleno capilar.
Pruebas complementarias: Ecografía: a nivel de hueco poplíteo se observa quiste de Baker tabicado con contenido ecogénico en su interior en probable relación con sangre, así mismo, inferior y medialmente a él y siguiendo un trayecto descendente se observa una gran colección heterogénea de bordes bien definidos de unos 12 cm de diámetro craneocaudal y 2,4 cm de espesor en relación con hematoma. Estos hallazgos estarían en posible relación con rotura de quiste de Baker. RMN: gran hematoma en compartimento interno de la pierna de unos 7cm de diámetro. Éste condiciona una compresión del vientre del gastrocnemio interno. Quiste de Baker de localización típica y morfología en reloj de arena con probable rotura de su polo inferior. Diagnóstico: Quiste de Baker hemorrágico con gran hematoma de partes blandas asociado. Tratamiento: bajo anestesia raquídea y sedación. Posición en decúbito prono. Asepsia-antisepsia. Isquemia preventiva en raíz de muslo. Abordaje posterior de Trickey, disección por planos y evacuación de gran hematoma que ha disecado gastrocnemio medial. Lavado y cierre por planos. Redon. Evolución: al día siguiente es dado de alta deambulando sin dolor.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 195**

TÍTULO: **HEMATOMA MUSCULAR ESPONTÁNEO EN PACIENTE ANTICOAGULADO.**

AUTORES: **Gómez Cáceres, A. / Menéndez Quintanilla, IE. / Ramos Santos, J. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Máster Traumatología Deportiva (UCAM)**

DISCUSIÓN:

La incidencia real de hematoma muscular espontáneo se desconoce porque a menudo esta lesión es infradiagnosticada. La localización más frecuente es la vaina del músculo recto abdominal. La presentación clínica de inflamación unilateral dolorosa de la pantorrilla y masa palpable es relativamente común. El diagnóstico diferencial incluye la trombosis venosa profunda, hematoma, desgarro muscular, quiste poplíteo roto, infección, hemangioma intramuscular y linfedema. El diagnóstico se basa en la historia clínica y examen físico. La historia incluye la aparición y duración de los síntomas, traumatismo, TVP previa, trastornos hemorrágicos, malignidad, presencia de hinchazón previo, antiagregante plaquetarios, antecedentes de cirugía. Se debe mantener un alto índice de sospecha, sobre todo en pacientes con antecedentes de tratamiento anticoagulante, ya que la toma de estos fármacos parece ser el factor de riesgo más importante. Las técnicas diagnósticas de imagen como la ecografía y/o resonancia magnética se usan generalmente para obtener el diagnóstico. La RM es esencial para determinar la causa de la hemorragia y podría mostrar condiciones potencialmente graves como un sarcoma.

CONCLUSIONES:

- El hematoma muscular espontáneo es una lesión poco frecuente que requiere un alto índice de sospecha.
- Se debe sospechar sobre todo en pacientes con tratamiento antiagregante/anticoagulante.
- El manejo del mismo generalmente es conservador, realizando procedimientos más agresivo en complicaciones del mismo o evolución desfavorable.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 196**

TÍTULO: **ALARGAMIENTO SIMULTÁNEO DE FÉMURES Y TIBIAS EN UN TIEMPO EN PACIENTE CON ACONDROPLASIA.**

AUTORES: **Lombardo Torre, M. / Leiva Gea, A. / Olofsson Suárez-Bárcena, C. / Luna González, F.**

CENTRO: **H. Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)**

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes con acondroplasia requieren habitualmente procedimientos de alargamiento de miembros para conseguir no sólo una estatura dentro del rango de la normalidad en adultos, sino también para lograr unas proporciones más fisiológicas entre la longitud de los miembros y el tronco. El alargamiento transverso secuencial en dos tiempos de fémures y tibias ha sido la técnica más usada en los últimos años. Sin embargo, el alargamiento simultáneo de ambos fémures y tibias (4 segmentos) está poco a poco tomando protagonismo en el manejo de este tipo de pacientes.

OBJETIVOS:

Mostrar el caso clínico de una paciente de 9 años con acondroplasia sometida a cirugía de alargamiento simultáneo de ambos fémures y tibias mediante fijación externa monolateral.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 9 años de edad, sexo femenino y acondroplasia como único antecedente médico. Peso 28,8 kg. Talla 106,5 cm. Se indica alargamiento simultáneo de ambos fémures y tibias en un tiempo, para lo cual se realizan osteotomías transversas de fémur y tibia con fijación externa monolateral mediante Triax azul ® (Stryker, NJ, USA) en los 4 segmentos. Además se realizaron osteotomías distales de peroné con fijación tibio-peronea distal mediante agujas Kirschner y tenotomía percutánea de ambos tendones de Aquiles. Tras los primeros 7 días, se comenzó con la distracción ósea a una velocidad de 1mm/día hasta conseguir un alargamiento total de 8 cm en ambos fémures y 7 cm en ambas tibias. Los fijadores se retiraron a los 9 meses de la cirugía inicial. Dentro de las complicaciones, según la clasificación de Paley, se produjo un obstáculo debido a un equino de ambos retropiés durante el segundo mes de tratamiento, resuelto con nueva cirugía de alargamiento de Aquiles antes de finalizar el proceso. Tras 2 años de seguimiento, la paciente tiene una talla de 132 cm, movilidad completa de todas las articulaciones y una marcha sin alteraciones. Según el sistema de valoración funcional descrito por Paley, el resultado fue excelente.

DISCUSIÓN:

El alargamiento simultáneo de ambos fémures y tibias en pacientes acondroplásicos acorta el tiempo de fijación externa y el tiempo total de tratamiento con una incidencia de complicaciones aceptable, similares a las del alargamiento transverso secuencial de fémures y tibias en dos tiempos. En cualquier caso, debemos tener en cuenta siempre la alta tasa de dificultades (problemas, obstáculos o complicaciones) que presentan este tipo de procedimientos debido a su complejidad.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 197**

TÍTULO: **FRACTURA DE ALTA ENERGÍA DE HÚMERO PROXIMAL CON MIGRACIÓN CERVICAL DE FRAGMENTO METAFISO-DIAFISARIO.**

AUTORES: **Lombardo Torre, M. / Jiménez Garrido, C. / Olofsson Suárez-Bárcena, C.**

CENTRO: **H. Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de húmero proximal tienen una incidencia de lesión neurológica del 5-10% y de lesión vascular del 1%. Sin embargo, en el caso de fracturas complejas de húmero proximal, producidas por mecanismo de alta energía, el riesgo de lesión neurológica aumenta hasta el 20-30% y el de lesión vascular hasta el 4-5% de los casos. Al mismo tiempo, numerosos trabajos han mostrado una relación inversamente proporcional entre la complejidad de la fractura y los resultados clínicos obtenidos, así como un aumento proporcional del riesgo de necrosis avascular de la cabeza humeral. No hemos localizado en la bibliografía ningún caso documentado de migración cervical de un fragmento óseo humeral en fracturas cerradas de alta energía.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 36 años de edad, sin antecedentes clínicos de interés, que sufre caída desde 5 metros de altura con traumatismo directo de alta energía sobre miembro superior izquierdo. Tras exploración inicial se realiza body-TC en el que se aprecia fractura-luxación compleja tipo B3 (AO) de húmero proximal izquierdo, con un fragmento metafiso-diafisario humeral de 6 cm alojado a nivel cervical, en íntimo contacto con la vena yugular externa y muy próximo a la arteria carótida común. Además presentaba fractura abierta grado I supra-intercondílea de húmero distal y fractura de tercio medio de clavícula tipo B1 (AO). A pesar de dichas lesiones, el paciente no presentó afectación neurovascular. El tratamiento definitivo consistió en reducción abierta y fijación interna de la fractura de húmero proximal con placa Axsos ® (Stryker, NJ, USA), una vez localizado, extraído y recolocado el fragmento alojado a nivel cervical. La fractura de húmero distal se trató mediante reducción abierta y fijación interna con doble placa DHP ® (Synthes, Oberdorf, Switzerland) y la fractura de clavícula mediante placa LCP anatómica (Synthes, Oberdorf, Switzerland). No se observaron complicaciones en el postoperatorio inmediato. A los 6 meses de seguimiento, tras el tratamiento rehabilitador, el paciente presentaba un Constant de 48 puntos y un Quick-Dash de 52,3 puntos.

DISCUSIÓN:

Las fracturas complejas del hombro requieren un manejo invididualizado. A la hora de afrontar estas lesiones, debemos asumir el elevado riesgo de complicaciones y los pobres resultados clínicos obtenidos en gran parte de los casos, independientemente del tratamiento que se lleve a cabo. En este caso cabe destacar la rareza de la migración de un fragmento óseo de 6 cm desde el húmero proximal hasta el tejido subcutáneo cervical, con el riesgo de lesión neurovascular que esto conlleva, sobre todo a nivel del plexo braquial, arteria axilar, subclavia o incluso venas yugulares y arteria carótida común.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 198**

TÍTULO: **DESGUANTAMIENTO POSTRAUMÁTICO DEL PULPEJO DE 3º Y 4º DEDO DE LA MANO DOMINANTE EN EL ÁMBITO LABORAL.**

AUTORES: **García Vera, J.J. / Esteban Castillo, J.L. / Díaz Martín, A.A.**

CENTRO: **Hospital Vithas Xanit International.**

INTRODUCCIÓN:

Las pérdidas de sustancia de pulpejos constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en las salas de urgencias. Un tratamiento inadecuado puede ser la fuente de múltiples secuelas y ocasionar la anulación funcional del dedo. Nuestro objetivo terapéutico debe ir dirigido a aportar una cobertura adecuada, y sensible, manteniendo la máxima longitud posible y prestando atención a la recuperación funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente que en el ámbito laboral sufre un atrapamiento de trifalángicos con resultado de desguantamiento de falange distal de 3er y 4º dedo de mano dominante. De inmediato pasa a quirófano y tras valorar la posibilidad de vascularización de zona desguantada se procede a estabilización de la misma con agujas intramusculares dando pocos puntos a la piel sin traumatizar la zona de la herida, el paciente queda ingresado con antibióticos y antiinflamatorios intravenosos.

RESULTADOS:

Se procede a realizar curas diarias y la evolución es favorable desde el primer día. La tumefacción perdura debido al déficit del retorno venoso pero la coloración y el relleno capilar son satisfactorios. Hay pérdida de matriz ungueal pero al cabo de las 6 semanas la cicatrización es completa y al cabo de las 10 semanas el paciente es dado de alta con integridad de partes blandas en falange distal y con una funcionalidad sin déficits.

DISCUSIÓN:

Cuando nos enfrentamos a un desguantamiento parcial del pulpejo de los dedos en un medio sin microcirugía y sin tiempo para demorar la cirugía la tendencia natural es a la regularización del muñón, sin embargo hay que intentar salvar la funcionalidad del dedo y para ello hay que utilizar todos los recursos que tenemos a nuestro alcance. Ante la lesión descrita pensamos que la opción quirúrgica tomada es la acertada y es una opción que debe ser tenida en cuenta por el máximo número de profesionales a la hora de tratar las pérdidas de sustancia en el pulpejo de los dedos.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 199**

TÍTULO: **RABDOMIOSARCOMA METASTÁSICO EN PACIENTE DE 2 AÑOS DE EDAD.**

AUTORES: **Ortíz Gallego, A. / Nieto, O. / Galadí Fernández, M.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves**

INTRODUCCIÓN:

El rabdomiosarcoma es el sarcoma más frecuente en la niñez. Afortunadamente, parece que podemos perseguir el objetivo de curar al paciente en aquellos casos de tumor localizado. El manejo de estos pacientes constituye un auténtico reto. El tratamiento requiere un equipo multidisciplinar. Su tratamiento no está exento de complicaciones, derivados de la quimioterapia, cirugía y radioterapia. El objetivo de la cirugía es escindir completamente el tumor siempre que sea posible. Si no es posible debemos apoyarnos en la radioterapia. Todos los pacientes requerirán quimioterapia. Se han descrito efectos no deseados asociados a su administración como mielosupresión, neutropenia febril, hepatopatía, neoplasias secundarias.

OBJETIVOS Y MÉTODOS:

Paciente de 2 años que acude a revisión de fractura de tallo verde de 3 semanas de evolución. Durante la consulta el padre refiere inflamación de rodilla izquierda, con un dudoso antecedente traumático. Afebril. El paciente el trasladado a urgencias donde se le realiza una ecografía en la cual se informa como primera sospecha diagnóstica un rabdomiosarcoma. El paciente queda ingresado para completar estudio con RMN y decidir tratamiento definitivo. La resonancia confirma el diagnóstico con afectación de muslo izquierdo, afectación ganglionar abdominal, paraaortica e inguinal, lesiones en medular ósea de ambos fémures sin afectación cortical. Se inicia quimioterapia según protocolo EpSSg RMS (Ifosfamida, Vincristina, Actinomicina D, Doxorrubicina), del cual recibe 4 ciclos. Tras este último debuta con un cuadro de neutropenia febril que hace que sea ingresado y reciba antibioterapia con meropenem.
Se realiza intervención quirúrgica con resección incompleta de la masa tumoral por lo que se decide completar el tratamiento con radioterapia. La evolución del paciente es buena tras la cirugía. En el momento actual continua en seguimiento por Oncología Pediátrica y Ortopedia Pediátrica.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se han descrito supervivencias superiores al 70% en estudios realizados en pacientes con rabdomiosarcoma localizado. Desgraciadamente el pronóstico de los pacientes con enfermedad metastásica continúa siendo pobre.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 200**

TÍTULO: **LUXACIÓN ANTERIOR DE HOMBRO IRREDUCTIBLE POR INTERPOSICIÓN DEL TENDÓN DE LA PORCIÓN LARGA DEL BÍCEPS: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Moreno Ramírez, F.J. / Dussán Arango, D.M. / Olofsson Suárez-Bárcena, C.V. / Recio Barba, R.**

CENTRO: **Hospital Infanta Margarita (Cabra, Córdoba)**

INTRODUCCIÓN:

La luxación de hombro es una de las más frecuentes de toda la anatomía humana, siendo en dirección anterior en más del 95% de los casos. En su mayoría, se reducen fácilmente de forma cerrada. Sin embargo, en raras ocasiones se interpone algún obstáculo mecánico que impide la reducción cerrada, precisando de una reducción abierta. Se han descrito la interposición del tendón de la porción larga del bíceps, el tendón o músculo subescapular, el labrum glenoideo, un fragmento fracturado de troquíter o incluso el nervio musculocutáneo.

OBJETIVOS:

Presentar un raro caso de luxación anterior de hombro irreductible por interposición del tendón de la porción larga del bíceps, destacando la importancia de que existan este tipo de lesiones asociadas en situaciones en las que no se consigue la completa reducción de la articulación mediante técnicas cerradas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 68 años que acude al servicio de Urgencias tras caída por unas escaleras, con traumatismo sobre el brazo izquierdo. La sospecha clínica inicial de luxación glenohumeral anterior se confirma en el estudio radiográfico. Tras un primer intento fallido de reducción cerrada mediante la maniobra de Kocher, se realiza una reducción cerrada bajo anestesia notándose sensación de irreductibilidad con una imagen de fluoroscopia no concluyente. En las horas posteriores a la reducción, el paciente aqueja dolor intenso desproporcionado en el hombro afecto. Se realiza un TAC urgente de hombro, apreciándose la persistencia de la luxación. Se procede a una reducción abierta en la que se evidencia una luxación posterior del tendón de la porción larga del bíceps, con la cabeza humeral denudada del manguito de los rotadores y con lesión de Hill-Sachs. Se realiza reducción del tendón del bíceps y tenodesis con sutura en su corredera, reduciéndose asimismo la articulación glenohumeral, y reinserción del manguito de los rotadores con un anclaje tipo Mitek.
Posteriormente, el paciente refiere una notable mejoría del dolor. Se realiza una RMN del hombro afecto en la que se objetiva una rotura completa con moderada retracción de los tendones del supraespinoso, infraespinoso y subescapular, con atrofia grasa de sus vientres musculares. Se decide entonces realizar una cirugía precoz para reinsertar nuevamente el manguito de los rotadores con otro anclaje tipo Mitek.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

A los 7 meses postoperatorios, y tras 6 meses de tratamiento fisioterápico, el paciente es capaz de realizar una abducción activa de hasta 90º y unas rotaciones interna/externa de 20º, limitadas por el dolor.
Apenas se han descrito en la literatura alrededor de 20 casos de luxación anterior de hombro irreductible sin fractura humeral, siendo en su mayoría debidas a la interposición del tendón de la porción larga del bíceps. En esta situación, es necesaria la tenodesis, la tenotomía o el reanclaje de dicho tendón para conseguir la reducción glenohumeral. La rotura del manguito de los rotadores se produce en más del 80% de los pacientes mayores de 60 años que sufren una luxación glenohumeral. En el caso presentado, la luxación posterior del tendón de la porción larga del bíceps tuvo probablemente un papel principal en la completa desinserción del manguito de los rotadores.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 200**

TÍTULO: **LUXACIÓN ANTERIOR DE HOMBRO IRREDUCTIBLE POR INTERPOSICIÓN DEL TENDÓN DE LA PORCIÓN LARGA DEL BÍCEPS: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Moreno Ramírez, F.J. / Dussán Arango, D.M. / Olofsson Suárez-Bárcena, C.V. / Recio Barba, R.**

CENTRO: **Hospital Infanta Margarita (Cabra, Córdoba)**

CONCLUSIONES:

La persistencia de dolor desproporcionado en el hombro tras una reducción cerrada de una luxación anterior debe hacernos pensar en una luxación irreductible por interposición de algún obstáculo, siendo el tendón de la porción larga del bíceps la causa más probable, y requiriendo una reducción abierta. Las radiografías simples de hombro pueden no ser concluyentes a la hora de confirmar la adecuada reducción glenohumeral, precisando de un estudio de TAC y/o de RMN. La lesión asociada más frecuente en pacientes mayores es la rotura del manguito de los rotadores, cuya reparación resulta técnicamente compleja y a menudo con un pobre resultado funcional a largo plazo.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 201**

TÍTULO: **COMPARACIÓN ENTRE HILO Y CINTA DE UHMWPE DE ALTA RESISTENCIA EN LA REPARACIÓN DE LA RAÍZ MENISCAL POSTERIOR: ESTUDIO BIOMECÁNICO.**

AUTORES: **Lombardo Torre, M. / Pérez Blanca, A. / Espejo Reina, A. / Espejo Reina, M.J. / Espejo Baena, A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga); Escuela Técnica Superior de Ingeniería Industrial (Universidad de Málaga)**

INTRODUCCIÓN:

En la última década se han descrito métodos de reparación transtibial de la raiz posterior meniscal utilizando distintas técnicas de sutura con puntos simples, suturas horizontales o bucles cuyas características mecánicas han sido comparadas en varios trabajos biomecánicos. Para aumentar la zona de contacto tejido-sutura, la cinta de sutura ha mostrado en varios estudios mayor resistencia a rotura que el hilo del mismo material en la reparación de lesiones tendinosas. Sin embargo, su uso para la fijación de la raíz del menisco mediante sutura transtibial no ha sido descrito.

OBJETIVOS:

El objetivo del presente trabajo en menisco porcino fue el de comparar el comportamiento mecánico del conjunto menisco-sutura cuando se utilizan dos diseños de sutura distintos fabricados del mismo material trenzado de 100% UHWPE de alta resistencia: hilo Force FiberTM nº 2 (Stryker Endoscopy. San José CA) y cinta XBraid TTTM de 2mm (Stryker Endoscopy. San José CA).

MATERIAL Y MÉTODO:

En este estudio comparativo se utilizaron 20 meniscos internos procedentes de 20 rodillas porcinas frescas, aleatorizados en uno de los dos grupos de estudio dependiendo del diseño de sutura utilizado: hilo (n=10) o cinta (n=10), siempre de material trenzado de fibra de UHWPE 100 % de alta resistencia. Se insertaron dos suturas simples en la raiz posterior del menisco a 5 mm de los bordes interno y anterior/posterior respectivamente. Tras ser fijado en la máquina, el espécimen fue sometido a 1020 ciclos de carga variable entre 10 y 30 N y, a continuación, a ensayo de tracción hasta rotura controlada.

RESULTADOS:

Todos los especímenes sobrevivieron a la carga cíclica. A la conclusión de esta fase no se apreció visualmente corte del tejido del menisco alrededor de los orificios de paso de la sutura en ningún espécimen. La fuerza máxima soportada fue significativamente superior para el grupo con cinta (p=0.015), con un desplazamiento medio a fuerza máxima de 8.82mm y 10.09mm para la sutura con hilo o cinta respectivamente. El modo de fallo final en todos los especímenes de ambos grupos fue el desgarro total del menisco por las suturas.

DISCUSIÓN:

Clínicamente, los resultados de nuestro estudio añaden información que puede ayudar al cirujano en su decisión respecto al tipo de sutura idóneo a utilizar en la reparación de la raíz posterior del menisco. En concreto, muestran que el uso de cinta de sutura de 2mm es una alternativa mecánicamente equivalente al hilo de sutura #2 del mismo material en carga cíclica, si bien la cinta confirió al conjunto menisco-sutura mayor resistencia a la rotura que el uso de hilo de sutura.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 202**

TÍTULO: **RESCATE DE PTR TRAS MOVILIZACION INFECCIOSA DE PTR TUMORAL CON CLAVO MEGASYTEM-C®.**

AUTORES: **Verdugo Domínguez, J.P.. / Calvo Lillo, C. / López Lobato, R. / Vicente Olmedo, H. M. / Lazo-Zbikoswki Taracena, J.M.**

CENTRO: **Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ortopédica y Traumatología Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Hospital de la Merced (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

Una de las complicaciones de las prótesis total de rodilla es la fractura de fémur asociada que presenta una incidencia del 0,3-2,5%. El objetivo del tratamiento es conseguir la estabilidad tanto de la fractura como de la prótesis para permitir al paciente recuperar su situación funcional previa. Junto a esta complicación y quizás la más temida por el cirujano es la infección. La incidencia de infección varía desde menos del 1% hasta el 20% dependiendo mucho del tipo de implante utilizado y el tipo de cirugía.

OBJETIVOS:

Presentamos un caso clínico de una mujer de 72 años con PTR triathlon izquierda. A los 5 años del implante presenta una fractura periprotésica de fémur izquierdo y se implanta un placa Axsos con tornillo distales antibloqueo. Al año presenta una movilización con pseudoartosis de la fractura periprotésica con lo que se retira la placa con extracción del fragmento distal y extracción de PTR e implantación de una Endomodel LINK con sustitución de módulo tumoral. Dos años más tarde la mujer ingresa por sospecha de infección de PTR y se aisla un streptococos salivarius que se trata de forma conservadora con antibioterapia. Se objetiva una nueva movilización de PTR tumoral y tras la posible infección se realiza un primer tiempo de rescate con extracción de PTR tumoral y extracción de cemento e implantación de clavo T2 de humero cementado con gentamicina, clindamicina y vancomicina y un espaciador articular. Tras comprobar una normalización de PCR y repetidos cultivos se implanta un Sistema Modular Tumoral y de Revisión Megasytem-C® con cultivos intraoperatorios negativos. Desde la implantación de este sistema la paciente presenta clara mejoría clínica iniciando de nuevo la deambulación.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La cirugía de revisión de PTR plantea uno de los mayores retos para el cirujano, sobre todo cuando esta se asocia a una fractura peripotésica pues debemos de combinar varios implantes para asegurar la estabilidad de la articulación. A esta complicación se puede presentar otra de las temidas por el cirujano la infección la cual debemos estar segura de que está erradicada para llevar a cabo el rescate definitivo. En nuestro caso se presenta una movilización de PTR por fractura periprotési con con infección por Streptococcus salivarius un microorganismo del grupo viridans que constituye el principal colonizador de la lengua, la mucosa bucal y las vías respiratorias altas. Las bacteriemias por S. salivarius son raras en individuos sanos pero su frecuencia aumenta en inmunodeprimidos.
Nuestro caso fue resuelto con varias cirugías hasta llegar a la resolución de la infección e implantación de un sistema tumoral de revisión con clavo de artrodesis.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 203**

TÍTULO: **FRACTURA CONMINUTA DEL ESCAFOIDES TARSIANO.**

AUTORES: **Barranco Fernández, M. / Zarzuela Jiménez, C. / Rodríguez Murillo, Y. / Ochoa-Hortal Rull, M.A.**

CENTRO: **Hospital General Básico de Baza**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de escafoides tarsiano ocurren por un traumatismo o por una sobrecarga crónica. Debido a la anatomía de este hueso su lesión puede conducir a la osteonecrosis y a la artrosis de las articulaciones circundantes. Habitualmente las fracturas traumáticas son tratadas mediante reducción abierta y fijación interna con o sin fijación externa.
Sangeorzan clasificó las fracturas de escafoides en fractura avulsión de la cortical, fractura del cuerpo y fractura por estrés. La fractura del cuerpo del escafoides es una lesión poco frecuente, producida por carga axial y lateral directa en medio pie. Existe una subclasificación de las fracturas del cuerpo del escafoides tarsiano: tipo I (trazo transverso en el plano coronal), tipo II (trazo dorsolateral a plantar y medial, fragmento mayor es dorsomedial, conminución plantar y lateral), y tipo III (conminución central o lateral, el fragmento mayor es medial, disrupción de articulación escafoides-cuñas y disrupción de articulación calcaneocuboidea).

MATERIAL YM ÉTODOS:

Se presenta el caso de un paciente varón, de 18 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que tras accidente con motocicleta presentó fractura del cuerpo de escafoides tarsiano, en el pie derecho. Tras estudio con TAC se objetiva fractura conminuta del cuerpo de escafoides con conminución central, tipo III. Se trató con un mini fijador externo anclado a la cuña medial y al astrágalo para mantener la longitud de la columna medial y lateral del pie, más aguja Kirschner. Se mantuvo el fijador y la descarga total del pie afectado durante 8 semanas. Después el paciente comenzó a hacer carga parcial progresiva con plantillas de descarga con refuerzo en arco longitudinal medial del pie.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

A los dos años del traumatismo, el paciente hace su vida normal, sin dolor, continúa usando plantillas de descarga. En la radiografía se objetivan signos muy incipientes de artrosis astrágalo escafoidea.

CONCLUSIONES:

A pesar del tratamiento correcto inicial, los pacientes pueden requerir en un futuro artrodesis para mejorar el dolor y la discapacidad.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 204**

TÍTULO: **METÁSTASIS BLÁSTICA A FÉMUR EN PACIENTE CON PARAGANGLIOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Corea Ruiz, T.**

CENTRO: **Corea Ruiz, T. / Ruiz Altamirano, M. / Pulido Albertus, F.**

INTRODUCCIÓN:

El feocromocitoma y el paraganglioma es un tumor neuroendocrino que se origina de la medula adrenal y de los ganglios extra adrenales, tienen una incidencia de aproximadaemte 2 casos por cada 8 millones de personas. El feocromocitoma y el paraganglioma son neoplasias raras, aproximadamente el 10% presentan malignidad. La literatura indica que su resección puede plantear beneficios para el paciente pero estos beneficios pueden ser limitados. Se estima que aproximadamente el 79% de los pacientes con tumores clasificados como benignos pueden llegar a presentar lesiones metastásicas. Las lesiones metastásicas son frecuentes en higado, pulmones, hueso y ganglios linfaticos y pueden aparecer hasta 20 años despues del diagnóstico primario. Los pacientes que presentan metastasis tienen un 50% de posibilidades de supervivencia a los 5 años. Las metástasis óseas están descritas en la literatura pero en nuestra revisión solo hemos encontrado muy pocos casos descritos, reportando craneo, pelvis y columna.

OBJETIVOS:

Describir el caso clinico de una paciente en seguimeinto por endocrinología por un paraganglioma que se presenta por unrgencias con una fractura de fémur.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de una mujer de 34 años ,con antecedente de paragalnglioma maligno en tratamiento por endicrinología y que ha sido internvenida en 2 ocasiones por metastasis (cuello y abdomen), que que acude por un traumatismo en muslo, en las radiografías se aprecia una fractura diafisaria de fémur, se decide tratamiento quirúrgico haciendo enclavado intramedular de la fractura. En el quirófano mientras se inserta la guía intramedular en el fragmento proximal, pero, fué imposible introducirla en el fragmento distal a pesar de múltiples intentos y de ser intentado por los 2 cirujanos presentes, por lo que se decide abrir el foco de fractura. Al abrir el foco nos encontramos un canal medular completamente sólido, por lo que se forja nueva cavidad en el centro para poder pasar la guía, se toman muestras para anatomía patológica y se continua con el enclavado. Los controles radiologicos son satisfactorios y la evolución de la paciente es buena. Anatomía patológica reporta: ¨No hay cambios que orienten a malignidad¨. A los 8 meses de evolución la fractura ha consolidado por completo y la paciente ha retornado a las acrtividades sin ninguna secuela.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Los controles radiologicos son satisfactorios y la evolución de la paciente es buena. Anatomía patológica reporta: ¨No hay cambios que orienten a malignidad¨. A los 8 meses de evolución la fractura ha consolidado por completo y la paciente ha retornado a las acrtividades sin ninguna secuela.

CONCLUSIONES:

Se debe tener en cuenta la posibilidad de metástasis óseas ante un paciente con feocromocitoma o paraganglioma y, ante la sospecha de una lesión metaastásica, ampliar los estudios de imágen para decidir entre un tratamiento radial o paliativo y para una adecuada planificación quirúrgica. En nuestro caso, al tener la paciente 2 metastasis previas conocidas, se decidió un tratamiento paliativo.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 205**

TÍTULO: **EPIOFISIOLISIS DE TIBIA DISTAL ABIERTA, A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.**

AUTORES: **Corea Ruiz, T. / Ortiz Gallego, A. / Robles Molina, J.**

CENTRO: **Hospital la Inmaculada Huercalovera**

INTRODUCCIÓN:

Se estima que el 2% de las fracturas de los niños son fracturas abiertas. Es generalmente aceptado que el pronóstico de estas fracturas es mejor en niños que en adultos, aunque no hay evidencia suficiente. Las fracturas abiertas en la población pediátrica son raras. Las recomendaciones, para estos casos, basadas en estudios de alto nivel estadístico son escasas.

OBJETIVOS:

Presentar el caso de una fractura abierta de tibia distal en un niño como su tratamiento y evolución a corto plazo.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de un varón de 12 años sin antecedentes personales de interés, sufre caida desde aproximadamente 6 metros de altura mientras intentaba escalar pared, se presenta en urgencias con dolor en tobillo, codo y muñeca izquierda, en el tobillo se aprecia herida de forma irregular ¨Y¨ invertida de unos 8cm a través de la cual se expone tejido óseo, en los estudios radiologicos se aprecia: epifisiolisis de tibia distal SH tipo II con fractura metafisaria de trazo transverso de peroné, fractura incompleta desplazada de olécranon de la porción cubital, fractura no desplazada de cintura de escafoides. Se inicia tratamiento antibiótico a su ingreso y se prepara para quirófano. Se hace lavado con 10l de suero fisiológico, reducción abierta de epifisiolisis de tibia distal y fijación con 2 agujas de Kirschner de 2mm desde maleolo interno y una intramedular en peroné. En la fractura de olécranon se hace reducción cerraday fijación con aguja de Kirschner de 2mm. Se coloca férula de yeso en 90º en tobillo y en 100º de codo con férula de escafoides.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Una comparación directa entre niños y adultos no es posible, por las diferentes técnicas que pueden ser empleadas y por la heterogenicidad en la metodología de los estudios existentes. En una revisión publicada por Gougoulias. N. E el al, el mecanismo de lesión más frecuente fué por atropellamiento 64-92%, seguido de accidentes de bicicleta, del 19-54% de los pacientes presentaron lesiones asociadas. Algunos autores mencionan que para el tratamiento exitoso de fracturas abiertas de bajo grado fueron con inmovilización con yeso y ocasionalmente fracturas tipo II y III. Parece existir una tendencia a mejores resultados en niños en comparación con adultos, sobre todo el los menores de 10-12 años y fracturas abiertas de bajo grado 1. Las fracturas abiertas grado I pueden ser tratadas con irrigación con suero fisiológico e inmovilización con yeso en urgencias. Las tipo II y III necesitan una limpieza y desbridamiento en quirófano con posterior fijación de la fractura, temporal o definitiva. 2. Por mas de 30 años el tratamiento de las fracturas abiertas se ha basado en el sistema de clasificación de Gustilo y Anderson con escasas modificaciones desde la descripción original. El tiempo hasta la cirugía, el uso de antibióticos lo antes posible y la limpieza y desbridamiento siguen siendo factores criticos en el pronostico y el resultado. El tamaño de ha herida es uno de los factores más importantes para la clasificación de estas fracturas, la contaminación y la desperiostización también son parámetros a tener en cuenta. Brian et al. Proponen una modificación a la clasificación de Gustilo y Anderson teniendo en cuenta el tamaño de la herida con respecto a la longitud de la región afectada, clasificando como tipo I: las heridas de menos de 1cm, tipo II: Heridas de mas de 1cm pero menos del 29% de la longitud del segmento afectado, tipo IIIa: herida mayor o igual al 29% de la longitud del segmento que tiene adecuada cobertura de partes blandas, IIIb: herida mayor o igual al 29% de la longitud del segmento sin adecuada cobertura de partes blandas, IIIc: herida de cualquier tamaño con necesidad de reparación arterial. 3

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 205**

TÍTULO: **EPIOFISIOLISIS DE TIBIA DISTAL ABIERTA, A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.**

AUTORES: **Corea Ruiz, T. / Ortiz Gallego, A. / Robles Molina, J.**

CENTRO: **Hospital la Inmaculada Huercalovera**

CONCLUSIONES:

El tratamiento de las fracturas abiertas en niños no esta estandarizado y este campo esta abierto a investigación. La clasificación modificada de Gustilo y Anderson propuesta por Brian et al. Parece ser una buena guía para el tratamiento, sin embargo se necesita mas investigación en este campo. Similar al tratamiento de estas fracturas en adultos, habrá que valorar el uso de un sistema de fijación definitivo en fracturas tipo I, II y IIIa y el uso de fijación externa en las fracturas tipo IIIb y c.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 207**

TÍTULO: **ROTURA ESPONTÁNEA DEL TIBIAL ANTERIOR: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

AUTORES: **Badillo Cruzado, R. / Pérez Grandal, C. / Borges Guerra, J.R.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Huelva**

INTRODUCCIÓN:

El músculo tibial anterior es el principal extensor del tobillo. Las roturas espontáneas de su tendón son muy poco frecuentes y existen en la literatura sólo casos aislados que reportan su existencia.

OBJETIVOS:

Presentamos un caso clínico de un paciente atendido en nuestro servicio y revisamos la bibliografía más reciente sobre el manejo clínico de esta lesión.

MÉTODOS:

Varón de 59 años de edad, sin antecedentes de interés, administrativo de profesión y corredor aficionado de media distancia. Desde hacía un mes sufría dolor e inflamación en la cara anterior del tobillo derecho. No relacionaba con episodio traumático evidente, pero sí recordaba el momento de inicio súbito de dolor e impotencia funcional del proceso que se produjo mientras caminaba. Consultó por urgencias donde fue tratado como esguince de tobillo con reposo, elevación, crioterapia y AINEs. En la exploración, presentaba dolor a la palpación en el recorrido del tibial anterior, con impotencia funcional para la dorsiflexión del pie y dedos, junto con importante edema en la región periretinacular. Aportaba radiografía convencional de su tobillo donde no se observaban patologías. Se amplió el estudio con RMN con resultado de rotura completa del tendón tibial anterior en su región distal del tobillo derecho.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Ante ese diagnóstico, el paciente fue sometido a intervención quirúrgica. Entre los hallazgos quirúrgicos presentaba una colección inflamatoria en el entorno del tendón, así como una rotura irregular del tercio inferior del tendón del tibial anterior. Se procedió a la reparación término-terminal del tendón, mediante sutura simple de Bunnell con sutura no reabsorbible y se inmovilizó con férula suropédica posterior a 90º. El postoperatorio consistió en inmovilización total de 6 semanas y tratamiento posterior rehabilitador. Tras tres meses de tratamiento, el paciente logró la total recuperación funcional de su tobillo, que le permitió continuar su actividad laboral y deportiva.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 207**

TÍTULO: **ROTURA ESPONTÁNEA DEL TIBIAL ANTERIOR: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

AUTORES: **Badillo Cruzado, R. / Pérez Grandal, C. / Borges Guerra, J.R.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Huelva**

CONCLUSIONES:

La rotura del tibial anterior es una lesión poco frecuente. Se trata de un tendón grueso y muy bien irrigado por lo que la frecuencia de tendinopatías y roturas tendinosas es baja. Su función principal es la flexión dorsal del tobillo y la supinación del pie. El diagnóstico en muchas ocasiones pasa desapercibido inicialmente, ya que el paciente puede realizar flexión dorsal del tobillo por acción del extensor del primer dedo. Existen dos causas: la rotura espontánea por degeneración del tendón o la rotura traumática por una herida en la zona anterior del tobillo. La rotura espontánea ha sido observada en sujetos de edades comprendidas entre 45 y 60 años, con predominio en sexo masculino. Habitualmente se relaciona con esfuerzos bruscos en flexión plantar, existiendo una co-contracción previa de los dorsiflexores. Inyecciones locales de cortisona, diabetes mellitus y enfermedades reumáticas también han sido relacionadas con esta lesión. El tratamiento en estos pacientes depende de sus necesidades funcionales, siendo sólo los pacientes inactivos, mayores y con baja demanda funcional los candidatos a tratamiento conservador mediante órtesis y fisioterapia. En la mayoría de los casos, el tratamiento es quirúrgico y la elección de la técnica depende del tipo de rotura y tiempo de evolución. Entre ellas, encontramos en la bibliografía la reparación termino-terminal (de elección en roturas agudas con tendón reparable, como en el caso de nuestro paciente), técnicas de transferencia tendinosa con extensor hallucis longus (EHL) o la utilización de aloinjerto.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 208**

TÍTULO: **ENFERMEDAD DE KUMMEL. ¿UN CASO DE NECROSIS AVASCULAR INFRECUENTE?.**

AUTORES: **Cortés Requena, M.J. (1) / Torres Álvarez, M.N. (1) / Álvarez Guerrero, A. (1) / González Barrios, I. (2)**

CENTRO: **(1) Hospital Universitario San Agustín (Linares, Jaén)**
(2) Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad de Kummel es el epónimo que se utiliza para definir la necrosis avascular del cuerpo vertebral tras una fractura por compresión. Se trata de una complicación poco frecuente dentro de las necrosis óseas debido al rico aporte sanguíneo vertebral necesario para la hematopoyesis. Sin embargo, a medida que nuestra población envejece y va aumentando en la misma la prevalencia de osteoporosis se hacen más frecuentes los casos de fractura vertebral por compresión. Este dato provoca que la Enfermedad de Kummel, que antaño fuese una complicación anecdótica se pueda convertir en el futuro en una patología de la práctica clínica diaria.

OBJETIVOS:

El propósito de este póster es reportar un caso que se produjo en un anciano de 77 años tras una fractura-aplastamiento osteoporótico ilustrando sobre la imagen típica en la iconografía y la opción terapéutica que se decidió tomar mostrando la buena evolución posterior que se obtuvo.

MÉTODOS:

Se le realizó una descompresión mediante doble abordaje: un 1er tiempo posterior de instrumentación tipo pedicular con sistema cementado y artrodesis posterolateral y un 2º tiempo simultáneo por vía anterior torácica derecha (toracotomia C5-C7) con somatectomía T7 con descompresión medular y colocación de malla de MOSS.

CONCLUSIONES:

En conclusión, en esta patología tiene lugar un colapso vertebral diferido por una necrosis avascular. En el momento del trauma, en general leve, no se realizan estudios específicos o no se objetiva fractura pero este induce osteonecrosis y posterior colapso vertebral que requerirá en algunos casos de una actitud terapéutica agresiva.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 210**

TÍTULO: FRACTURA OSTEOCONDRAL DE RÓTULA. FIJACIÓN CON IMPLANTES REABSORBIBLES.

AUTORES: Badillo Cruzado, R. / Martínez Vázquez, M. / Pérez Grandal, C.

CENTRO: Complejo Hospitalario de Huelva

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas osteocondrales de rótula suelen estar vinculadas con episodios de luxación traumática aguda, pasando frecuentemente inadvertidas en la consulta inicial. Han sido recomendados diversos tratamientos: extirpación del fragmento, injerto osteocondral, perforaciones, reimplantación (con diferentes sistemas de fijación).

OBJETIVOS:

El objetivo del presente trabajo es analizar los resultados de la fijación del fragmento osteocondral de rótula de origen traumático por luxación patelar aguda con implantes biodegradables.

MÉTODOS:

Presentamos uno de los casos tratados en nuestro servicio mediante este tipo de implantes recientemente, como buena alternativa para el tratamiento de este tipo de patología. Se trata de una paciente de 12 años de edad sin antecedentes de interés, que consultó por urgencias tras sufrir traumatismo indirecto en su rodilla izquierda, con mecanismo de torsión mediante flexión, valgo y rotación externa con sensación de subluxación de rótula, presentando dolor, tumefacción importante e impotencia funcional. En la exploración física, no punto doloroso evidente a la palpación, moderado derrame articular, con un balance articular disminuido (5-80º) y siendo positivo el signo de aprehensión. No existían inestabilidades anteroposteriores ni mediolaterales y las maniobras meniscales fueron negativas. Se solicitó de forma urgente radiografías anteroposterior y lateral de la rodilla afecta, evidenciándose un fragmento osteocondral de moderado tamaño sobre cóndilo femoral externo, no identificándose su origen claramente. La rótula se encontraba correctamente alineada. Ante estos hallazgos radiológicos, se solicitó de forma preferente una RMN como estudio complementario con resultado de fractura osteocondral en región inferointerna de la rótula, con fragmento desplazado e intraarticular, edema óseo contusivo sobre cóndilo femoral externo y derrame articular y bursal. El tratamiento inicial consistió en la evacuación del hemartros, con posterior inmovilización rígida con flexión de 15º, reposo, crioterapia y antiinflamatorios. A los 10 días del evento traumático, se sometió a intervención quirúrgica: realizándose, por abordaje parapatelar medial reducido que permitió discreta y suficiente eversión de la rótula, la identificación del fragmento articular desprendido y su reinserción con dos arpones reabsorbibles Smartnail® de 1,5 x 16 mm. Se añadió plicatura del ligamento colateral medial (LLI) en el cierre de ese plano.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias y fue dada de alta el día posterior a la intervención. Durante las dos primeras semanas, estuvo inmovilizada con una órtesis con una flexión de 20º en descarga, realizando ejercicios isométricos de cuádriceps. A partir de las 2 semanas se permitió flexión hasta los 70º y al mes inició la carga. A las 6 semanas, flexionaba hasta 90º e inició fisioterapia para completar balance articular y potenciar musculatura, especialmente vasto interno. A los 6 meses, en el control radiológico el fragmento se encontraba perfectamente osteointegrado y la paciente asintomática con un balance articular completo y reincorporada a su actividad física habitual.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 210**

TÍTULO: **FRACTURA OSTEOCONDRAL DE RÓTULA. FIJACIÓN CON IMPLANTES REABSORBIBLES.**

AUTORES: **Badillo Cruzado, R. / Martínez Vázquez, M. / Pérez Grandal, C.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Huelva**

CONCLUSIONES:

La fractura osteocondral es una lesión que pasa frecuentemente inadvertida. El mecanismo de lesión es variable: impacto directo, avulsión, fuerzas de torsión, etc. En concreto, cuando se producen sobre la rótula suelen estar vinculadas con episodios de luxación traumática aguda. Hay que buscar puntos dolorosos selectivos y sobre todo la presencia de un hemartros con gotas de grasa es bastante orientativa de lesión ósea asociada. Pensaremos en esta patología ante una evolución rápida y síntomas aparentemente desproporcionados y persistentes con imágenes radiológicas poco aparentes. Debemos buscar pequeños fragmentos en las radiografías. De gran utilidad es la RM y finalmente la artroscopia, que puede ser en determinados casos, terapéutica. La bibliografía describe diferentes opciones terapéuticas para las fracturas osteocondrales, incluyendo la exéresis del fragmento, injerto osteocondral, forage, o la reposición del mismo, con otro tipo de anclajes metálicos o por otra vías, como la artroscópica. Consideramos que se deben reponer los fragmentos osteocondrales grandes, más aún si corresponden a zonas de carga y fijarlos por cualquiera de las distintas técnicas descritas. En nuestro caso, tuvimos un excelente resultado con la utilización de los arpones reabsorbibles Smartnail®, técnicamente sencillos de implantar y proporcionando una magnífica estabilidad. Su principal ventaja es su propiedad biodegradable, evitando un posible daño futuro sobre el cartílago articular, aunque hay descritos casos de reacción a cuerpo extraño con reacción sinovial inflamatoria. La opción de la vía abierta es más adecuada por la posición del fragmento de nuestra paciente, ya que los implantes deben implantarse perpendicularmente al eje mayor, y además permite la plicatura del LLI. Un estudio realizado sobre una serie de 10 casos de fracturas osteocondrales de rótula, tratados con este implante entre los 7 y los 21 días del traumatismo, concluyó como indicación electiva la osteosíntesis dado que provee la reconstrucción de la superficie articular con el propio cartílago nativo. La experiencia adquirida al analizar la presente serie fundamenta que, a pesar de haber demorado el tratamiento quirúrgico entre una y tres semanas, la consolidación obtenida puede ser sustentada desde el punto de vista biológico. Además, desde el punto de vista mecánico, el implante empleado ha provisto estabilidad suficiente a la síntesis interfragmentaria.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 211**

TÍTULO: **FACTORES ASOCIADOS A LA OSTEONECROSIS TRAS FRACTURA LUXACIÓN DE ASTRÁGALO: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

AUTORES: **Badillo Cruzado, R. / Borges Guerra, J.R. / Pérez Grandal, C.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Huelva**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de astrágalo son las segundas en frecuencia de todas las fracturas del tarso y suelen deberse a traumatismos de alta energía con mecanismo de hiperdorsiflexión del pie. La importancia de estas fracturas radica en el escaso aporte vascular, ya que tres quintas partes del hueso están cubiertas por cartílago articular y no existen uniones miotendinosas que se inserten en él.

OBJETIVOS:

Es por ello, que evitar la aparición de la necrosis ósea avascular sea uno de los principales retos en el tratamiento. Pero desafortunadamente, no siempre se consigue… ¿Qué podríamos mejorar en el tratamiento para disminuir la incidencia de esta complicación?. Presentamos un caso clínico de un paciente tratado en nuestro servicio y revisamos en la bibliografía reciente factores asociados que puedan ser modificados para evitar la aparición de osteonecrosis.

MÉTODOS:

Se trata de un varón de 20 años, sin antecedentes de interés, que sufre traumatismo de alta energía al caer sobre su pie izquierdo de una moto. En la exploración se objetiva importante deformidad, con tumefacción e impotencia funcional, sin alteraciones neurovasculares. Las radiografías iniciales de mala calidad intuyen la gravedad de la lesión que luego se confirmaría intraoperatoriamente: fractura desplazada de cuello del astrágalo con luxaciones de las articulaciones tibioastragalina y subastragalina (Hawkins tipo III) asociada a fractura bimaleolar transindesmal de tobillo. Se procede a intervención quirúrgica urgente, realizándose mediante abordaje medial reducción del cuerpo del astrágalo con ayuda de Steinman en calcáneo y osteosíntesis con 2 tornillos canulados posteroanteriores. Una vez tratado el astrágalo, se reduce y osteosintetiza peroné con placa de tercio de tubo y tornillos y maléolo interno con otro tornillo canulado. Inmovilización con férula suropédica posterior.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La evolución postoperatoria inmediata cursó sin incidencias, con control radiológico satisfactorio y no presentando complicaciones sobre partes blandas. Se procedió al alta sin autorizar la carga. Al mes, se le retiró la férula para iniciar ejercicios de movilidad del tobillo en descarga, iniciando la carga parcial progresiva a los dos meses con órtesis tipo walker. A los tres meses, se constantan los cambios radiológicos visualizados en la imagen con signos de osteonecrosis del cuerpo del astrágalo y con osteopenia severa junto con clínica compatible con Sd de Dolor Regional Complejo (SDRC). Actualmente, a los 9 meses continúa tratamiento rehabilitador y en la Rx se confirma la osteonecrosis, presentando molestias en retropié pero que por el momento no indican realizar un tratamiento quirúrgico agresivo como la artrodesis de tobillo.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 211**

TÍTULO: **FACTORES ASOCIADOS A LA OSTEONECROSIS TRAS FRACTURA LUXACIÓN DE ASTRÁGALO: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

AUTORES: **Badillo Cruzado, R. / Borges Guerra, J.R. / Pérez Grandal, C.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Huelva**

CONCLUSIONES:

Todos los estudios recientes concluyen que los mejores resultados se dan cuando se lleva a cabo y se mantiene una reducción anatómica precoz y perfecta. Debe evitarse cargar peso sólo hasta que exista consolidación de la fractura, y entonces se puede mantener en descarga mediante una férula de carga del tendón rotuliano hasta que el cuerpo avascular se haya reconstituido. A pesar de ello, en el caso de la osteonecrosis parece que está más influenciado por el grado y gravedad de la lesión inicial, presentándose entre el 83% y el 100% en los tipo III de Hawkins. A menudo es difícil extraer el único factor responsable del escaso resultado porque normalmente se produce más de una complicación, particularmente con las fracturas desplazadas. Sin embargo, no hay una relación directa entre el desarrollo de osteonecrosis y los síntomas de incapacidad permanente. La intervención quirúrgica posterior debe dirigirse según los síntomas del paciente porque se ha comprobado que ningún procedimiento quirúrgico ha demostrado mejorar la revascularización astragalina.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 212**

TÍTULO: **RABDOMIOLISIS RELACIONADA CON ELECTROESTIMULACIÓN.**

AUTORES: **García Romero, D. / Marcos Rabanillo, R.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena**

INTRODUCCIÓN:

La rabdomiolisis es un síndrome caracterizado por la necrosis muscular y el incremento de elementos intracelulares musculares en la circulación. La severidad del cuadro puede ir desde elevaciones asintomáticas de enzimas musculares en el suero, hasta lesiones mortales.

OBJETIVOS:

Presentar 1 caso de rabdomiolisis relacionados con la electroestimulación en el ámbito de fitness.

MÉTODOS:

Hemos seleccionado 1 caso clínico, diagnosticado y tratado en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena, ambos sucedidos en época estival.
Anamnesis: Mujer de 47 años que tras una sesión de electroestimulación acude a urgencias para valoración de edema, empastamiento y sensación de parestesias a nivel de Miembro Superior. Sin antecedentes personales de interés.
Examen físico: Presencia de edema que se extiende desde la zona del codo derecho hasta dedos, sin incrementos de la temperatura y sin dolor, con sensibilidad y pulsos conservados.
Pruebas complementarias: Se solicita bioquímica de urgencias, en la que aparece CPK total: 11681 U/L. (Límite superior de referencia 195 U/L)
Diagnóstico: Rabdomiolisis relacionada con electroestimulación.
Tratamiento: Se somete a sueroterapia, control de diuresis, y niveles de CPK. Se aplican 500 ml de suero fisiológico cada 4 horas alternando con suero glucosado al 5%.
Evolución: Durante las 37 horas que se prolonga el ingreso, se administran un total de 2500 ml de suero fisiológico y 1500 ml de suero glucosado al 5%. Se registran 3800 ml de orina. CPK, pasa de 11681 U/L en el primer control, posteriormente en el segundo control 7144 U/L , tercer control 5944.00 U/L, cuarto control, 3649 U/L. NO se registran cambios electrolíticos de interés, ni criterios de lesión renal aguda.

DISCUSIÓN:

Las potenciales causas de rabdomiolisis pueden ser agrupadas en 3 líneas generales.

- Traumatismos o compresión muscular.
- Esfuerzos.
- Cusas no traumáticas, no esfuerzos.

Estos datos indican la relación existente entre la electroestimulación y la aparición de casos de rabdomiolisis, causa a considerar ante la aparición de rabdomiolisis en pacientes jóvenes, y sin patología subyacente. Dicha relación se ve incrementada en época de altas temperaturas, particularmente en individuos físicamente no entrenados.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 213**

TÍTULO: **LUXACIÓN BIPOLAR DE CLAVÍCULA.**

AUTORES: **Meziyane, A. / Arjona Giménez, C. / Quirante García, S.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

La luxación de ambos extremos de la clavícula recibe el nombre de luxación bipolar de la clavícula o clavícula flotante.

OBJETIVOS:

Presentamos el caso de una paciente de 65 años que tras un atropello en vía Pública presenta una luxación bipolar de clavícula. Debido a la rareza de esta lesión, el tratamiento sigue siendo controvertido.

MÉTODOS:

Luxación de la clavícula bipolar es poco frecuente y por lo general se puede diagnosticar clínicamente. Su etiología sigue siendo controvertida. Una teoría sugiere que la luxación en la articulación acromioclavicular y esternoclavicular es consecutivo,mientras que otros sugieren que son simultáneas. No hay un tratamiento estándar para este tipo de lesión. Una revisión de la literatura indica que la luxación de clavícula bipolar se trata con más frecuencia en forma conservadora, principalmente debido a la falta de opciones de tratamiento efectivo de manera permanente operativos.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En los casos publicados, el tratamiento varía desde conservador sin reducción con buenos resultados funcionales hasta casos no intervenidos en los que fue necesaria una reconstrucción posterior. No hay evidencias sobre si fijar una única articulación es suficiente para dar estabilidad a la otra.
En nuestro caso, la paciente fue tratada de forma conservadora y fue revisada a los 3,6 y 12 meses con buen resultado funcional.

CONCLUSIONES:

Hacen falta realizar más estudios para determinar el tratamiento de elección de esta patología tan infrecuente , por otra parte hay individualizar los casos para ofrecer el mejor tratamiento para cada paciente.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 214**

TÍTULO: **OPTIMIZACIÓN DEL IMPACTO HEMODINÁMICO DE LA PTR BILATERAL DE RODILLA EN UN TIEMPO.**

AUTORES: **Prado Martin de Lucia, L.F. / Jimenez Garrido, C. / Duran Garrido, F.J. / Montañez Heredia, E.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

OBJETIVOS:

El objetivo principal de nuestro trabajo es dar a conocer el protoloco empleado en nuestro centro en estos pacientes sometidos a artroplastia bilateral de rodilla en un sólo tiempo.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 68 años con gonartrosis bilateral Ählback III severa por artropatía seronegativa en tratamiento con etanercept. Otros antecedentes : HTA, FA, dilatación del ventrículo izquierdo con FE conservada y ligera dilatación de aorta ascendente. Clinicamente presenta IMC de 28, dolor mecánico e inflamatorio (EVA 8/10); desalineación de las rodillas en varo y flexo irreductible; movilidad 10º-100º; incapacidad para la deambulación y un HSS 39/100.
Se realizó protetización de ambas rodillas con estabilización posterior y sustitución patelar bilateral.
24h de la cirugía, retirar ambos drenajes y primer control hematológico con Hb 8,3 g/dL y un Hto 27%. Se decide con Hematología transfusión de 2 cc hematíes.
5o día postquirúrgico, una Hb 7,4 g/dL y se administra 30.000 UI EPO . 8o día Hb 11,6 g/dL, se da de alta.

RESULTADO:

2 meses de la cirugía, consulta de revision, sin dolor en las rodillas , fuerza de cuádriceps 4/5 y caminando > 1 hora al día. EF:rodillas frías y secas, bien alineadas con estabilidad y movilidad 110/0 en la izquierda y 125/0 en la derecha. En radiografías de control correcta alineación de la prótesis.A los 6 meses de la cirugía nueva consulta con nueva radiografía con notable mejoria con respecto a previa Situación clínica era de 95/100 en la escala de HSS.

DISCUSIÓN:

La PTR bilateral en un tiempo disminuye significativamente el tiempo operatorio y duración de la estancia media en el hospital. Sin embargo, mayor pérdida de sangre y mas transfusiones que en dos tiempos.
Para evitar esto, usar dispositivos de recuperación sanguínea, transfusiones alogénicas de sangre,100-300UI/Kg/día de eritropoyetina asociado a hierro IV en pacientes anémicos en el preoperatorio y postoperatorio para evitar las transfusiones o ácido tranexámico.
Se recomienda la transfusión sanguínea antes de Hb < 8 g/dL siempre y cuando haya una progresión descendente en los primeros días postoperatorios.

CONCLUSIONES:

Concluimos, que en pacientes seleccionados , la PTR bilateral puede suponer una ventaja en cuanto a su recuperación funcional temprana. Fundamental colaboracion entre Cirugía y Hematología.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 215**

TÍTULO: **COALICIÓN LUNOPIRAMIDAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Cortés Requena, M.J. / Torres Álvarez, M.N. / Álvarez Guerrero, A.**

CENTRO: **Hospital Universitario San Agustín (Linares, Jaén)**

Las coaliciones del carpo son anomalías anatómicas que en la mayoría de los casos se detectan de manera casual. La coalición o sinostosis semiluno-piramidal constituye una malformación muy poco frecuente en nuestro medio, su incidencia de la fusión lunopiramidal es de sólo 0,1% en la raza blanca, pero puede llegar hasta el 61,5% en la forma bilateral de ciertas tribus africanas.

Se presenta un caso de una mujer de 50 años, en la que se observó este raro tipo de coalición semiluno-piramidal, tras consultar por un traumatismo en muñeca derecha por el que sufrió una fractura articular de radio distal por la que tuvo que ser tratada.

De acuerdo con el trabajo de Minaar, las coalescencias carpianas más frecuentes, dentro de su extremada rareza, son las del semilunar con el piramidal (lunopiramidales) y dentro de éstas la condición de bilateralidad es la más frecuente; la clasificación que allí se propone de estas sinostosis reconoce cuatro tipos según el grado de fusión, en el caso que nos concierne se trataría de un tipo III (fusión completa).

Durante mucho tiempo estas coaliciones del carpo se consideraban totalmente asintomáticas, pero en las últimas décadas se han comunicado casos que causaban dolor en la muñeca, sobre todo en las coaliciones incompletas Minnaar tipo I, por ello se recomienda tenerla presente ante casos de dolor oculto en la muñeca.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 217**

TÍTULO: **FRACTURAS DE EPITRÓCLEA. UNA SERIE DE 2 CASOS.**

AUTORES: **Rodríguez Ferri, A. / Domínguez Luque, M. / Hernández, S. / Obrero Gaitán D.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de húmero distal condilar parcial o tipo B en la clasificación de la AO para fracturas de extremidad distal del húmero consituyen menos del 5% del total de las fracturas de esta localización. Dentro de estas, la de la epitróclea en adultos es mucho más infrecuente. Suelen estar asociadas a luxación de codo. La indicación quirúrgica se realiza si el desplazamiento es mayor de 1 cm o hay inestabilidad en valgo.

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es mostrar una serie de 2 casos que acudieron a nuestro hospital presentando dicha patología en la ausencia de luxación del codo.

MÉTODOS:

En ambos casos eran pacientes en la 5ª década de la vida que habían sufrido un traumatismo indirecto en el codo. En la radiografía presentaban un desplazamiento de 1 cm. Pensamos que, además de los criterios de indicación quirúrgica clásicos, hay que pensar que estas fracturas está infravaloradas en la radiología y que luego presentan interposición de partes blandas y que la posibilidad de complicaciones es mayor, parecido a lo que ocurre en los niños.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En ambos casos se decidió tratamiento quirúrgico, se realizó una vía medial del codo, se liberó el nervio cubital, se limpió el foco de fractura, apareciendo parte blandas interpuestas en el foco y con un desplazamiento mayor del esperado. Se realizó osteosíntesis con 1 tornillo de doble compresión de 3.5 mm. Se procedió a su alta a las 24 horas. A las 6 semanas de seguimiento se objetivó la consolidación de la fractura y a las 4 sem se derivaron a tratamiento rehabilitador. Se consiguió un balance articular de codo normal en ausencia de dolor.

CONCLUSIONES:

Pensamos que la indicación quirúrgica en este tipo de fracturas ha de ser mayor, tanto porque el desplazamiento es mayor que el que aparenta la radiografía y por la interposición de partes blandas en el foco de fractura.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 218**

TÍTULO: **TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO EN LA CONDROMATOSIS DE HOMBRO.**

AUTORES: **Pérez Grandal, C. / Borges Guerra, J. / Badillo Cruzado, R.**

CENTRO: **Hospital Juan Ramón Jiménez**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La condromatosis sinovial es una enfermedad infrecuente que afecta a las articulaciones diartrósicas. Su etiología es desconocida. Es más frecuente en hombre jóvenes, y suele presentarse como dolor y limitación del rango de movilidad articular. Histologicamente las células sinoviales se caracterizan por la presencia de metaplasia cartilaginosa que producen múltiples nódulos. Clásicamente el tratamiento era la liberación abierta de la articulación y extirpación de estos condrocitos (cuerpos libres o adheridos a la sinovial).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tratamos un caso de un varón de 25 años que comienza con dolor insidioso en su hombro derecho, sin mejoría con infiltraciones y tratamiento médico. En consultas refiere ciertas molestias pero destaca una rigidez en la movilidad del hombro (sobretodo la rotación interna). Las radiografías son negativas. Se realiza RMN donde se aprecia condromatosis sinovial y rotura parcial del espesor del tendón supraespinoso. Se interviene quirúrgicamente mediante artroscopia de hombro (portales AI -visión P- y P -AI -visión AS-), realizándose extracción de cuerpos libres (abundantes, entre 3-6 mm de diámetro) y desbridamiento de lecho de rotura del tendón. Se infiltra cóctel analgésico.

RESULTADOS:

El paciente se encuentra clínicamente bien, sin dolor y con mejora significativa movilidad articular. Continúa con ejercicios de fortalecimiento de musculatura de la cintura escapular, realiza vida normal y está incorporado a su trabajo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La artroscopia nos ofrece un método excelente para tratar esta patología, ya que ofrece una visión completa de la articulación pudiendo liberar adherencias, extirpar cuerpos libres y realizar sinovectomía (en caso que se considere necesario). En caso de cuerpos libres de gran tamaño se han descrito diversas técnicas para extraerlas a través de cánulas especiales. Igualmente la dificultad que presentan diversas regiones anatómicas no tan accesibles se puede realizar movilizaciones del hombro u "ordeño" de la zona para movilizar los cuerpos libres. Con menor morbilidad que la artrotomía, es el método de elección, encontrándose resultados clínicos satisfactorios así como la incorporación temprana a la vida laboral.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 219**

TÍTULO: **LIPOSARCOMA MIXOIDE PARAVERTEBRAL.**

AUTORES: **Meziyane, A. / Pérez Abela, A. / López Herrada, M.E.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

El liposarcoma es un tumor maligno de Resumen tejidos blandos que constituye el grupo más numeroso de sarcomas en el adulto. La variante mixoide representa 30 a 35 % de todos los liposarcomas. Comúnmente se observa en los muslos. En la literatura se han informado solo dos pacientes con liposarcoma en la columna vertebral.

OBJETIVOS:

Presentamos el caso de una mujer de 70 años de edad con historia de dorsalgia crónica , que no se aliviaba con analgesia pero sin síntomas de compresión medular.

MÉTODOS:

Las imagenes de RM confirmaron una Lesión tumoral (liposarcoma) dependiente de musculatura paravertebral derecha desde D1 a D7, mostrando unos diámetros de 120,6 mm (CC) x 55,7 mm (AP) x 45,2 mm (LL). Infiltrando las estructuras óseas de los arcos posteriores con ocupación del espacio graso epidural posterior a nivel de D2, sin evidencia de compromiso ni contacto con el cordón medular. Se realizó resección marginal del tumor por la localización del mismo . El estudio histopatológico definitivo indicó que se trataba de un liposarcoma mixoide.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La resonancia magnética es el estudio de elección para definir los tumores de tejidos blandos, delinear su ubicación anatómica y llevar a cabo una biopsia satisfactoria, así como para planear el procedimiento quirúrgico. Aunque es una de las modalidades más valiosa para la evaluación anatómica de los tumores en la columna vertebral, sin embargo, aún no se han definido los datos patognomónicos de dicha entidad debido a la rareza del liposarcoma mixoide en esta localización, por lo que el espectro del diagnóstico diferencial es extenso En nuestro caso, la evolución y el pronóstico de la paciente es reservado debido a la localización poco frecuente y a la resección incompleta de la neoplasia.

CONCLUSIONES:

La columna vertebral es una localización poco frecuente para esta neoplasia, así como para sus metástasis. Es difícil lograr una resección completa en este sitio, por lo que la tasa de recurrencia es alta.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 220**

TÍTULO: **ARTRODESIS DE CODO: TRATAMIENTO DEFINITIVO EN FRACTURA DE HUMERO DISTAL.**

AUTORES: **Domínguez Luque, M. / Rodríguez Ferri, A. / Hernández García, S. / Obrero Gaitán, D.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas A3 de húmero distal corresponden a un patrón de fractura infrecuente.

OBJETIVOS:

El tratamiento consiste en reducción abierta y fijación interna.

MÉTODOS:

Presentamos un caso de alta complejidad y discusión técnica donde la solución fue realizar una artrodesis de codo. Paciente de 87 años. demenciada, institucionalizada que acudió a urgencias con una fractura abierta tipo B de Gustilo y tipo A3 de AO. Se optó por tratamiento con fijador externo de codo tras limpieza quirúrgica y lavado. Presentaba paresia del nervio radial.
El control radiológico fue adecuado y durante su estancia hospitalaria la herida cicatrizó adecuadamente sin infección. Tras 3 meses, sin correcto seguimiento. Se desplazó la fractura, y se había desmontado el sistema de fijador externo con exposición de nuevo del fragmento proximal del húmero.
Se decidió realizar fijación interna, pero durante la cirugía se apreció mal estado del húmero proximal (sin llegar a haber infección), muy poco fragmento distal para realizar una correcta osteosíntesis así que tras valorar todos estos factores que añadían una importante complejidad técnica a la cirugía, además de la posibilidad de pseudoartrosis por la posibilidad de infección del húmero y el no adecuado estado de la paciente para nuevas cirugías decidimos realizar una cirugía que estabilizara la fractura y minimizara el riesgo de nuevas cirugías. Se realizó una artrodesis de codo con placa Synthes de reconstrucción.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La herida quirúrgica cicatrizó de forma adecuada, la herida de la exposición ósea también. La enferma ha ido recuperando la paresia del nervio radial y radiológicamente, tras tres meses de seguimiento, la artrodesis muestra signos de consolidación.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 221**

TÍTULO: **SUBLUXACIÓN RECIDIVANTE DE TENDÓN EXTENSOR DE LA MANO. MANEJO TERAPEÚTICO.**

AUTORES: **Fernández Martín, J.A. / Esteban Castillo, J.L. / García Vera, J.J.**

CENTRO: **Hospital Vithas Xanit Internacional**
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

INTRODUCCIÓN:

La subluxación o luxación de los tendones a nivel de la articulación metacarpofalángica (MTCF) constituye una patología poco frecuente, de etiología inflamatoria (la más frecuente), traumática, degenerativa o congénita. Clínicamente provoca un desplazamiento del tendón hacia el espacio intermetacarpiano al flexionar el dedo afecto y un resalte, en ocasiones doloroso, al extenderlo. El diagnóstico es clínico; aunque suele complementarse con una RX y una ecografía dinámica. La TC y RM no suelen ser necesarias.El tratamiento depende de si estamos ante casos:

- Agudos (< 3 semanas de evolución). Tratamiento conservador mediante una inmovilización durante 3 semanas y posterior tratamiento rehabilitador.
- Crónicos (> 3 semanas). Precisan de un recentrado quirúrgico del o los tendones afectos, mediante alguna de las múltiples técnicas disponibles.

OBJETIVOS:

Exponer brevemente las opciones terapéuticas disponibles frente a las subluxaciones MTCF de los extensores y presentar los resultados de dos casos crónicos intervenidos mediante la técnica de Wheeldon.

CASO CLÍNICO:

Los dos casos intervenidos eran hombres adultos que presentaban una luxación crónica MTCF hacia cubital grado II de Rayan y Smith del 4º dedo y del 3º dedo respectivamente. En ambos casos se hacía referencia a un antecedente traumático. La intervención se realizó mediante bloqueo axilar y con manguito neumático de isquemia, se realiza una incisión longitudinal en sobre la MCF. Se expuso el aparato extensor y se verifico la subluxación cubital del tendón durante el movimiento de flexoextensión de las MTCF. Confirmada la subluxación y ausencia de lesiones de las bandas sagitales y la capsula articular se optó por una técnica de recentrado usando suturando una banda de la juntura tendinum cubital sobre la capsula articular radial con sutura no reabsorbible de 5/0. Tras comprobar la estabilidad del tendón durante la felxoextensión, se suturo la piel y se colocó una férula inmovilizadora con MTCF en 30º de flexión y IFP en extensión durante 3 semanas tras la que se iniciaron ejercicios de rehabilitación

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Con un seguimiento medio de 6 meses, ambos pacientes presentaban ausencia de molestias con un rango de movilidad completo y sin recidiva de la lesión.

CONCLUSIONES:

Atendiendo a la bibliografía y a nuestra experiencia podemos concluir que la técnica de Wheeldon en casos de subluxación grado II de Rayan y Smith parece una alternativa válida y de sencilla ejecución para el tratamiento de la subluxación MTCF crónica del tendón extensor.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 222**

TÍTULO: ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN LUXACIÓN CONGÉNITA EVOLUCIONADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Passini Sánchez, J. / Quintero Quesada, J. / Escandón Almazán, P.

CENTRO: Hospital de Antequera, Málaga

INTRODUCCIÓN:

La displasia del desarrollo de la cadera (DDC) abarca un abanico grande de alteraciones de esta articulación desde los grados más leves hasta la luxación irreductible. La clínica varía con la edad, por lo que es importante realizar un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. El tratamiento quirúrgico incluye técnicas conservadoras como las osteotomías pélvicas y suelen desembocar con los años en la artroplastia total de cadera.

OBJETIVOS:

Presentamos la evolución de un paciente con luxación congénita de cadera izquierda sometido a artroplastia total de cadera, previamente intervenido mediante una osteotomía pélvica tipo Chiari.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente varón de 46 años con luxación congénita de cadera derecha en la infancia. Es valorado en nuestras consultas a los 22 años por dolor e importante limitación funcional de cadera derecha, por lo que se decide realizar osteotomía de Chiari para mejorar la cobertura de la cabeza femoral, con buena evolución y disminución del dolor. Tras 24 años de la intervención el paciente refiere dolor progresivo y limitación a la movilidad en los últimos años. A la exploración presenta acortamiento de 3 cm. del miembro afecto, marcada cojera, dolor con la marcha y a la movilización e importante limitación a la rotación externa y flexión de la cadera. En la radiografía se observa la presencia de luxación baja con coxa valga de 170º e importantes cambios degenerativos tanto en cabeza femoral como en neocotilo. Se decide la realización de una artroplastia total de cadera, descendiendo la cabeza del fémur hasta la posición más próxima al paleocotilo.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El control radiológico postoperatorio es adecuado con implante situado a nivel del peleocotilo con corrección total de su disimetría. El paciente no presentó complicaciones neurológicas secundarias a la tracción del nervio ciático. El resultado final fue una mejoría significativa del dolor, de la movilidad y corrección de la disimetría presente.

CONCLUSIONES:

La artroplastia total de cadera en la luxación congénita evolucionada del adulto es el tratamiento de elección y permite en muchos casos llevar la cabeza del fémur a su posición original, recuperar la función de la cadera y la longitud del miembro. La complicación más importante es la tracción del nervio ciático debido al alargamiento secundario de la extremidad.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 223**

TÍTULO: **CONDROSARCOMAS SECUNDARIOS PERIFÉRICOS POR TRANFORMACIÓN DE OSTEOCONDROMAS PÉLVICOS.**

AUTORES: **Esteban Castillo, J.L. / García Vera, J.J. / Rodriguez Delourme, I.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

El término condrosarcoma secundario periféricos define la transformación maligna de una lesión cartilaginosa benigna previa, como es el osteocondroma o el encondroma. El riesgo de malignización de las lesiones cartilaginosas benignas a condrosarcoma secundario periférico es muy bajo (1-2%); pero se ve incrementado cuando la lesión tiene una localización axial (raquis o cinturas pélvica y escapular) y/o cuando forma parte de una enfermedad de exostosis múltiple, pudiendo alcanzar, en estos casos, el 15%. El dolor y crecimiento del tumor después del cierre de la placa fisária son signos de transformación maligna. Es por esto que algunos autores recomiendan la resección amplia profiláctica de estos tumores cuando asientan en estas localizaciones, especialmente si son dolorosos o crecen después de la maduración esquelética.

OBJETIVOS:

Recordar, a través de un caso ilustrativo, el potencial de malignización de los osteocondromas a condrosarcomas secundaros periféricos y la recomendación de su resección amplia profiláctica.

CASOS CLÍNICOS:

Paciente de 33 años con osteocondromatosis multiple que consulta por crecimiento doloroso, en los últimos meses, de un osteocondroma a nivel de la pelvis. Debido que el paciente cumplía varios criterios de riesgo malignización del osteocondromas se decidió resección amplia profiláctica. La intervención se realizó, sin complicaciones, bajo anestesia general a través de un abordaje longitudinal sobre el tumor y consistío en su resección ampliada. La anatomía patológica confirmó la presencia de un condrosarcoma con márgenes libres.

RESULTADO:

A los 18 meses de la intervención, no se han presentado recidivas tumorales y el paciente está realizando sus actividades habituales.

CONCLUSIONES:

Debido a que los condrosarcomas son tumores radio y quimioresistentes que provocan una mortalidad de hasta el 80% a los 10 años, se recomienda la resección ampliada de aquellas lesiones tumorales con riesgo de malignizar a un condrosarcoma secundario.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 224**

TÍTULO: **BIOTENODESIS DEL BÍCEPS: RESULTADOS DE NUESTRA TÉCNICA QUIRÚRGICA.**

AUTORES: **García Vera, J.J. / Esteban Castillo, J.L. / Díaz Martín, A.A.**

CENTRO: **Hospital Vithas Xanit International**

INTRODUCCIÓN:

La biotenodesis es la técnica preferida para el manejo de la patología del tendón de la porción larga del bíceps en personas jóvenes, deportistas, trabajadores, y aquellos que desean evitar alguna deformidad estética.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos nuestra serie de casos de 11 pacientes intervenidos con técnica mini abierta subpectoral utilizando tornillo interferencial. Utilizamos los escores Simple Shoulder Test, Constant Murley y el grado de satisfacción personal en cuanto a estética y dolor local en la cicatriz, además tuvimos en cuenta la incorporación al mundo laboral o a la práctica deportiva. El tiempo promedio de seguimiento fue de 18 meses.

RESULTADOS:

Comparando nuestra serie de casos intervenidos con una serie de 8 pacientes que no se intervinieron de dicha patología observamos que los pacientes intervenidos presentan una mayor satisfacción del resultado obtenido y una reincoporación más temprana al ámbito laboral y deportivo que el grupo de pacientes que no se intervinieron.

DISCUSIÓN:

La tenodesis subpectoral es un proceso caro y que ocupa tiempo en comparación con la abstención quirúrgica, sin embargo se ha observado que los resultados son significativamente mejores en los pacientes intervenidos que en los no intervenidos. Es por ello por lo que consideramos que la biotenodesis del bíceps es la opción terapeútica ante una rotura de la porción larga del bíceps.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 227**

TÍTULO: **LUXACIÓN TRAPECIOMETACARPIANA AGUDA. NUESTRA EXPERIENCIA.**

AUTORES: **Fernández Martín, J.A. / Esteban Castillo, J.L. / García Vera, J.J.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

La luxación trapeciometacarpiana (TPZ-MTC) aguda es una lesión infrecuente, aparentemente debida a un mecanismo de compresión axial sobre el primer dedo en flexión que lesiona de las estructuras estabilizadoras capsuloligamentosas dorsoradiales TPZMTC (ligamento dorsoradial y posterior oblicuo). En ocasiones se asocia a avulsiones óseas de la base del primer metacarpiano o del trapecio. Aunque su reducción es sencilla, esta no siempre es estable y requiere técnicas de estabilización; por lo que existe controversia acerca del tratamiento de elección

- Conservador: Reducción cerrada e inmovilización con yeso antebraquial y pulgar en abducción; añadiendo una aguja K percutánea si es necesario.
- Quirúrgico: Ligamentoplastia abierta con recostrucción del complejo capsuloligamentoso dorsal.

OBJETIVOS:

Presentar los resultados de tratamiento de 3 casos de luxación trapeciometacarpiana aguda tratadas mediante tratamiento conservador.

CASO CLÍNICO:

Los tres casos (2 hombres y 1 mujer de 45,33 y 23 años) se produjeron como consecuencia de una caída sobre la mano. En todos se realizó una reducción bajo anestesia local y control radioscópico en quirófano y una inmovilización con un yeso antebraquial con el pulgar en abducción.

- 2 casos se fijaron con una aguja K temporal que se retiró a las 4 semanas.
- 1 caso no se fijó con aguja K ante la aparente estabilidad de la lesión.
- A las 6 semanas se retiró la inmovilización y se comenzó tratamiento rehabilitador.

RESULTADOS:

Los pacientes en los que se realizó una estabilización percutánea de articulación con una aguja K han presentado una recuperación funcional completa y no refiere limitaciones funcionales en su pulgar, mientras que el paciente al que no se implantó la aguja ha presentado una subluxación secundaria y presenta una limitación leve de la oposición del primer dedo.

CONCLUSIONES:

Atendiendo bibliografía y nuestra experiencia, consideramos que el tratamiento de elección ante estas lesiones es la reducción cerrada e inmovilización con yesos antebraquial y pulgar en abducción añadiendo siempre una aguja K percutánea de estabilización. Las técnicas de reconstrucción ligamentosa deben quedar reservadas para las luxaciones inveteradas y las inestabilidades crónicas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 228**

TÍTULO: **POLO PROXIMAL DEL ESCAFOIDES DESPLAZADO A CARA VOLAR DE LA ARTICULACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL TRAS UNA FRACTURA LUXACIÓN TRANSESCAFOLUNAR DORSAL DEL CARPO.**

AUTORES: **Fernández Martín, J.A. / Esteban Castillo, J.L. / García Vera, J.J.**

CENTRO: **Hospital Vithas Xanit Internacional**

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones perilunares del carpo son lesiones poco frecuentes, consecuencia de mecanismos de alta energía, como los accidentes de tráfico o las caídas desde altura. La característica definitoria de estas lesiones es una cascada de lesiones en torno al semilunar que Mayfield denominó “inestabilidad perilunar progresiva” y dividió en 4 estadios. Su tratamiento, es generalmente quirúrgico y requiere de una reducción inicial de urgencias y una posterior fijación y reconstrucción abierta de las lesiones del paciente.

OBJETIVOS:

Presentar el manejo de un caso de luxación perilunar del carpo grado IV de Mayfield en la que el polo proximal del escafoides se desplazó proximalmente a la cara volar del tercio mediodistal del radio.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 42 años, sin antecedentes médicos de interés que sufrió una caída desde altura sobre su mano derecha con la radiocarpiana en extensión. Acudió a Urgencias con dolor e inflamación e impotencia funcional de la muñeca, donde tras realizar un estudio radiológico convencional, se hizo una primera reducción cerrada de la lesión tras realizar un TC 3D, se programó el tratamiento definitivo urgente del paciente.
El tratamiento definitivo se realizó a través de un abordaje volar y dorsal del carpo y consistió en:

- Recuperación del polo proximal del escafoides.
- Abordaje volar del carpo y osteosíntesis del gancho del ganchoso.
- Reinserción de la capsula volar del carpo con arpones.
- Abordaje dorsal del carpo y osteosintesis del escafoides.
- Reducción de la radiocubital y reconstruccion de la fractura arrancamiento dorsal del ligamento radiocubito dorsal con arpones.
- Osteosíntesis con aguja K de la estiloides del radio.
- Osteosintesis con agujas K entre escafoides-semilunar y escafoides-grande.
- Reconstrución de los ligamentos escafolunares y la capsula dorsal del carpo.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Aunque la probable inviabilidad del polo proximal del escafoides nos hizo plantearnos la posibilidad de realizar directamente una artrodesis 4 esquinas; se decidió con el paciente intentar una cirugía reconstructiva con conservación del escafoides. Tras 8 semanas inmovilizado con una férula, se han retirado las aguas y el paciente ha comenzado su rehabilitación presentando una evolución favorable.

CONCLUSIONES:

Las disociaciones del carpo son lesiones complejas en las que la evidencia demuestra que el diagnóstico rápido, la reducción cerrada de urgencias y la posterior fijación interna; permiten optimizar las posibilidades de obtener un resultado satisfactorio y reducen la incidencia de complicaciones clínicamente significativas a largo plazo.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 229**

TÍTULO: **FRACTURA PERIPROTÉSICA DE CADERA FIJADA MEDIANTE DOS PLACAS DE GRANDES FRAGMENTOS.**

AUTORES: **Verdugo Domínguez, J.P. / López Lobato, R. / Díaz Márquez, R. / Calvo Lillo, C. / Lazo-Zbikoswki Taracena, J.M.**

CENTRO: **Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ortopédica y Traumatología Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Hospital de la Merced. Sevilla**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas periprotésicas son un problema cada vez más frecuentes debido al envejecimiento de la población y al cada vez más extendido uso de prótesis con una prevalencia que varía entre 0.15 y el 2.1% según la serie. Son fracturas que generan muchas complicaciones y su tratamiento, a veces, es difícil. La fractura puede provocar una inestabilidad del implante y requerir revisión del mismo, la colocación de placas de osteosíntesis y puede precisar la adicción de un injerto óseo. Existen diversas clasificación de las fracturas periprotésicas femorales, siendo la más usada la de Vancouver que divide las fracturas en seis tipos: Tipo A: fracturas desplazadas del trocánter mayor (AG) o menor (AL); tipo B: fracturas en la región del vástago protésico con el vástago bien anclado (B1), con el vástago aflojado pero con suficiente reserva ósea (B2) o sin reserva ósea (B3); tipo C, fracturas distales al vástago. El tratamiento de estas fracturas es complejo y no existes un claro consenso, lo que si queda claro es que debemos de dar la mayor estabilidad posible a la fractura. Las tipos AG se tratan generalmente de forma conservadora. Las AL pueden tratarse de forma ortopédica o quirúrgica. Las tipos B y C requieren un tratamiento quirúrgico que depende del tipo de fractura.

OBJETIVOS Y MÉTODOS:

Presentamos el caso clínico de una mujer de 83 años pluripatológica e intervenida de fractura de cadera derecha hace 5 años con implantación de prótesis parcial de cadera cementada que acude a urgencias por caída accidental y que presenta fractura periprotésica cadera derecha tipo B1 de Vancouver. Se realizó reducción abierta con fijación interna con placa anterior y lateral de grandes fragmentos con 5 cerclajes de 2 mm de Dall Milles. Tras la colocación de la osteosíntesis se comprobó la reducción por escopia y la estabilidad de la fractura.

CONCLUSIONES:

Las fracturas periprotésicas son fracturas difíciles de tratar y su tratamiento depende mucho de la experiencia del cirujano. Lo que tenemos que tener en cuenta al tratar este tipo de fracturas es, aparte de la clasificación de Vancouver, que la fractura quede lo más estable posible. Para ello podemos usar diferentes métodos de osteosíntesis como el recambio de la prótesis, la fijación con cerclajes, con una placa o con dos placas. En nuestro caso clínico se optó por un tratamiento con dos placas dando a la fractura mucha más estabilidad por lo que creemos que es un buen ejemplo para otras fracturas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 230**

TÍTULO: **FRACTURA OSTEODONDRAL DE RÓTULA TRAS TRAUMATISMO.**

AUTORES: **Verdugo Domínguez, J.P. / Calvo Lillo, C. / Ayuso González, M. / Díaz Márquez, R. / Lazo-Zbikoswki Taracena, J.M.**

CENTRO: **Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ortopédica y Traumatología Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Hospital de la Merced. Sevilla**

INTRODUCCIÓN:

La fractura osteocondral de rótula constituyen una entidad rara e infrecuente y afectan principalmente a la faceta condromedial de la rótula. Es más frecuente en varones niños o adolescentes, asociados a genu valgo leve y se producen por una fuerza de torsión en la rodilla y se acompañan de derrame articular con hemartros. El diagnóstico es uno de los puntos más conflictivos. A veces un estudio radiológico de calidad puede ser suficiente para el diagnóstico. Otras veces los defectos no se ven inicialmente y se ponen de manifiesto con el paso del tiempo cuando los bordes de la lesión se ponen esclerosos. La Resonancia Magnética ha sido de gran utilidad en el diagnóstico. El tratamiento se realiza mediante artroscopia que permite la posibilidad de reponer el fragmento y su fijación o extracción del mismo.

OBJETIVOS Y MÉTODOS:

Presentamos un caso clínico de un varón de 17 años que sufre un traumatismo en rodilla izquierda. A la exploración presentaba dolor, impotencia funcional y peloteo rotuliano. Se realizó artrocentesis con extracción de 50 cc de hemártros. El la radiografía se objetivo una fractura condral de rótula que se comprobó mediante TC. Se apreció fractura medial e interna de rótula con varios fragmentos libres en compartimento lateral, irregularidad en margen articular del cóndilo femoral externo con pequeños fragmentos adyacentes. En RNM se corroboró el diagnóstico anterior y se observó un esguince grado I del LCA. Se realizó una artroscopia de rodilla donde se apreció una lesión condral en espejo grago IV en zona anterolateral de cóndilo externo, una fractura de polo inferior de rótula, con meniscos y LCA sin hallazgos patológicos. Se procedió a la extracción de los fragmentos óseos.

CONCLUSIONES:

Las fracturas osteocondrales de rotulas son una entidad rara y debemos pensar en ellas en niños o jóvenes que presenta una luxación de rótula o traumatismo directo acompañado de derrame articular e impotencia funcional. El diagnóstico se realiza mediante radiografía, TC y RNM y el tratamiento pasa por la reducción y fijación y la artroscopia. La mayoría de los casos de fracturas osteocondrales son asociados a luxación de rótula, en estos casos es más frecuente que la lesión sea medial y no centromedial y se asocie a lesiones en los ligamentos. En nuestro paciente no hubo luxación de rótula y la lesión la presenta en la zona anterolateral del cóndilo externo y fractura del polo superior. El objetivo del tratamiento es hacer una reducción anatómica y síntesis estable. Si esto no es posible, como fue en nuestro caso, retirar los fragmentos libres para evitar los bloqueos

COMUNICACIÓN **PÓSTER 231**

TÍTULO: **LUXACIÓN INVETERADA DE CÚPULA RADIAL INFANTIL TRATADA MEDIANTE REDUCCIÓN ABIERTA Y PLASTIA TRICIPITAL.**

AUTORES: **Pascual Oliver, I. / Hernández Peniche, J. / Ruiz-Rico Gómez, J.**

CENTRO: **Hospital Torrecárdenas - Almeria**

INTRODUCCIÓN:

En el codo pediátrico, tanto el exceso de flexibilidad como la falta de estabilizadores oseos predisponen a la luxación.

OBJETIVOS:

Técnica para tratar una luxación inveterada de cúpula radial infantil y exposición de resultados.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Escolar de 9 años. Presenta bloqueo a 90º para la flexoextensión y 0º para pronosupinación tras 7 semanas desde caída sobre mano izquierda con codo en extensión. En las radiografías iniciales se aprecia luxación anterior de la cabeza del radio. Pese a no tener proyección que incluya el cúbito completo, se intuye incurvación plástica del mismo. La clasificamos como Monteggia equivalente tipo I de Bado. Optamos por la via clásica de Boyd. Los restos calcificados de ligamento anular y capsula anterior impiden la reducción, lo que hace necesario su desbridamiento. Se disecciona una tira de la porción lateral del tendón del tríceps. Se coloca un implante en el olecranon a nivel del ligamento anular nativo. El injerto se desliza alrededor del cuello del radio. La zona sana del ligamento anular fue preservada e incluida en la sutura, lo que otorga mayor estabilidad.

RESULTADOS:

La férula se mantuvo 6 semanas, seguidas de fisioterapia. A los 5 meses, presenta arco completo de flexoextensión, pronación completa y limitación de 10º para la supinación respecto a codo contralateral.

DISCUSIÓN:

La luxación traumatica de la cabeza del radio es una lesión infrecuente en niños y los casos inveterados son muy raros. El diagnostico inicial suele pasar desapercibido. El ligamento anular es la estructura más importante en el mantenimiento de la cabeza radial en posición anatómica. Para su reconstrucción, Bell-Tawse describió la plastia de tendón tricipital, técnica ampliamente utilizada en la literatura. Hemos optado por la variante con anclaje a cubito mediante implante. En los artículos revisados, los resultados no siempre fueron excelentes y algunos niños pierden algo de movilidad, sobre todo para los últimos grados de supinación. Por los resultados obtenidos, pensamos que esta tecnica es al menos tan efectiva como otras descritas. Tras la reconstrucción, muchos autores recomiendan el uso de una aguja transfixiante que atraviese el capitellum y la cabeza del radio, si esta tiende a la subluxación. En nuestro caso, la reducción resultó satisfactoria y no fue necesaria una técnica de estabilidad adicional.

CONCLUSIONES:

Es util conocer esta lesión para tratarla de forma aguda, pues implica mejor pronóstico. En casos inveterados, la plastia de Bell-Tawse con implante es una alternativa eficaz.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 232**

TÍTULO: **ENFOQUE DEL LIPOSARCOMA MIXOIDE Y SU TRATAMIENTO. A PROPOSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Olofsson Suárez-Bárcena, C.V. / Rosillo Soler, J.M. / Lombardo Torre, M.D.**

CENTRO: **Hospital Univeritario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

Los liposarcomas son tumores poco prevalentes, representando aproximadamente el 1% de todos los tumores en la población adulta y el 15% en la edad pediátrica. Son más comunes a partir de 4ª y 5ª décadas de la vida. Se presentan habitualmente como una masa indolora de rápido crecimiento. En su mayoría no se han encontrado agentes etiológicos específicos. El tratamiento es multidisciplinar, donde el papel fundamental se basa en la cirugía y la radioterapia, quedando la quimioterapia restringida a un grupo seleccionado de casos.

OBJETIVOS:

Exponer un caso de un paciente con un liposarcoma mixoide de bajo grado en miembro inferior izquierdo, tratado mediante radioterapia (RT) seguida de cirugía, y contrastar la indicación y resultados con la bibliografía actual.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 44 años que acude a revisión tras ser intervenido mediante artroscopia de rodilla derecha. Refiere molestias y aumento de tamaño del muslo contralateral, que achaca al uso de bastones y esfuerzo. A la exploración evidenciamos el aumento de tamaño de tamaño de MII, sensación de tumoración en raíz del muslo, indoloro y con movilidad de la extremidad conservada. Se solicita una RMN y biopsia con aguja gruesa, que se informan como liposarcoma mixoide de bajo grado de 18 cm, en íntima relación con el paquete femoral. En comité de tumores se decide tratamiento con RT neoadyuvante e intervención quirúrgica posterior. Durante la cirugía, requiere de un bypass fémoro-popliteo que presenta buena evolución posterior. A las 6 semanas, ingresó de nuevo por dehiscencia completa de la herida tras caída, que requirió reintervención con desbridamiento y trombectomía del bypass.

RESULTADOS:

Tras sucesivas revisiones por parte de oncología y servicio de traumatología y tras el tratamiento recibido con radioterapia y cirugía, pues no requirió quimioterapia (QT), el paciente se encuentra libre de enfermedad.

DISCUSIÓN:

Se ha demostrado que el liposarcoma mixoide es más radiosensible que otros tumores de partes blandas. El uso de RT hipofraccionada en días consecutivos y la inmediata cirugía posterior en tumores bien delimitados, ha mostrado muy buen control de la enfermedad. En diversas revisiones y estudios realizados, se ha visto que con el seguimiento de estos protocolos, la tasa de supervivencia libre de recaída local a los 5 años fue del 90% y la supervivencia global fue del 68%.

CONCLUSIONES:

La combinación de RT hipofraccionada seguida de cirugía inmediata supone una terapia efectiva en el tratamiento de los liposarcomas mixoides, demostrando buen control local y buena tolerancia.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 233**

TÍTULO: **ABLACIÓN POR RADIOFRACUENCIA OSTEOMA OSTEOIDE EN TERCER METACARPO.**

AUTORES: **Pérez Grandal, C. / Borges Guerra, J. / Muñoz Manchado, M.**

CENTRO: **Hospital Juan Ramón Jiménez**

INTRODUCCIÓN:

El osteoma osteoide es una lesión benigna de etiología desconocida caracterizada radiológicamente por presentar nidus rodeado de esclerosis reactiva. La localización en mano es rara, siendo más frecuente encontrarlos en tibia y fémur. Los pacientes presentan dolor de características no mecánicas, que empeora con el reposo y es característica la exacerbación nocturna, mejorando significativamente con AINEs. En huesos de menor tamaño estas lesiones están infradiagnosticadas, ya que son infrecuentes y se presentan en ocasiones clínica y radiológicamente con patrones raros, siendo el principal diagnostico diferencial la osteomielitis. Clásicamente el tratamiento consistía en extirpación o curetaje mediante cirugía abierta. Las nuevas técnicas con radiofrecuencia están demostrando resultados satisfactorios con menor agresión y morbilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Acude a consultas un varón de 27 años con dolor difuso articulación MTC-F de 3er dedo mano izquierda de larga evolución de predominio nocturno que mejora con AINE. En radiografía simple no se objetiva lesión. Se solicita TAC y RMN confirmándose diagnóstico de osteoma osteoide de 6x3 mm en cabeza del 3er MTC. Se realiza ablación con radiofrecuencia mediante control de TAC.

RESULTADOS:

El paciente en las consultas sucesivas ha mejorando significativamente el dolor, no limitación funcional ni lesiones cutáneas. Pendiente de resultados de nueva RMN de control.

CONCLUSIONES:

Esta lesión es difícil de diagnosticar en muchos casos por su presentación atípica. En localizaciones de pequeño tamaño la cirugía abierta puede debilitar las corticales causando fracturas, necesidad de uso de fijación externa o interna, aumento de la estancia hospitalaria etc. Aunque en este caso la evolución es satisfactoria, para casos como éste hemos encontrado en la literatura que recomiendan el tratamiento mínimamente invasivo (Curetaje, inyección de etanol…) para evitar el daño cutáneo. No obstante, el paciente aun no ha sido dado de alta y debemos continuar el control clínico y radiológico.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 234**

TÍTULO: **SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO EN MANO, UNA LESIÓN INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Medina León, N.(1) / Quintero López, C.(2) / Caballero Ángulo J.A.(3)**

CENTRO: **(1,2) Hospital Poniente, Almería**
(3) Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

INTRODUCCIÓN:

El síndrome compartimental agudo es una patología poco frecuente y muy grave por sus posibles secuelas irreversibles. Es un conjunto de síntomas y signos secundarios al aumento de presión del compartimento de un miembro, lo cual, conlleva una disminución de la perfusión capilar comprometiendo la vialidad del miembro. Presentamos un caso clínico de un paciente que sufrió un accidente de moto con traumatismo directo cerrado en la mano, llegando a Urgencias (1 hora evolución) con isquemia en dedos de la mano.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 39 años sin AP de interés. Acude a Urgencias tras sufrir accidente de motocicleta con isquemia aguda 1 y 3º dedo sin observar heridas en la mano. En la RX presentaba fractura falange proximal 2º-3º dedo y luxación IFP 1º dedo. Diagnosticamos al paciente de SCA, aumento del contenido del compartimento de la mano, con disminución vascularización 1º y 3º dedo. Se realizó tratamiento quirúrgico de urgencias: fijación externa falange proximal 2º y 3º dedo, reducción y fijación percutánea luxación IFD 1º dedo y fasciotomía, apertura de compartimentos (tunel carpiano, eminencia tenar y volares). Del SCA evolucionó satisfactoriamente, salvo necrosis parcial distal pulpejo 1º dedo. Al mes se realizó extracción fijadores externos y precisó intervención al 1,5 meses por parte de Cirugía Plástica en 1º dedo: exéresis escara necrótica + desbridamiento óseo FD + artrodesis IF + injerto parcial de cara medial de muñeca.

RESULTADOS:

Evolución satisfactoria del paciente dada la gravedad del traumatismo y lesiones que presentó. Consolidación fracturas con mano funcional y no dolorosa. Leve rotación 3º dedo sin repercusión funcional.

CONCLUSIONES:

Este caso pone de manifiesto la necesidad de realizar tratamiento Urgente del SCA para evitar secuelas irreversibles. Ante un traumatismo de alta energía en un miembro con afectación isquémica, debemos pensar en este diagnóstico por un aumento del volumen del compartimento que compromete la vascularización. Requiere tratamiento quirúrgico urgente, descomprimir los compartimentos afectos realizando fasciotomía.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 235**

TÍTULO: TRATAMIENTO ÓPTIMO PARA REPARACIÓN DE LESIONES NERVIOSAS TRAUMÁTICAS PERIFÉRICAS.

AUTORES: Olofsson Suárez-Bárcena, C.V. / Lombardo Torre, M.D. / Jiménez Garrido, C.

CENTRO: Hospital Universitario Virgen de la Victoria

INTRODUCCIÓN:

La lesión traumática de los nervios es a la que comúnmente se enfrentan más los cirujanos de mano. Pueden encontrarse de forma aislada o bien en asociación a otras lesiones complejas. Los factores pronósticos han ido cambiando significativamente con los años, siendo actualmente los más importantes la vascularización, presencia de factores nutricios y que haya mínima tensión de aproximación entre los cabos con buena coaptación.

OBJETIVOS:

Presentar un caso referente a lesiones nerviosas traumáticas tratadas mediante el uso de neurotubos, y constatar utilidad mediante el estudio del caso y revisión de bibliografía existente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 25 años que sufre en enero de 2016 una agresión física, resultando en heridas inciso contusas con cristal en palma de mano derecha. En urgencias, se evidencia la afectación de planos profundos, encontrándonos con sección de nervios colaterales en 2º dedo, así como sección de arteria colateral radial, ligamentos anulares y flexores profundo y superficial; en 1º dedo nos encontramos con sección de flexor largo y nervio colateral cubital. El paciente nos refiere pérdida completa de sensibilidad en dichas zonas lesionadas y pérdida de movilidad. En quirófano, una vez controlada la hemorragia, se procede a sutura primaria de los tendones seccionados y reparación de ligamentos anulares. En cuanto a reparación de tejido nervioso, el cirujano opta por el uso de neurotubos una vez aproximados los cabos, previo desbridamiento de tejido dañado.

RESULTADOS:

Se realiza un seguimiento del paciente a lo largo de un año desde dicha intervención, en el cual el paciente ha realizado rehabilitación con férula dinámica tipo Kleinert. Durante este tiempo, el paciente ha experimentado una recuperación casi total de la sensibilidad, lo cual nos hace pensar en una regeneración axonal prácticamente “ad integrum” a raíz de la intervención realizada.

DISCUSIÓN:

El objetivo de la reparación nerviosa el que el paciente recupere la máxima funcionalidad posible. Han surgido alternativas al clásico uso de autoinjertos, evitando así la creación de una lesión nerviosa para la reparación de otra. Sin embargo, la evidencia de la literatura con respecto a estos nuevos productos es solo observacional. Muestra que los neurotubos y los aloinjertos tienen un importante puesto en el escalafón y que son herramientas que pueden y deben encontrarse en el arsenal disponible. Aun así, tanto beneficios como inconvenientes deben de ser considerados, permitiendo a estos productos convertirse en alternativas viables a la clásica sutura directa o al uso de autoinjertos. Los neurotubos, deberían estar limitados a lesiones con gaps inferiores a 10mm, y deberían ser considerados como una ayuda añadida a la reparación primaria. La reparación nerviosa puede ser muy compleja y requiere un gran esfuerzo y estudio de cada caso particular. Independientemente de los materiales escogidos, aplicando buenos principios quirúrgicos, una adecuada resección de tejido dañado, evitando la tensión de aproximación y ocupándonos de un buen postoperatorio con la respectiva rehabilitación, podemos aumentar el número de resultados satisfactorios.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 235**

TÍTULO: **TRATAMIENTO ÓPTIMO PARA REPARACIÓN DE LESIONES NERVIOSAS TRAUMÁTICAS PERIFÉRICAS.**

AUTORES: **Olofsson Suárez-Bárcena, C.V. / Lombardo Torre, M.D. / Jiménez Garrido, C.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

CONCLUSIONES:

Independientemente de los buenos resultados alcanzados en nuestro caso, seguimos sin encontrar un claro consenso en cuanto a materiales requeridos en la reparación, debiendo prestar mayor atención a las características propias de la lesión y la cirugía en sí misma.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 236**

TÍTULO: **FRACTURA CLAVÍCULA INFANTIL: LA MAGIA DE LA REMODELACIÓN ÓSEA.**

AUTORES: **Ramírez Roldán, A. / Gormaz Talavera, I. / Carrera Luque, J.D.**

CENTRO: **Hospital Materno Infantil de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La fractura de clavícula en la edad infantil es frecuente suponiendo alrededor del 10-15 % del total de las fracturas infantiles. Las fracturas del extremo distal de clavícula, que es el caso que nos ocupa, suelen producirse por caídas sobre el hombro. La mayoría de estos casos presentan generalmente epifisiolisis tipo I y II sin luxación ya que queda un minúsculo fragmento epifisario clavicular distal adherido a la articulación acromioclavicular.

MÉTODOS:

Niña de 8 años que sufre atropello con resultado de traumatismo directo sobre hombro izquierdo. Presenta deformidad y signo de la tecla de 1/3 distal de clavícula con protusión subcutánea de fragmento óseo. No presentó daño neurológico o vascular. En la radiografía AP y axial de clavícula se observó fractura de tercio distal de clavícula.

RESULTADOS:

Se colocó vendaje de Robert-Jones. Dada la reducción satisfactoria, y la edad de la paciente, se optó por tratamiento conservador. Al mes y medio, foco consolidado no doloroso. Consolidación visible en radiología a los 3 meses. Al año presenta movilidad completa, foco consolidado, no doloroso y remodelado.

CONCLUSIONES:

La reducción conservadora es muy difícil y, dado lo visible de la prominencia que produce a veces este tipo de lesión, puede ser necesario en niños mayores la reducción quirúrgica y fijación con agujas de Kirschner, guardando precaución con respecto a su posible migración, pudiéndose retirar a las 4 semanas de la fractura. En las fracturas con poco desplazamiento el tratamiento será siempre conservador. La no-unión es extraordinaria en niños, debiendo descartar pseudoartrosis congénita de clavícula si aparece. Asimismo el callo vicioso es inusual ya que, a pesar de que la mayoría de las fracturas se consolidan con cierto desplazamiento, la remodelación conduce generalmente a la normalización del segmento en más o menos tiempo, según el grado de deformidad y la edad del individuo. Dado que estás dos situaciones clínicas son tan poco frecuentes mereció la pena apostar por un tratamiento conservador en nuestra paciente.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 237**

TÍTULO: **RETRASO DIAGNÓSTICO DE UN TUMOR PARDO EN EL CONTEXTO DE UNA LESIÓN ÓSEA LÍTICA.**

AUTORES: **Esteban Castillo, J.L. / García Vera, J.J, / Díaz Martín, A.**

CENTRO: **Hospital Vithas XanitInternacional**

INTRODUCCIÓN:

Los tumores pardos, son un proceso osteolítico benigno, poco frecuente, asociados < 5% de los hiperparatiroidismos. Las paratiroides hiperactivas elevan la PTH que aumenta la remodelación ósea generando focos de osteopenia en los que se producen microfracturas y hemorragias que por aflujo de macrófagos y fibrosis; da lugar al tumor pardo.

OBJETIVOS:

Poner de relieve la importancia de considerar los tumores pardos como diagnóstico diferencial de las lesiones óseas líticas.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 56 años nefrectomízada por ca renal estadio III, derivada por sospecha de lesiones ósea metastásicas. Clínicamente presentaba dolor mixto limitante en cadera derecha. En las RX, TC y RM había una lesión lítica esclerosa expansiva y destructiva en hemipelvis derecha, compatible con una lesión metastásica. La gammagrafía daba captación heterogénea intensa sugestiva de infiltración ósea. Los estudios extraóseos no mostraron hallazgos, salvo un nódulo paratraqueal, interpretado inicialmente como una adenopatía. Ante la sospecha de patología oncológica, se realizó una PAAF que mostró escasas células plasmáticas; considerandose la posibilidad diagnóstica de mieloma que descartó una biopsia de medula de ósea y citometría de flujo.
Una segunda biopsia evidenció un grupo pequeño de células claras, hicieron sospechar una metástasis del ca renal que descartó una tercera biopsia con estudios inmunohistoquímicos.
Esta tercera biopsia evidenció la presencia de: medula ósea paracortical con fibrosis, hemorragias crónicas y depósitos de hemosiderina, sin evidencia de neoplasia. Estos hallazgos junto con la existencia de niveles elevados de PTHi (480 pg/mL (10-60) y una calcemia de10,8 mg/dL (8,4-10,2), ya presente en las analíticas iniciales; hizo plantearnos diferidamente el diagnóstico de un tumor pardo.
La gammagrafía de paratiroides mostró una lesión nodular captante sugestiva de adenoma paratioideo. Descartados otros diagnósticos diferenciales, se diagnosticó a la paciente de un tumor pardo en el contexto de un hiperatiroidismo primario por un adenoma paratiroideo que resecó la Unidad de Cirugía Endocrina.

RESULTADOS:

Días después de la intervención, se normalizó el metabolismo fosfocálcico y se controló el dolor. Actualmente, no se ha observado osificación del tumor pardo.

CONCLUSIONES:

Los tumores pardos en la actualidad, son muy infrecuentes y su escasa incidencia hace que sean confundidos con lesiones oncológicas, retrasando su diagnóstico y tratamiento específico. Ante una lesión ósea lítica y una hipercalcemia, debemos considerar el tumor pardo como posible diagnóstico diferencial.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 238**

TÍTULO: **TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO FRACTURA-AVULSIÓN ESPINA TIBIAL ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Medina León, N. (1) / Caballero Ángulo, J.A. (2) / Quintero López, C. (3)**

CENTRO: **(1,3) Hospital Poniente, Almería**
(2) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

INTRODUCCIÓN:

Las fractura de las espinas tibiales son una patología infrecuente (3/100.000), la clasificación más usada es la de Meyers-McKeever modificada por Zaricznyj. Su tratamiento es conservador en el tipo I y quirúrgico en el resto. Consiste en la fijación del fragmento de la espina tibial para prevenir en un futuro inestabilidad de la rodilla. Existen diferentes métodos de fijación, hoy en día, está cada vez más en auge la sutura artroscópica porque es una técnica con poca morbilidad dando una fijación estable y evita 2º tiempo quirúrgico para extracción material de osteosíntesis.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 47 años sin AP de interés, sufre caída con dolor e impotencia en rodilla derecha. Se diagnóstica con RX y TAC de fractura-avulsión espina tibial anterior tipo II. Se realiza tratamiento quirúrgico artroscópico: realizar 3 portales (AL, AM y transrrotuliano), usando guía LCA se atraviesa el fragmento óseo, se pasa la sutura a través del LCA y se fija la sutura en la tibia con sistema foot print. Inmovilización con férula, permitiendo la flexoextensión a partir del mes de la cirugía.

RESULTADOS:

El paciente presentó rigidez postoperatoria, precisando artrolisis cerrada + fisioterapia, presentando a los 6 meses balance articular completo con rodilla estable y asintomático. Evolución satisfactoria.

CONCLUSIONES:

Este caso pone de manifiesto una lesión infrecuente en la rodilla, debemos conocer su clasifiación para decidir la opción de tratamiento más adecuada, su manejo inadecuado producirá una inestabilidad de la rodilla, así como una artrosis secundaria. Existen diferentes métodos de fijación del fragmento, la sutura artroscópica en una técnica cada vez más usada, reproducible, con poca morbilidad, evita realizar artrotomía y un 2º tiempo quirúrgico para extracción del material de ostesíntesis implantado y con resultados satisfactorios.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 239**

TÍTULO: **FACTORES PRONÓSTICOS EN LA MIELOPATÍA CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Olofsson Suárez-Bárcena, C.V. / Jiménez Garrido, C. / Moreno Ramírez, FJ.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

La mielopatía cervical abarca una constelación de signos y síntomas debidos a compresión de la médula espinal cervical. Las manifestaciones precoces pueden resultar bastante imperceptibles. La compresión puede causar isquemia secundaria a la compresión sobre la arteria espinal o por efecto mecánico directo sobre la médula. La historia natural se caracteriza por periodos de estabilidad interrumpidos por fases de progresión escalonada de aparición impredecible. Es llamativa la presencia de síntomas más marcados en miembros superiores. Los mejores resultados se consiguen diagnosticando y tratando esta situación tempranamente, antes de que se desarrolle una lesión irreversible.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de un paciente con mielopatía cervical secundaria a hernia discal C5-C6 tratado quirúrgicamente intervenido por doble vía y agravado por traumatismo, difícilmente reversible por la presencia de daño crónico medular.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente varón de 37 años que ingresa a través de urgencias en agosto de 2015 por tetraparesia espástica de semanas de evolución. En el estudio previo a la intervención, se realiza RMN en la que se evidencia una compresión medular a nivel de C5-C6 secundaria a hernia discal. Por ello, se decide intervención mediante un abordaje por vía anterior realizando descompresión con discectomía según técnica de Smith-Robinson y artrodesis C5-C6. Tras progresiva mejoría de la tetraparesia espástica, en octubre de 2015, consulta de nuevo tras episodio convulsivo ocurrido en septiembre, con traumatismo cervical de flexo-extensión brusca, presentando a raíz del mismo un agravamiento de su cuadro neurológico con tetraparesia espástica, hiperreflexia generalizada y clonus, así como torpeza en el uso de las manos. Meses después, tras no existir mejoría, es sometido a nueva intervención mediante laminoplastia open-door cervical.

RESULTADOS:

Tras 6 meses de revisiones, dado el tiempo transcurrido desde la intervención y la imagen RNM actual (hiperseñal en medula a pesar de no existir compresión), estamos probablemente ante una situación definitiva, encontrándose incapacitado para la vida laboral, con espasticidad para la marcha y dificultad para la manipulación fina.

DISCUSIÓN:

La mielopatía espondilótica cervical es una causa común de disfunción de la médula espinal. La cirugía es la principal herramienta, sin embargo, existen diferencias evidentes en la recuperación funcional clínica después de la operación. Durante los últimos años, los factores pronósticos se han tenido muy en cuenta. La edad, la función nerviosa, el curso de la enfermedad, los hallazgos en pruebas de imagen, la técnica quirúrgica y otros factores se convirtieron en el punto de investigación principal. Actualmente, se ha demostrado que la edad, una mala función preoperatoria y una larga evolución, tienen peor pronóstico. La correlación entre pruebas de imagen y pronóstico aún no está clara.

CONCLUSIONES:

La técnica quirúrgica deberá seleccionarse en base a la condición patológica y a las pruebas de imagen, siempre procurando que sea de la forma más precoz posible, que supone uno de los factores pronósticos más importantes.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 241**

TÍTULO: **RESULTADO FUNCIONAL DE LAS FRACTURAS DE EXTREMIDAD PROXIMAL DE HUMERO.**

AUTORES: **Vivas Pastor, A. / Sánchez Martos, M. / Pérez Gañán, M.A. / Jiménez Adán, O. / Matas Llerena, A.**

CENTRO: **Hospital Nuestra Señora de Valme**

OBJETIVOS:

Evaluar el resultado funcional de las fracturas de extremo proximal de húmero tratadas conservadora o quirúrgicamente.

DISEÑO:

Descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han recogido las historias clínicas 100 pacientes con fractura de extremo proximal de húmero entre 2010 y 2015. La media de edad es de 67 años (rango 30-94), con un 80% mayores de 60 años. El 72% son mujeres. Se revisaron las radiografías y se clasificaron según la clasificación de Neer siendo el 48% fracturas en 2 fragmentos, 38% en 3 fragmentos, el 14% en 4 fragmentos. El resultado funcional se ha evaluado con la escala de Constant al mes, a los 6 meses, y los que continuaron en seguimiento, al año. Se recogió el grado de satisfación con el resultado funcional con una escala subjetiva. Además se contabilizó el tratamiento rehabilitador, la derivación a la Unidad del Dolor y si fue necesaria la reintervención quirúrgica.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El 66% tuvieron un tratamiento conservador, mientras que un 34% obtuvieron un tratamiento quirúrgico. Sobre la escala de Constant, al mes el 65% de los resultados se evalúan como malos (<50 puntos) mientras que a los 6 meses y al año este porcentaje baja hasta el 16%, mejorando sobre todo los aspectos del dolor y la rigidez. Resultados excelentes solo se obtuvieron en el 22% de los casos. Siendo buenos en el 45% y medios en el 21%. El 47% acudió a Rehabilitación. Dentro de las complicaciones, el 9% requirió una reintervención quirúrgica, 2% fueron derivados a la Unidad del Dolor. El nivel de satisfacción general fue alto: Mayor a 4 en el 62% de los casos. Dividiendo por grupos de tratamiento: El grupo de tratamiento quirúrgico, entre el 50 y el 60% tuvieron resultados buenos o excelentes, el 56% requirieron tratamiento rehabilitador y el 18% precisó una reintervención quirúrgica. El grupo de tratamiento conservador, el 70% tuvo resultados entre buenos y excelentes, el 40% recibió rehabilitación y 5% precisaron finalmente de cirugía.

CONCLUSIONES:

El tratamiento conservador para las fracturas de extremidad proximal de húmero ofrece un resultado funcional aceptable y similar al tratamiento quirúrgico con menor coste y menores complicaciones.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 242**

TÍTULO: **LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO RECIDIVANTE.**

AUTORES: **Espejo Reina, M. / Llanos, A. / Passini, J.**

CENTRO: **Hospital de Antequera**

INTRODUCCIÓN:

La luxación posterior de hombro es una lesión poco frecuente. En muchas ocasiones, los pacientes también presentan una lesión ósea asociada de la parte anterior de la cabeza humeral, que se denomina lesión de Hill-Sach inversa. El tratamiento de dicha lesión es controvertido, habiéndose descrito diversas técnicas para rellenar este defecto óseo con el fin de disminuir la recurrencia de la luxación. La mayoría de artículos se han centrado en un abordaje abierto usando variaciones del troquín y transferencias del subescapular, aloinjerto óseo, e incluso artroplastia para evitar la persistencia de la inestabilidad. El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un varón de 53 años con luxación posterior recidivante de hombro izquierdo que requirió tratamiento quirúrgico vía artroscópica, realizándose relleno del defecto óseo con tendón del subescapular.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 243**

TÍTULO: **CELULITIS NECROTIZANTE SINERGICA, UN CASO POCO FRECUENTE.**

AUTORES: **Such Sánchez, J.L. / Gallegos Rodríguez, L. / López Soto, V.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

La celulitis necrotizante sinergica es una patología poco frecuente en nuestro medio, afecta a piel, tejido subcutáneo y planos musculares, habitualmente de extremidades, producidas por la combinación de microorganismos anaerobios y anaerobios facultativos. Es notable su rápida evolución, elevada toxemia y alta mortalidad. A pesar del mal estado de las partes blandas la necrosis de planos profundos no se evidencia hasta estadios avanzados de la enfermedad, lo que puede poner en peligro la extremidad.

OBJETIVOS:

Mostrar las características clínicas que presentan estos pacientes y el tratamiento recomendado a seguir.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 35 años, obrero de profesión, que acude a las urgencias por tumefacción y dolor en pie izquierdo tras una torcedura de tobillo una semana antes. A la exploración se aprecia un pie doloroso, edematizado, con cambios en la coloración, sin pulsos apreciables, flictenas y sensación de frío sin fiebre. Ante la sospecha de un síndrome compartimental se realiza fasciotomía anterior y medial del pie, encontrando tejido graso subcutáneo licuado, musculatura sin sangrado y con trombosis venosa. Se toman muestras y se pauta antibioterapia de amplio espectro.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Resultados positivos para C.Farmei, S.Marcensis y S.Liquefaciens tras lo cual se ajusta el perfil antibiótico. A pesar del tratamiento el paciente evoluciona de manera tórpida con tejidos desvitalizados y necrosis extensa, y se decide amputación infracondilea de tibia. Posteriormente el paciente mejoró el perfil analítico y clínico. A día de hoy deambula con ayuda de una prótesis con buen estado general.

CONCLUSIONES:

La celulitis necrotizante sinergica constituye un diagnostico que debe basarse en la sospecha clínica y la historia del paciente. Debe realizarse un diagnostico diferencial con una fascitis necrotizante, pie de trinchera y síndrome compartimental. La cobertura antibiótica es de gran importancia para la supervivencia tanto del miembro afecto como del mismo paciente.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 244**

TÍTULO: **GONALGIA CRÓNICA. RETRASO DEL DIAGNÓSTICO DE FRACTURA PERTROCANTEREA DE FÉMUR. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Rabadán Márquez, G. / Hierro Cañas, F.J. / Fenero Delgado, B.T. / Domínguez Rodiño-Ruano, J.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío**

INTRODUCCIÓN:

La gonalgia puede ser la manifestación de una coxopatía que se pondrá de manifiesto ante una semiología correcta que demuestre la indemnidad de la rodilla y el compromiso de la cadera.

OBJETIVOS:

a través de un caso clínico poner de manifiesto la importancia de la semiología médica para el diagnóstico de dolores referidos.

MÉTODO:

caso clínico de paciente de 70 años sin antecedentes personales de interés que consulta por gonalgia izquierda de 6 meses de evolución. Refiere antecedente traumático de giro y traumatismo sobre miembro inferior izquierdo como inicio de su sintomatología. El dolor le ha postrado en cama durante un largo periodo de tiempo, aunque actualmente camina cortas distancias con bastón y con cojera moderada. A la exploración no presenta derrame, el balance articular es completo y el dolor aumenta con las maniobras meniscales aunque no existe dolor al palpar la interlinea articular. Rodilla estable. Llama la atención el acortamiento del miembro. Se solicita estudio radiográfico de rodilla izquierda y teleradiografía de miembros inferiores, llama la atención a parte de gonartrosis moderada, la existencia de una fractura pertrocantérea de fémur izquierdo. Ante tal hallazgo se solicita TC de cadera para valorar el grado de consolidación, confirmándose la existencia de pseudoartrosis hipertrófica establecida. Se interviene quirúrgicamente realizándose reducción cerrada en mesa de tracción y fijación interna con clavo PFNA 11mmx200mmx125º, lamina de 90mm.

RESULTADOS:

Tras la cirugía se permitió carga parcial inmediata asistida con andador. A los dos meses de la intervención la paciente deambula sin ayudas, no presenta dolor y es visible el callo de fractura en la radiografía.

DISCUSIÓN:

El retraso en el diagnóstico de fracturas de cadera suele asociarse a fracturas subcapitales impactadas en valgo que producen pocos síntomas e incluso permiten la deambulación indolora. En nuestro caso, la clínica inicial del paciente, debutando como gonalgia, actuó como factor de confusión en el diagnóstico de fractura pertrocantérea de fémur. Se debe a que ambas articulaciones comparten inervación, siendo la rama genicular del nervio obturador la principal transportadora del dolor referido desde la cadera a la rodilla. La pseudoartrosis de fracturas pertrocantéreas no tratada está poco documentada en la literatura médica, debido a que desde el siglo XX, el tratamiento quirúrgico y de urgencias es la regla, por elevado porcentaje de complicaciones asociadas al encamamiento prolongado que conlleva tratamiento ortopédico. El tratamiento ortopédico se asociaba alto porcentaje de consolidación, aunque con un callo vicioso.

CONCLUSIONES:

Es importante una correcta exploración clínica para el diagnóstico de dolores referidos. Las imágenes del TC nos permiten estudiar el grado de consolidación de la fractura que han pasado desapercibidas durante largo periodo de tiempo. Actualmente es poco frecuente encontrarnos con un caso de pseudoartrosis de fractura de cadera no intervenida ya que la mayoría se tratan quirúrgicamente para evitar las complicaciones del encamamiento prolongado asociado al tratamiento ortopédico.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 246**

TÍTULO: **FRACTURA LUXACIÓN DE LISFRANC. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Corea Ruiz, T. / Pulido Albertus, F. / Ortiz Gallego, A.**

CENTRO: **Hospital la inmaculada, Huercalovera**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas-luxaciones del compejo articular tarsometatarsiano pueden ser resultado de traumatismos directos o indirectos. Las lesiones directas generalmente se deben a aplastamientos y pueden asociarse a síndrome compartimental, lesiones importantes de partes blandas y fractura-luxación abierta. Las lesiones indirectas a menudo se producen como resultado de una carga axial sobre el pie en flexión plantar. La presencia de dolor en el mediopie debe hacernos sospechar estas lesiones incluso cuando el traumatismo haya sido menor; hasta el 20% de las lesiones del complejo articular tarsometatarsiano no se diagnostican en la primera exploración. Ciertas lesiones sutiles pueden observarse en radiografías anteroposteriores forzando la abducción, pero la tomografía computadorizada es la técnica de imagen de elección. La incidencia anual de lesiones de la articulación trapeciometacarpiana es de aproximadamente 1 de cada 60.000 personas,13,16 y la lesión es entre dos y tresveces más frecuente en varones (tabla 1). Los accidentes de tráfico son el mecanismo más frecuentemente citado, representando entre el 40 y el 45% de las lesiones. Los mecanismos de baja energía suponen aproximadamente el 30%. Otras causas fre cuentes son las caídas desde una altura y las lesiones por aplastamiento

OBJETIVOS:

Presentar un caso clinico de una fractura luxación de Lisfranc tipo B1 de Myerson, su tratamiento y sus resultados a mediano plazo.

MÉTODOS:

Se presenta un varón de 42 años que trabaja como doble en el cine que tras sufir el paso de la rueda de un coche sobre su pie derecho se presenta a urgencias por dolor e impotencia funcional para la carga de peso, en las radiografías se aprecia una fractura intra articular de la base del 1er metatarsiano con escaso desplazamiento hacia lateral del 1er radio, en el TAC se aprecia una separación entre el cuneiforme intermedio y la base del 1er metatarsiano de 4,8mm por lo que se deicide hacer prueba de estrés bajo anestesia. En la prueba de estrés se aprecia desplazamiento considerable hacia medial del 1er radio por lo que se decide tratamiento quirúrgico. Se colocan 3 tornillos canulados de 3.5mm entre 1er metatarsiano y cuneiforme medial, cuneiforme medial y base del 1er metatarsiano y cuneiforme medial y base del 2do metatarsiano.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El diagnóstico de las lesiones de alta energía o por aplastamiento de la articulación trapeciometacarpiana es relativamente sencillo. La exploración habitualmente muestra tumefacción moderada o grave del antepie y, en las lesiones abiertas, interrupción de la piel y el tejido celular subcutáneo. La exploración del pie puede revelar deformidades evidentes, como ensanchamiento o aplanamiento. La existencia de un espacio entre los dedos primero y segundo es sugestiva de lesión entre las cuñas además de lesión de la articulación trapeciometacarpiana. Los hallazgos en las lesiones trapeciometacarpiana energía pueden ser bastante sutiles. Es necesario mantener un grado elevado de sospecha ante los pacientes con dolor en el antepie incluso después de traumatismos menores. Estos pacientes generalmente refieren dolor intenso con la carga y no pueden apoyar peso sobre el pie afectado. Pueden existir grados variables de tumefacción y en ocasiones se aprecia equimosis en la cara plantar del mediopie. La clasificación mas aceptada es la propuesta por Myerson quien las divide en tres tipos: TIpo A: fracturas que presentan incongruencia total, y se nombra en funcion de la dirección del

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 246**

TÍTULO: **FRACTURA LUXACIÓN DE LISFRANC. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Corea Ruiz, T. / Pulido Albertus, F. / Ortiz Gallego, A.**

CENTRO: **Hospital la inmaculada, Huercalovera**

desplazamiento, lateral o dorso plantar. Tipo B: congruencia parcial, si la parte congruente es la de los radios menores es una B1, al contrario si la congruencia es del 1er radio es una B2. Tipo C: divergentes que a su vez se subdivide en: desplazamiento parcial (al menos uno de los radios menores está congruente) C1, desplazamiento completo (no hay congruencia ninguna) C2. El tratamiento conservador de las lesiones trapeciometacarpianas debe quedar limitado a aquellas lesiones sin fracturas, no desplazadas y estables tras la realización de radiografías en estrés. Desplazamientos de tan sólo 2 mm o la presencia de una fractura en la articulación trapeciometacarpiana son subsidiarias de fijación. A los 4 meses de evolución el paciente niega dolor y ha vuelto a sus actividades fisicas habituales sin ninguna limitación.

CONCLUSIONES:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam vitae interdum justo. Cras venenatis sem sit amet urna finibus, sit amet pretium tortor lacinia. Sed malesuada, diam sed porta posuere, libero odio lacinia sem, a maximus lectus lorem mollis dui. Sed vitae ex ut leo maximus ornare ut et massa. Vivamus sed nisl sit amet arcu rutrum scelerisque. Pellentesque pretium odio ligula, ut facilisis lacus tincidunt sed. In hac habitasse platea dictumst.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 247**

TÍTULO: **FRACTURA ABIERTA DE MUÑECA GRADO II CON LUXACIÓN DORSO-RADIAL.**

AUTORES: **Calderón Sánchez, M.A.; Ortíz Menéndez, A. / Verdugo Domínguez, J.P. / Calvo Lillo, C. / Lazo-Zbikowski Taracena, J.M.**

CENTRO: **Hospital de la Merced, Osuna. Sevilla**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas complejas de alta energía del radio distal son una combinación de conminución metafisaria e impactación epifisaria de la articulación, a veces asociadas con lesión ligamentaria a nivel radiocarpiano, mediocarpiano o radiocubital distal. Ocurren en una muñeca en hiperextensión y prono-supinación variable. Cuanto mayor sea la energía del trauma, habrá más lesiones metafisarias, luego lesiones epifisarias y luego luxaciones.

OBJETIVOS:

El objetivo del presente trabajo es mostrar el caso de un paciente de 34 años que tras accidente practicando motocross, sufre fractura abierta de muñeca grado II, presentando luxación radiocarpiana con desplazamiento dorsal, y fractura de estiloides radial y cubital.

MÉTODOS:

Tras limpiar restos vegetales en la herida se realiza lavado con suero fisiológico, agua oxigenada y clorhexidina, y desbridamiento de tejidos desvitalizados. Bajo control radioscópico se reduce radio y cúbito y se coloca fijador externo Triax (Stryker), con dos pines proximales a radio y dos distales a 2º MTC, y se sutura la cápsula articular dorsal. Posteriormente se revisa en quirófano, recolocándose el fijador, manteniéndose la reducción adecuadamente, por lo que se opta por la fijación externa como tratamiento definitivo.

RESULTADOS:

Tras la última revisión el presente se encuentra clínicamente muy bien, realizando flexión completa, pronación completa, deficit de extensión (sensación de tope, llegando a 10º con molestias) y déficit supinación (- 35º).

DISCUSIÓN:

El tratamiento no está claramente establecido pues las series existentes combinan los diferentes tipos de luxación, las diferentes opciones terapéuticas y, además, no existen datos de seguimiento a largo plazo. El objetivo del cirujano es restablecer la congruencia articular. En este tipo de fracturas, el tratamiento ortopédico es insuficiente por el gran patrón de inestabilidad y es necesario estabilizar quirúrgicamente las lesiones, para obtener el mejor resultado funcional y un menor deterioro de la articulación con el paso del tiempo.

CONCLUSIONES:

- Las lesiones de alta energía en la muñeca comprenden lesiones de varios huesos y ligamentos que se deben saber identificar.
- Deben buscarse sistemáticamente las lesiones asociadas en el mismo miembro o lesiones contralaterales idénticas.
- Es necesario explicar a estos pacientes jóvenes que a pesar de la cirugía nunca recuperará la amplitud normal de la muñeca.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 248**

TÍTULO: **FRACTURA LUXACIÓN DE ESCAFOIDES TARSIANO, LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Rabadán Márquez, G. / Fernández Marín, M.R. / Ledo Martínez, M. / Hierro Cañas, F.J. / Fenero Delgado, B.T.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío**

INTRODUCCIÓN:

El mediopie es la región menos móvil del pie. Las lesiones más típicas son las fracturas luxación, aunque poco frecuentes. Es necesaria una sospecha clínica para su diagnóstico y reducción precoz.

OBJETIVOS:

A través de un caso clínico exponer la importancia del diagnóstico precoz de las fracturas-luxaciones del mediopie.

MÉTODOS:

paciente de 56 años sin antecedentes personales de interés que sufre traumatismo en hemicuerpo derecho al saltar desde dos metros de altura. Es traído al servicio de urgencias por deformidad e impotencia funcional del miembro inferior derecho. A la exploración presenta miembro acortado y en rotación externa. Es diagnosticado mediante estudio de radiografía de factura pertrocantérea derecha e intervenido mediante reducción cerrada en mesa de tracción y fijación interna con clavo PFNA. Durante el postoperatorio el paciente aqueja dolor en pie derecho en el que se objetiva inflamación. Se solicitan radiografías en las que se observan luxación talonavicular. El estudio se competa mediante TC, en que se diagnostica de una fractura conminuta de escafoides tarsiano con luxación dorsal. Es intervenido realizándose reducción abierta y fijación con tornillos HCS.

RESULTADOS:

A los cinco meses de la intervención las radiografías de control muestran consolidación sin signos de artrosis post-traumática. El paciente realiza sus actividades sin ningún tipo de molestia, ni durante el deporte ni caminando por terreno irregular.

DISCUSIÓN:

En las fracturas de escafoides tarsiano es importante tener un elevado índice de sospecha, hasta un tercio pasan inadvertidas. El mecanismo lesional de este tipo de lesiones es una compresión en flexión plantar forzada. Debido a las fuertes uniones ligamentosas entre los huesos del tarso, las fracturas son más frecuentes que las luxaciones, por lo que se deben sospechar y tener en cuenta en las reducciones. En el tratamiento la reducción debe ser anatómica para restaurar lo que constituye el soporte del arco longitudinal del pie. Además, la articulación talonavicular tiene amplitud de movimiento que se transmite a la articulación subastragalina y metatarsofalángica.

CONCLUSIONES:

La fractura luxación de escafoides tarsiano puede pasar inadvertida. Es importante la sospecha clínica para un diagnóstico y reducción a tiempo a fin de evitar complicaciones a largo plazo como artritis postraumática o deformidades en equino varo y anquilosis.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 249**

TÍTULO: **USO DE PRP EN EL TRATAMIENTO DE PSEUDOARTROSIS DE MALEOLO TIBIAL.**

AUTORES: **Sánchez Martos, M. / Torres, J.A. / Revuelta J. / Lara, J.**

CENTRO: **Hospital de Valme (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

La pseudoartrosis de maléolo tibial es una complicación poco frecuente, pese a que tiene una incidencia mayor que la del maléolo peroneo , existe poca literatura sobre la mejor actitud a seguir. La presencia de dolor o inestabilidad de tobillo son los dos factores más importantes a tener en cuenta para optar por la actitud quirúrgica. El plasma rico en plaquetas (PRP) contiene factores de crecimiento óseo y en estudios preclínicos ha demostrado ser útil en casos de no-unión ósea, en la literatura existen estudios que avalan el uso de PRP en caso de pseudoartrosis. Presentamos un caso de pseudoartrosis de maléolo tibial que supuso una inestabilidad por apertura de espacio tibioperoneo tratada de forma quirúrgica con reosteosintesis asociado a PRP y fijación flexible transindesmal.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente mujer de 67 años sin antecedentes personales de interés que tras sufrir accidente de motocicleta presentó una fractura-luxación trimaleolar de tobillo izquierdo tratado con una placa en tercio de caña en peroné y dos tornillos a compresión en maleolo tibial. Tras 8 meses persiste dolor en región interna de tobillo con la deambulación y aparece sensación de inestabilidad del tobillo que no mejora con tratamiento de fisioterapia. Se realiza una TAC donde se aprecia una no-unión del maleolo tibial. En la radiografía simple se denota un aumento de la distancia tibioperonea. Tras diagnosticar de pseudoartrosis atrófica de maleolo tibial sintomática se decide actitud quirúrgica con abordaje abierto realizando retirada de material de osteosíntesis en ambos maléolos, reducción tibioperonea distal y fijación flexible (Endobuttom®), en maleolo tibial se refrescó el foco de fractura, se aplicó plasma rico en plaquetas autologo con sistema Accelerate® y tras reducir se fijó con dos tornillos interfragmentarios a compresión. El control radiográfico fue satisfactorio, tras 3 semanas en descarga comienza con tratamiento de fisioterapia dirigido iniciando la carga parcial a las 6 semanas. Tras 6 meses la paciente deambula sin dolor y en la radiografía de control se aprecia consolidación de la fractura de maleolo tibia con una distancia tibioperonea distal normal.

DISCUSIÓN:

La tasa de pseudoartrosis de maleolo tibial tras tratamiento quirúrgico es del 5-9% por lo que es una complicación infrecuente. Factores generales como el tabaquismo, hepatopatías y fracturas abiertas están relacionados con mayor tasa de no-unión aunque los factores más importantes son los factores locales tales como interposición de partes blandas, error en la fijación o exceso de movimiento en los fragmentos óseos. En la literatura hay pocas referencias del tratamiento de pseudoartrosis de maleolo tibial aceptando como buen resultado la presencia del mismo si es asintomático; sólo en caso de dolor o inestabilidad se plantea el tratamiento quirúrgico recomendando la reosteosintesis del foco con o sin injerto óseo. El uso de plasma rico en plaquetas ha demostrado ser un tratamiento biológico que aumenta la consolidación del foco fractuario en estudio preclínicos y se ha usado en tratamiento de pseudoartrosis de huesos largos con resultados óptimos. Presentamos el caso de una pseudoartrosis de maleolo tibial tratado con reosteosintesis y tratamiento coadyuvante con PRP consiguiendo un buen resultado.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 250**

TÍTULO: **AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA TRAS SÍNDROME DOLOR REGIONAL COMPLEJO EN CIRUGÍA ARTROCÓPICA DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Medina León, N. (1). / Quintero López, C. (2) / Caballero Ángulo, J.A. (3)**

CENTRO: **(1,2) Hospital Poniente, Almería**
(3) Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de dolor regional complejo es una trastorno de dolor crónico resultado de un disfuncionamiento en el sistema nervioso central o periférico. Las características típicas incluyen cambios dramáticos en el color y la temperatura de la piel en la extremidad o parte del cuerpo afectada, acompañados por un dolor candente severo, sensibilidad de la piel, sudoración e inflamación. Existen dos tipos: I, provocado por una lesión a un tejido, sin lesión subyacente a los nervios y II, donde existe lesión nerviosa. El caso que presentamos pone de manifiesto la evolución tórpida de esta patología llevando a secuelas irreversibles.

MÉTODOS:

Mujer de 52 años con antecedentes personales de HTA. Se realiza cirugía artroscópica de rodilla derecha por rotura meniscal con lesiones degenerativas incipientes. Tras la cirugía comenzó con síntomas, cada vez más intensos, en miembro inferior: dolor candente, mayor sensibilidad de la piel, cambios en la temperatura, color y textura, así como excesiva sudoración e inflamación y rigidez en rodilla, tobillo y pie. La paciente evolucionó de manera muy tórpida presentando MID desde la rodilla, afuncional y muy doloroso. Se sometió a numerosos tratamientos: farmacológico, terapias físicas, psicoterapia, bloqueos nerviosos y bombas intratecales. Presentó mala evolución, con dolor no controlado e intolerable, precisando amputación supracondílea para control de síntomas.

RESULTADOS:

La paciente tras la amputación presentó una evolución muy favorable, con desaparición del dolor y colocación de prótesis con deambulación adecuada.

DISCUSIÓN:

Las secuelas en el SDRC se presentan en el 20- 40% de los casos, generalmente son de escasa relevancia, pero en casos más severos pueden ocasionar trastornos vasculares y retráctiles, pudiendo ser necesarios tratamientos quirúrgicos e incluso amputaciones. Ante la ausencia de un tratamiento definitivamente eficaz del SDRC, se debe considerar de entrada, todo traumatismo, una enfermedad o un acto quirúrgico capaz de complicarse con un SDRC. Se debe realizar un tratamiento lo más precoz y eficaz posible del dolor, para evitar el desarrollo de esta complicación. El diagnóstico del SDRC se obtiene mediante la historia clínica y la exploración. El tratamiento debe ser individualizado según las características del paciente y pretender evitar el dolor, la rigidez articular, el reflejo vasomotor, las secuelas óseas y articulares.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 251**

TÍTULO: **MANEJO TERAPÉUTICO DE PACIENTE CON CADERA FLOTANTE BILATERAL EN CONTEXTO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO.**

AUTORES: **Jiménez Garrido, C. / Olofsson Suarez-Bárcena, C.V. / Lázaro García, D.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

La cadera flotante es una lesión combinada de fractura de fémur y anillo pélvico ipsilateral. Suelen ser causadas por traumatismos de alta energía. El tratamiento precoz de las lesiones minimizan la morbimortalidad del paciente.

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro trabajo es exponer a través de un caso clínico el manejo terapéutico de un politraumatizado diagnósticado de cadera flotante bilateral.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 74 años precipitado de 3 metros de altura. A su llegada se activa el protocolo ATLS. Deformidad en piernas sugestiva de fractura de fémur. La radiografía mostró fractura 32C1 fémur derecho; 32B2 fémur izquierdo (AO), con Fractura abierta tipo II en fémur izquierdo y fractura de pelvis tipo APCIII (Young). Se estabilizan fracturas de fémur con fijador externo Hoffmann III y fijador externo anterior pretensado para anillo pélvico. Pasado el tiempo de primer impacto, se realizó cirugía definitiva de anillo pélvico y fémur derecho. Se estabilizó en un primer tiempo el anillo pélvico posterior mediante la colocación un tornillo canulado iliosacro a nivel de S1 y retirada de FFEE. En un segundo tiempo se realiza fijación de columna anterior de cotilo izquierdo con tornillo canulado y colocación de una placa synthes premoldeada en la sinfisis del pubis mediante el abordaje de Pfannenstiel. En un tercer tiempo se realiza extracción de FFEE de fémur derecho y enclavado endomedular mediante clavo TRIGEN TAN. Posteriormente se retiró FFEE en fémur izquierdo y estabilización mediante clavo PFN.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras una estancia de 27 días es dado de alta sin carga autorizada y con sondaje uretral. Un mes después, acude a consulta sin sondaje uretral y con supuración en la herida del abordaje Pfannenstiel, por lo que se decide retirada de material de osteosíntesis y tratamiento antibiótico IV. Tras 17 días de hospitalización, es dado de alta con ATB oral. 6 meses tras la cirugía, se aprecia consolidación de las fracturas. Deambula con andador.

CONCLUSIONES:

El manejo inicial de este tipo de pacientes se realiza según el protocolo ATLS. El manejo definitivo de estas fracturas plantea un reto debido a preocupaciones sobre la secuencia de fijación de la fractura, el posicionamiento, los métodos de fijación y las secuelas neurológicas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 252**

TÍTULO: **FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR COMO COMPLICACIÓN EN PACIENTE SOMETIDO A ALARGAMIENTO ÓSEO.**

AUTORES: **Jiménez Garrido, C. / Lombardo Torre, M. / Olofsson Suarez-Bárcena, C.V.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

Las elongaciones óseas son una técnica muy utilizada en los últimos años. Su realización es sencilla, pero no exenta de complicaciones. Una de las posibles complicaciones de esta técnica es la fractura por fragilidad del segmento alargado.

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro trabajo es exponer a través de un caso clínico la estrategia terapeútica a seguir para resolver una complicación frecuente en el alargamiento óseo del fémur, la fractura del segmento alargado en diáfisis femoral.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 27 años con dismetría de 7 cm de fémur derecho, sometido a alargamiento óseo hace 3 años mediante técnica de transporte óseo con FFEE Triax MBA. Un año después de retirada de FFEE, el paciente sufre un traumatismo sobre MID mientras montaba en bicicleta, provocándole una fractura diafisaria en fémur. Se realiza estabilización y reducción provisional mediante FFEE Hoffmann III. Seis días después, se realiza enclavado endomedular en quirófano mediante introducción de guía y broca iniciadora. Tras retirada de FFEE Hoffmann III se Introduce guía endomedular y se fresa el canal proximal hasta 12mm. Se realiza apertura de foco para introducción de guía y fresado de canal distal hasta 12mm. Colocación de distractor para reducción de la fractura e introducción de clavo TRIGEN TAN. Se realiza bloqueo distal mediante sistema sureshot, colocándose dos pernos distales y bloqueándose proximalmente con un tornillo.

RESULTADOS:

Tras una estancia hospitalaria sin incidencias, es dado de alta a los 10 días. Se cita en consultas externas para seguimiento periódico de la fractura. Tras mes y medio de cirugía se autoriza la carga. A los 3 meses el paciente se encuentra bien, capaz de deambular correctamente sin ayuda de bastones y apreciándose.

CONCLUSIONES:

El alargamiento óseo es una buena técnica para corrección de dismetrías y prevención de artrosis precoz en las articulaciones de los miembros alterados. Como complicaciones destacan las dependientes de partes blandas y las óseas. Dentro de las óseas encontramos la fractura del alargamiento óseo por menor calidad del tejido alargado. Esta complicación supone un reto terapeútico para el cirujano, al estar alterada la anatomía ósea inicial.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 254**

TÍTULO: **ARTRODESIS PARCIAL DE MUÑECA DEBIDO A COMPLICACIÓN DE TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FRACTURA DISTAL DE RADIO CON LUXACIÓN DORSAL DEL CARPO.**

AUTORES: **Carlos Jiménez Garrido, Inés Rodríguez Delourme, Javier Durán Garrido, J.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas intraarticulares de radio se asocian a múltiples lesiones ligamentosas. Muchas de ellas pueden asociarse a luxaciónes radiocarpianas.

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro trabajo es exponer los diferentes resultados en cuanto al manejo terapéutico de fracturas-luxaciones radiocarpianas a través dos casos clínicos.

MÉTODOS:

1-Paciente varón de 40 años que tras caída sufre una fractura-luxación radiocarpiana con luxación posterior del carpo y fractura de estiloides cubital derecha. Se realiza reducción cerrada inmovilizándose con yeso antebraquial, manteniéndose la luxación del carpo. Dos días más tarde se realiza una reducción y estabilización de los fragmentos mediante agujas K. Colocación de placa LCP en borde radial con 4 tornillos bloqueados y dos agujas K. Reducción y fijación de estiloides cubital con tornillo canulado.
2-Paciente varón de 25 años que tras accidente de motocicleta sufre fractura - Luxación radiocarpiana con luxación posterior del carpo derecho. Se realiza reducción cerrada inmovilizándose con yeso antebraquial, manteniéndose semilunar en DISI. Tras finalizar tratamiento conservador, se aprecia artrosis radioescafolunar. Tras 6 meses de tratamiento RHB, el paciente acude nuevamente por dolor y limitación de la flexo-extensión de muñeca .Se amplía el estudio mediante TC, confirmándose cambios degenerativos radiocarpianos.Se incluye al paciente en LEQ para realización de artrodesis E-R y S-R.

RESULTADOS:

Paciente nº1, tras 4 meses de cirugía y 3 meses de RHB presenta dolor controlado en reposo, cierre de puño completo sin dolor, extension -10º, flexion 45º. supinacion -5º , pronación -5º. Fuerza de agarre de 80%. Paciente nº2, tras 6 meses de la cirugía y de 5 meses de RHB presenta 35º extensión, 25º flexión, desviación radial 10º y desviación cubital 20º sin afectación pronosupinación. Fuerza de agarre de 55%.

CONCLUSIONES:

Las fracturas- luxaciones radiocarpianas estan asociadas a lesiones ligamentosas volares que necesitarán tratamiento quirúrgico para obtener resultados óptimos en nuestros pacientes.En el caso de degenerar en artrosis radiocarpiana, puede ser necesario realizar artrodesis parcial de muñeca para aliviar el dolor y mantener la movilidad de la muñeca.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 255**

TÍTULO: **SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER.**

AUTORES: **Cañadillas Rueda, R. / Obrero Gaitán, D. / Herrera Mármol, R.**

CENTRO: **Hospital Neurotraumatológico de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

La neuralgia amiotrófica, síndrome de Parsonage-Turner o neuritits braquial tiene una incidencia es de 2,3 habitantes por 100.000 al año y suele ser infradiagnosticada y sobretratada en consultas de especialidad. Afecta principalmente al plexo braquial y su diagnóstico diferencial con el hombro doloroso y discopatías cervicales es obligatorio para evitar tratamientos agresivos e intervenciones quirúrgicas innecesarias.

OBJETIVOS:

Presentamos dos casos recidivos de parálisis braquial irritativa con distinto patrón. Ambos casos se inician tras la realización de pequeños esfuerzos, tras los que sufrieron dolor agudo cervical y parálisis de distintos grupos musculares.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 50 años con paralisis del torácico largo que le provoca una escápula alada; y varón de 30 años con afectación del nervio supraescapular que le provoca parálisis de musculatura rotadora externa del hombro. La simple e importante anamnesis junto con la exploración física hicieron sospechar este síndrome al coincidir la desaparición del dolor agudo con una atrofia muscular diferente en cada caso. Las electromiografías presentaban patrones denervativos preganglionares de raíces nerviosas del plexo braquial, que confirmaron el diagnostico. La ecografía y la RM fueron normales.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La evolución de ambos pacientes ha sido a la curación completa con recuperación de la atrofia muscular solo con el apoyo de tratamiento rehabilitador.

CONCLUSIONES:

La distribución y afectación nerviosa del Parsonage-Turner suele ser parcheada y a menudo no se presenta como la afectación de un territorio o raíz nerviosa bien definida, su resolución a la curación completa es lo más habitual y existe aún controversia en su tratamiento médico, sobre todo en la administración de corticoides para disminuir o frenar el tiempo evolutivo. Su causa es desconocida, aunque lo más probable es la alteración inmunológica causada por desencadenantes como infecciones virales, ejercicio físico, intervenciones quirúrgicas…
La anamnesis y exploración física junto con la valoración del patrón evolutivo suele ser suficiente para su diagnostico, evitando tratamientos innecesarios para los pacientes.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 256**

TÍTULO: EPIFISIOLOSIS DE OLÉCRANON Y CABEZA RADIAL ASOCIADAS A INESTABILIDAD AGUDA DE CODO CON REPARACIÓN LIGAMENTOSA MEDIAL EN NIÑO.

AUTORES: Cañadillas Rueda, R. / Obrero Gaitán, D. / Herrera Mármol, R.

CENTRO: Hospital Neurotraumatológico de Jaén

INTRODUCCIÓN:

La asociación de una epifisiolisis de olecranon y epifisiolisis de cabeza radial es relativamente frecuente en el adulto pero muy infrecuente en niños siendo incluso difícil encontrar bibliografía asociada a estos casos mucho más con inestabilidad medial asociada.

OBJETIVOS:

Niña de 8 años que sufre caída con traumatismo sobre la palma de la mano al caer. La enferma presenta una gran inflamación en codo izquierdo con impotencia funcional absoluta. Se realizan rx que aunque no son correctamente realizadas por el difícil manejo que ello supone en este tipo de fracturas, aunque se observa con meridiana claridad una epifisiolisis de olecranon de grado II de Salter y una epifiolisis grado II de cabeza radial. Se intuye en las rx mala congruencia articular. La TAC confirma las fracturas, observándose el fragmento olecraniano libre en la articulación y la subluxación del codo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Bajo anestesia general, se comprueba una marcada inestabilidad en valgo del codo en extensión, lo que nos confirma clínicamente la rotura parcial o completa del complejo ligamentario interno de dicho codo. Se procede por tanto a la reducción abierta del codo por una vía posterior levemente medializada. Se observa la rotura del complejo ligamentario interno afectando el haz anterior y el posterior de Bardinet. Se procede a la estabilización aguja de Kirschner del olecranon y a la reparación del complejo ligamentoso interno. Se mantiene la aguja y la ferula posterior braquial tres semanas.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras tan sólo dos meses de evolución incluso sin haber empezado la rehabilitación, con el esfuerzo de familiares, la niña presenta un balance articular completo de pronosupinación de mano, flexoextension del codo y correcta angulación varo-valgo de la extremidad.

CONCLUSIONES:

Radiografías inadecuadas, los cartílagos de crecimiento y la exploración en estos pacientes son factores que pueden conducirnos a diagnósticos erróneos con desenlances fatales para los niños. La exploración bajo anestesia general es prínceps para un correcto diagnóstico de las lesiones. Resaltamos la importancia de este caso clínico por distintos motivos: La tan baja incidencia de este tipo de lesiones en niños tan pequeños. La dificultad en el diagnóstico exacto de estas lesiones y la exigencia quirúrgica a nivel de partes blandas que éstas pueden conllevar.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 261**

TÍTULO: **INFECCIÓN PROTÉSICA POR CANDIDA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO INFRECUENTE.**

AUTORES: **Bolívar Arroyo, V. / Jódar Graus, R. / Ayllón Barranco, R.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario Granada. UGC Cirugía Ortopédica y Traumatología**

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones protésicas constituyen una de las complicaciones más temidas por el cirujano ortopédico. La incidencia difiere sensiblemente entre las artroplastias totales de rodilla (1-2 %) y las totales de cadera (0,3-1,3%). Los factores de riesgo más destacables son la presencia de infección activa en el organismo, así como la existencia de una cirugía previa, lo que aumenta considerablemente el riesgo de infección en la cirugía de revisión de prótesis, pudiendo llegar hasta el 6% en artroplastias de rodilla. Otros factores predisponentes para la infección son la inmunosupresión (farmacológica o no), artropatías inflamatorias (como la artritis reumatoide) y condicionantes del estilo de vida (obesidad, tabaquismo, alcohol). Los organismos comúnmente más identificados son los estafilococos (aureus, epidermidis, coagulasa negativo en infecciones crónicas). Las especies de candida son el agente más frecuente en infecciones fúngicas. Estos últimos agentes deben ser tenidos en cuenta en pacientes que sufren infecciones rebeldes que no responden a la estrategia habitual en el tratamiento de las infecciones protésicas.

MATERIAL:

Presentamos el caso de un paciente de 77 años en tratamiento con corticoides y metrotexato por padecer artritis reumatoide, además de hepatopatía por enolismo. Es intervenido mediante artroplastia total de cadera con postoperatorio satisfactorio. A los dos años de la intervención se somete a recambio por aflojamiento aséptico en un tiempo. El paciente mantiene dolor crónico insidioso con aflojamiento en las imágenes radiológicas por lo que se decide realizar biopsia y cultivo de material periprotésico, obteniendo resultados negativos. A pesar de estos resultados el paciente desarrolla la presencia de un absceso fistulizado que fue tratado mediante antibioterapia empírica. Se evidencia en imágenes radiológicas aflojamiento de los componentes, por lo que se decide recambio en dos tiempos de la prótesis con un primer tiempo empleando espaciador de cemento impregnado en vancomicina previa toma de muestra para cultivo. Se empleó el protocolo habitual de tratmiento empírico para este tipo de infecciones en nuestro hospital (Meropenem 1g cada 8 horas + Daptomicina 500mg cada 24 horas), para luego realizar antibioterapia dirigida con los resultados de los cultivos. Estos mostraron la presencia de Enterococcus faecalis, por lo que se trató con Ampicilina 2g cada 4 horas y gentamicina ajustada al peso. La infección fue erradicada según parámetros clínicos y analíticos. El paciente sufre una caída fortuita al poco tiempo de esta intervención a raíz de la cual sufre una fractura periprotésica que obliga a la reintervención con la implantación de una mega prótesis tumoral modular, aplicando nuevo protocolo de antibioterapia empírica ante el alto riesgo de infección que tuvo que ser modificado por la presencia de rash cutáneo. El postoperatorio inmediato fue insatisfactorio con mala evolución de la herida quirúrgica y elevación de reactantes de fase aguda. Se sometió a limpieza y desbridamiento con toma de muestras para cultivo que pusieron de manifiesto la presencia de Candida en el mismo. Para detectar este patógeno se solicitaron estudios pertinentes de microbiología ante la persistencia de infección en este enfermo. Se realizó tratamiento antifúngico con caspofungina por vía intravenosa y posteriormente fluconazol durante seis meses. El paciente no ha vuelto a presentar episodio de infección y se encuentra actualmente en espera de implantación de nueva prótesis.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 261**

TÍTULO: **INFECCIÓN PROTÉSICA POR CANDIDA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO INFRECUENTE.**

AUTORES: **Bolívar Arroyo, V. / Jódar Graus, R. / Ayllón Barranco, R.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario Granada. UGC Cirugía Ortopédica y Traumatología**

DISCUSIÓN:

El caso presentado pone en evidencia un reto diagnóstico, como son las artroplastias que evolucionan de forma tórpida sin evidencia clara de infección bacteriana que se detecte por métodos usuales (clínica, laboratorio, cultivos para bacterias habituales). Este paciente es sometido en numerosas ocasiones a recambio protésico sin poder aclarar si la causa es una infección o bien se trata de un aflojamiento aséptico doloroso. Destaca la importancia de emplear un riguroso protocolo a la hora de tratar estos pacientes para evitar múltiples cirugías y tratamientos sin identificar la causa.

CONCLUSIONES:

Las especies de Candida pueden ser la causa de fracaso de artroplastias al provocar una infección que cursa de forma insidiosa e invisible a las técnicas de cultivo habitual. Un alto índice de sospecha se requiere para poder diagnosticar estas infecciones por lo que hay que tenerlas en cuenta a la hora de planificar un recambio en un paciente con prótesis dolorosa, y si el cuadro es sugerente de infección por microorganismos inusuales, solicitar estudio dirigido.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 262**

TÍTULO: **ASTRAGALECTOMÍA COMO OPCIÓN DE TRATAMIENTO EN EL PIE EQUINOVARO.**

AUTORES: **Mantic Lugo, M. / Domínguez Amador, J./ Andrés García, J.A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Puerta del Mar**

INTRODUCCIÓN:

Los casos de pie equino-varo (PEV) asociados a síndromes u otras enfermedades se caracterizan por su rigidez y atipia y como consecuencia dificultad en el tratamiento. Los métodos conservadores suelen fallar y la posibilidad de cirugía es más alta. La astragalectomía es un método de rescate que pretende conseguir un pie plantígrado, estable e indoloro, que permita la colocación de ortesis y/o eliminación de lesiones de la piel por presión.

OBJETIVOS:

Analizar el resultado de la astragalectomía en un caso de PEV neurológico rígido tras fracaso del tratamiento conservador como tratamiento definitivo o intermedio, según el resultado y evolución.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Niña de 8 años no deambulante con antecedentes de distrofia miotónica de Steinert, hidrocefalia y PEV grado IV de Dimeglio bilateral evaluando el estado previo, postquirúrgico y la evolución con exploración física y radiografía.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

A los 3 meses tras la cirugía presenta aceptable realineación del tarso, permitiendo el uso de órtesis y zapatos habituales, incluso la bipedestación según el balance muscular.

CONCLUSIONES:

En pacientes seleccionados la astragalectomía es una técnica de rescate que permite la colocación del pie en posición plantígrada evitando las complicaciones asociadas a las alteraciones posturales como úlceras por presión.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 263**

TÍTULO: **TRATAMIENTO DE FRACTURA CONMINUTA DE FALANGE CON SISTEMA DE TRACCIÓN DESCRITO POR BADIA Y ORBAY.**

AUTORES: **Lázaro García, D. / Caballero Angulo,J.A. / Rodríguez Delourme, I.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas intra-articulares de la base de la falange media de dedos de la mano son poco frecuentes y complicadas de tratar, a menudo conminutas suponiendo, en ocasiones, un reto para el cirujano ortopédico. Una buena alternativa es la fijación externa mediante un sistema de tracción descrito por Badia y Orbay.

OBJETIVOS:

El objetivo principal de nuestro trabajo es mostrar los resultados de la utilización del sistema de tracción modificado para el tratamiento de las fracturas conminutas de falange.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta una paciente diestro de 42 años, que acude al servicio de urgencias tras sufrir un accidente de motocicleta. A su llegada presentaba tumefacción, deformidad y hematoma en el 5º dedo de la mano derecha. Con estudio radiológico simple se objetivó una fractura conminuta de la base de la F2 del 5º dedo de la mano derecha. Se decidió intervención quirúrgica de urgencias mediante reducción cerrada con fijación interna con un sistema de tracción. Se montó un dispositivo de tracción formado por agujas K, colocando la primera en la epífisis distal de la F1 y la segunda en la epífisis distal de la F2. Posteriormente se moldearon para que pudieran engancharse entre ellas y conseguir la tracción necesaria para mantener la fractura reducida.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El paciente fue dado de alta el mismo día de la intervención. El seguimiento de la fractura se llevó por Mutua Laboral con retirada de agujas a las 7 semanas y RHB posterior, tras comprobar mediante radiografía simple una buena consolidación. Radiográficamente el resultado ha sido excelente. Funcionalmente el dedo quedó en buena rotación y longitud con flexión de falange distal en extensión y limitación de flexión de dedo a 80º.

CONCLUSIONES:

El sistema de tracción descrito por Badia y Orbay es un buen método de tratamiento para este tipo de fractura, es simple y da buenos resultados. Posiblemente hubiéramos obtenido un mejor resultado funcional con una rehabilitación más precoz.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 264**

TÍTULO: **FRACTURA CERVICAL SOBRE ENFERMEDAD DE FORESTIER-ROTES-QUEROL.**

AUTORES: **Lázaro García,D. / Jiménez Garrido, C. / Rodríguez Delourme, I.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Forestier-Rotes-Querol, también conocida como "hiperostosis esquelética idiopática difusa" es una enfermedad reumatológica sistémica que implica la existencia de una calcificación llamativa del LLCA y ausencia de otros cambios degenerativos. Debido a esto, ocasiona que traumatismos menores provoquen fracturas vertebrales inestables.

OBJETIVOS:

El objetivo principal de nuestro trabajo es mostrar la importancia del diagnóstico precoz de las fracturas en pacientes con Forestier para evitar desplazamientos secundarios.

MÉTODOS:

Se presenta un paciente de 78 años, que sufrió un traumatismo craneoencefálico tras caída por escaleras. En la TAC que se realizó a su llegada se observó una lesión de Forestier-Rotes-Querol cervical acompañada de fractura de la apófisis articular derecha de C5, pero no se hallaron signos de fractura-disrupción del disco C5-C6. La exploración física del paciente era normal. Se decidió tratarlo de forma ortopédica con un collarín inmovilizador y revisión en 10 días. En la radiografía simple de control que se realizó, se encontró un desplazamiento secundario, espondilolistesis anterior grado II/V de C5-C6. La exploración continuaba siendo normal. El paciente ingresó para tratamiento definitivo. Se realizó una artrodesis por vía anterolateral de C4-C7.

RESULTADOS:

Actualmente el paciente no presenta clínica neurológica y no se objetiva pérdida de movilidad cervical.

CONCLUSIONES:

Las fracturas vertebrales debido a la enfermedad de Forestier son raras pero altamente inestables. La mayoría suceden tras impactos de baja energía (caídas accidentales). A pesar de un correcto protocolo radiológico inicial, este tipo de fracturas pueden pasar desapercibidas según el posicionamiento del paciente, como ocurrió en el caso que presentamos (originándose un desplazamiento secundario), pudiendo acarrear múltiples déficits neurológicos. Es necesaria una exploración física y radiológica exhaustiva para no pasar por alto estas lesiones.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 265**

TÍTULO: **EMPLEO DE VÁSTAGOS FEMORALES BLOQUEADOS TRAS EL FRACASO DE LA PRÓTESIS PRIMARIA DE CADERA. RESULTADOS EN 5 CASOS.**

AUTORES: **Martínez Ortega, M. / Muñoz López, R.C. / Mozo Frutos, F.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba**

INTRODUCCIÓN:

El uso de vástagos femorales bloqueados no cementados es otra opción para la revisión de componentes femorales protésicos o fracturas periprotésicas. Se han publicado series de hasta 725 pacientes con seguimiento a 4.5 años presentando buenos resultados.

OBJETIVOS:

Describir los resultados de la implantación de los vástagos femorales bloqueados, no cementados en 5 pacientes de nuestro hospital, que habían sufrido aflojamiento de prótesis total de cadera, por diferentes causas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisaron PTC en 5 pacientes que habían sufrido displasia de cadera del adulto, necrosis de cabeza femoral, fractura subcapital y dos coxartrosis respectivamente. 2 pacientes presentaban aflojamientos asépticos y 3 eran sépticos, todos con Paprosky IIIB. Por abordaje posterolateral se implantaron prótesis con vástago bloqueado no cementado. En los 3 casos de aflojamientos sépticos, se precisaron intervenciones previas para limpieza y retirada de material, realizándose un segundo tiempo quirúrgico para el vástago definitivo

RESULTADOS:

A 2 años de seguimiento de media, los pacientes presentan resultados óptimos con HHS por encima de 80. Sólo uno de los pacientes ha presentado 2 luxaciones tras la cirugía de revisión, ambas resueltas sin precisar reducción abierta. El resto de pacientes, no han presentando ningún tipo de complicación del tipo, luxación, infección ni aflojamiento.

CONCLUSIONES:

Las deficiencias diafisarias femorales tras PTC fallida constituyen un desafío quirúrgico. Se han descrito técnicas como el uso de vástagos largos de anclaje diafisario, el uso de combinaciones de aloinjerto-prótesis, megaprótesis modulares proximales o injerto impactado según técnica de X-Change, para salvar el problema del déficit óseo. Es, sin embargo difícil, mantener la estabilidad axial y rotacional con estos métodos, no siendo así, con la prótesis con bloqueo distal. Con este sistema se aumenta la estabilidad axial y rotacional hasta un 320% y 230 % respectivamente. Entre sus complicaciones existen el riesgo de fractura femoral secundaria al fresado diafisario y por la inserción de un vástago a press-fit en un fémur con corticales atróficas. No obstante, estos implantes han demostrado resultados positivos a corto y medio plazo en las revisiones protésicas de cadera.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 266**

TÍTULO: **ESGUINCE DE TOBILLO "QUE NO VA BIEN".**

AUTORES: **Martínez Calzón, A. / Rubio Sanz, J. / Alonso Figaredo, J.**

CENTRO: **Hospital de Jarrio**

INTRODUCCIÓN:

Los esguinces de tobillo constituyen una de las lesiones más frecuentes en patología musculoesquelética, y sobre todo en pacientes jóvenes y deportistas. A la consulta de un cirujano ortopédico acuden a diario este tipo de lesiones, que a menudo son banales, pero que en ocasiones presentan algunos signos de alerta.

OBJETIVOS:

Identificar las afecciones alrededor del tobillo que puedan simular esguinces o que nos pasen desapercibidas, con potenciales complicaciones.

MÉTODOS:

Presentamos un caso clínico de una paciente de 45 años, sin antecedentes de interés y que practica equitación. Acude a urgencias tras caída por las escaleras en su domicilio, con dolor y tumefacción en cara externa del tobillo. Se coloca vendaje funcional como tratamiento de entrada. Tras 3 semanas de tratamiento conservador, acude a nuestra consulta sin dolor, pero refiere imposibilidad para mantenerse de pie sobre los estribos y un "clic" en el tobillo. Se evidencia clínicamente la luxación de los tendones peroneos.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se realizan pruebas de imagen (RMN) que confirman el diagnóstico y se decide cirugía para reanclaje del retináculo peroneo. Se mantiene inmovilización con férula de yeso durante 3 semanas y 3 semanas con Walker corto permitiendo el apoyo. 2 meses y medio tras la cirugía, la paciente se incorpora por completo a sus actividades laborales y lúdicas.

CONCLUSIONES:

La luxación de tendones peroneos, es una lesión que a menudo pasa desapercibida tras un esguince de tobillo típico. El tratamiento más comúnmente aceptado, es el quirúrgico, por lo que es labor del traumatólogo identificar la lesión de manera precoz. El mecanismo de lesión conlleva una contracción de los músculos peroneos en el momento del traumatismo, y es habitual que el hematoma se encuentre en la zona retromaleolar externa, con extensión proximal hacia la pierna. Con el trastorno crónico, el paciente es más consciente del problema, al notar la movilidad de los tendones, por lo que a menudo es la clave del diagnóstico. Teniendo en cuenta el mecanismo de lesión, no típico del esguince de tobillo y la clínica, sería ideal el diagnóstico precoz de la lesión de cara a minimizar el tiempo de baja laboral y/o deportiva. En cuanto al tratamiento, no existe una técnica "gold estándar", ya que hay descritas más de 20 técnicas diferentes. En general, buscan la reconstrucción del retináculo y/o en aumento de surco en la zona retromaleolar.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 267**

TÍTULO: **FRACTURA-LUXACIÓN TRANSESCAFOGRANDE. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

AUTORES: **Bravo Aguilera, C. / Martínez Ortega, M. / Muñoz Lopez, R.C.**

CENTRO: **H. Universitario Reina Sofía**

INTRODUCCIÓN:

Dentro de la patología del carpo, las fracturas del hueso grande constituyen menos del 1%. En ocasiones, se encuentran asociadas a otras fracturas o luxaciones en la misma localización. La fractura-luxación transescafogrande, también denominada Sd. de Fentron, constituye una variante de lesión perilunar, raramente descrita en la literatura y formado por una luxación transescafoidea, junto con fractura del hueso grande, encontrándose el polo proximal de este último rotado entre 30º y 180º.

OBJETIVOS:

Presentar el diagnóstico, tratamiento y resultados de un caso de síndrome de Fenton en un paciente precipitado intervenido en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso de un paciente de 16 años traído a nuestro centro tras sufrir precipitación accidental desde unos 10 metros. Tras la exploración inicial, junto con fracturas a nivel de fémur y ala sacra izquierda, se objetivo una fractura luxación transescafogrande que se redujo inmediatamente y se inmovilizó temporalmente mediante férula. El tratamiento definitivo se realizó mediante un abordaje dorsal, encontrándose el polo proximal del hueso grande rotado 180º. Se sintetizaron ambas fracturas mediante tornillos Herbert de 4 mm y se reparó el ligamento lunopiramidal mediante un arpón tipo Mitek. Así mismo se realizó una fijación temporal luno-piramidal, piramidal-grande y escafo-grande mediante agujas de Kirschner.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El postoperatorio transcurrió sin incidencias, manteniéndose una férula posterior hasta la retirada de las AK. Tras esto se autoriza movilidad y comienza con rehabilitación. A los tres meses tras la cirugía, la recuperación de la movilidad es completa e indolora, reincorporándose a sus actividades sin problemas.

CONCLUSIONES:

Las fracturas y luxaciones a nivel del carpo son lesiones complejas y que dan lugar a importantes secuelas si no se tratan adecuadamente en tiempo y forma. El síndrome de Fenton supone una lesión compleja y raramente descrita, que precisará de una reducción precoz, junto con una osteosíntesis y reparación minuciosa de las estructuras ligamentosas, siendo así posible obtener una recuperación completa.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 268**

TÍTULO: **ROTURA DEL EXTENSOR LARGO DEL PULGAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO TRATADO MEDIANTE POLEA RETINACULAR Y TRASFERENCIA DEL EXTENSOR INDICIS PROPIUS AL EXTENSOR POLLICIS LONGUS.**

AUTORES: **Ruiz Sanz, J. / López Pulido, M.J. / Del Fresno Molina, J.A. / Román Torres, M. / Abad Lara, J.A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía**

INTRODUCCIÓN:

La rotura del extensor pollicis longus (EPL) es rara en la edad pediátrica, y puede ser muy invalidante por la pérdida de extensión de las articulaciones interfalángica y metacarpofalángica del pulgar.

OBJETIVOS:

Presentar una modificación de la técnica de trasferencia que permite mejorar tanto la aducción como la circunducción del pulgar

MÉTODO:

Se presenta el caso de un varón de 14 años, con antecedente de una fractura de tercio distal de radio derecho, que sufrió una rotura crónica del EPL. El paciente presentaba incapacidad para la extensión activa de articulación interfalángica así como limitación para la extensión completa de la articulación metacarpofalángica. En esta modificación de la técnica se diseña una ventana sobre el cuarto compartimento extensor a modo de polea de reflexión retinacular para el extensor indicis propius (EIP), en lugar de la trasferencia subcutánea estándar. La polea se crea distal y cubital al tubérculo de Lister y, tras pasar por ella el EIP se une al resto distal del EPL mediante sutura de Pulvertaft.

RESULTADOS:

El paciente no sólo ha recuperado la extensión de la IF sino que también ha mejorado la capacidad de aducción y circunducción del pulgar, necesaria para la realización de diversas actividades cotidianas.

CONCLUSIONES:

Con esta simple modificación de la técnica se consigue mejorar el momento de aducción del pulgar, simulando la polea de reflexión anatómica que realiza el EPL en el tubérculo de Lister.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 269**

TÍTULO: **LUXACIÓN ANTERIOR DE CADERA ATRAUMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Reyes Jiménez, A. / Liria Ibáñez, A. / De la Hoz García, M.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

La luxación de cadera suele deberse a traumatismos de alta energía, siendo resultado de accidentes de tráfico o caídas de altura. La luxación posterior es observada en la mayoría de los casos, sin embargo, la luxación anterior atraumática es extremadamente rara.

OBJETIVOS:

Exponer caso de luxación anterior de cadera en dos ocasiones mientras se realizaban actividades de la vida diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 53 años de edad, sin antecedentes clínicos de interés, que mientras realizaba tareas domésticas presenta un dolor brusco e incapacitante en miembro inferior izquierdo. La paciente acude a urgencias ante cuadro de dolor selectivo inguinal, 0º de flexión, 30º rotación externa y 10º abducción. No clínica neurológica asociada. Diagnosticada luxación anterior de cadera tras estudio clínico y radiográfico. Se realiza reducción bajo sedación anestésica mediante maniobras de tracción, con resultado satisfactorio. Se completa estudio con TAC y RMN. En posteriores controles se evidencia buena evolución, con correcto resultado funcional en la actualidad.

CONCLUSIONES:

La luxación de la articulación de la cadera en los adultos suele ser causada por traumatismos de alta energía, como accidentes de tráfico o caída de altura. Las luxaciones atraumáticas de la articulación de la cadera son extremadamente raras, y sólo seis casos han sido reportados previamente en la literatura Stein y cols. describieron dislocaciones anteriores en bailarines sanos más jóvenes. Los ligamentos de los bailarines tienden a ser más laxos debido al entrenamiento repetitivo de la flexibilidad. Guyer y Levinsohn informaron de un caso de luxación anterior debido a una caída de baja energía. En estos casos, todos los pacientes mostraron alguna cualidad inherente que los predispuso a la dislocación, incluyendo insuficiencia de la cápsula anterior, ángulos de centro-borde pequeños y displasia del desarrollo.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 272**

TÍTULO: VENTAJAS DEL ENCLAVADO INTRAMEDULAR DURANTE LA ELONGACIÓN FEMORAL CON FIJADOR EXTERNO.

AUTORES: Martinez Ortega, M. / Bravo Aguilera, C. / Muñoz López, R.C.

CENTRO: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN:

La discrepancia de longitud de las extremidades puede ser causada por exceso o defecto de crecimiento de uno de los miembros inferiores, considerándose un proceso dinámico hasta que el paciente no llega a la maduración ósea. Las técnicas actuales de tratamiento se basan en el uso de fijadores externos, siendo los principales inconvenientes las alteraciones angulares y el largo tiempo que el paciente precisa mantener el fijador, así como las rigideces articulares causadas.

OBJETIVOS:

Valorar las ventajas y complicaciones de realizar una elongación para una dismetría de miembros inferiores, con un sistema de fijación externa guiada sobre enclavado intramedular.

MÉTODOS:

Se expone el caso de uno de los pacientes tratado en nuestro centro, que presentaba una discrepancia de longitud de miembros inferiores de 5 cm debido a una hipoplasia femoral. Este paciente de 16 años, fue sometido a cirugía de alargamiento mediante el uso combinado de un fijador externo monolateral y un enclavado intramedular de fémur.

RESULTADO:

Mediante el tratamiento quirúrgico empleado, se logró reducir el tiempo necesario de fijador externo a 63 días frente a los 250 días estimados si no se hubiese utilizado el enclavado intramedular. El paciente no presentó complicaciones asociadas al tratamiento. Actualmente se ha corregido la dismetría, presenta buen eje mecánico y deambula sin dificultad.

CONCLUSIONES:

El uso combinado de fijador externo y enclavado es una alternativa eficaz en la cirugía de alargamiento. Permite reducir el tiempo necesario de fijador externo y por tanto las complicaciones asociadas al mismo, así como las molestias ocasionadas al paciente.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 273**

TÍTULO: **FRACTURA SUBCAPITAL DESPLAZADA DE CADERA EN POBLACIÓN JOVEN, REDUCCIÓN ABIERTA POR ABORDAJE ANTERIOR DIRECTO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.**

AUTORES: **Manzano Sánchez, V. / Reyes Jiménez, A. / Cañada Oya, H.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas subcapitales de fémur en un paciente joven son un problema traumatológico de primera magnitud. Suelen producirse por traumatismos de alta energía y asociarse a patrones inestables, conminución y desplazamientos completos (Garden III y IV). El tratamiento de elección es la reducción anatómica y la osteosíntesis estable en un intento de preservar la vascularización ósea normal.

OBJETIVOS:

Exponer caso dos casos con fractura subcapital de cadera que fueron intervenidos con reducción abierta por abordaje anterior directo y fijación con 3 tornillos canulados. Exponer resultado clínico y funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Dos pacientes de 29 y 56 años fueron tratados por fractura subcapital desplazado, mediante reducción abierta, abordaje anterior directo. Utilizando 2 agujas de Kirschner para reducción anatómica de la fractura y fijación con 3 tornillos canulados de 6,5 mm. Se autoriza deambulación con miembro en descarga durante 6 semanas, con posterior aumento de la carga parcial de forma progresiva cuando existen signos radiológicos de consolidación. A los 12 meses postoperatorios realizan vida normal, únicamente dolor a la flexión y rotación interna forzada de cadera en la exploración.

CONCLUSIONES:

Para el tratamiento de pacientes con fractura intracapsular se deben considerar algunos factores como: edad, actividad del paciente, severidad del desplazamiento, tiempo de la fractura y grado de osteoporosis. Las variedades de tratamiento quirúrgico pueden ser de dos tipos: reducción cerrada o abierta seguido de osteosíntesis y artroplastia parcial o total de cadera. La osteosíntesis está indicada especialmente en pacientes jóvenes con fracturas desplazadas o no desplazadas. En pacientes jóvenes las FIC constituyen una emergencia quirúrgica ya que a medida que pasa el tiempo después de la fractura la incidencia de necrosis aséptica aumenta según plantea Massie citado por Holt. Cuando la fractura se reduce entre las primeras 12 horas la incidencia de necrosis aséptica es de un 25 %. La incidencia de esta complicación aumenta a un 30 % cuando la reducción y cirugía se realiza de 13 a 24 horas, un 40 % entre 24 y 48h y un 100 % después de una semana. Antes de realizar la osteosíntesis se debe lograr la reducción de la fractura lo que puede ser logrado por dos maniobras clásicas en flexión y extensión. Una vez realizada la maniobra de reducción se evalúa la estabilidad de la fractura por criterios clínicos y radiológicos. Para evaluar el resultado de la reducción utilizamos la escala evaluativa de Lindequist y Tornkvist. En caso de no lograrse una reducción cerrada de manera adecuada, debe procederse a la reducción abierta, la cual tiene las siguientes ventajas: provoca la descompresión de la articulación de la cadera, causada por el hematoma de fractura, es el método más útil para lograr una buena alineación rotacional.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 274**

TÍTULO: **MANEJO QUIRÚRGICO EN INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS COMPLICADA.**

AUTORES: **Rodríguez Delourme, I. / Sánchez Cervantes, P. / Lázaro García, D.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

OBJETIVOS:

las infecciones de piel y partes blandas son las únicas infecciones que han experimentado un aumento significativo de la incidencia en los últimos años en países desarrollados. En las infecciones severas y complicadas la cirugía cobra un papel importante para realizar limpieza y desbridamiento. El objetivo de nuestro trabajo es presentar el manejo terapeútico de las infecciones de partes blandas complicadas a través de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 38 años indigente con antecedente de fractura de radio distal derecho que presentó flictenas y enrojecimiento progresivo durante los días siguientes. Vuelve acudir a urgencias con MSD eritematoso, edematoso y con flictenas de gran tamaño hasta axila. Presentó fiebre y elevación de los RFA. Se instaura tratamiento antibiótico empírico. Se solicita TAC urgente en el que no se observa afectación en Fascia o Músculos. Ante el empeoramiento del cuadro clínico y con el comienzo de insuficiencia renal aguda se decide limpieza y desbridamiento de las lesiones. Intraoperatoriamente se observa edematización de partes blandas con un exudado seropurulento y colecciones purulentas a lo largo de todo el tejido subcutáneo. Se realiza lavado y desbridamiento de todos los compartimentos de mano, antebrazo y brazo. Se introducen compresas betadinadas y se realiza cierre sin tensión. Se colocaron drenajes Penrose en manos. El paciente es ingreso en UCI con medidas de soporte y antibiótico intravenoso. En los días posteriores se realizó una cirugía “second look” para retirada de compresas y limpieza de la herida. Se pautaron limpiezas periódicas. Se realizó la técnica de “Shoelace” para aproximar bordes. Se identificó en cultivo S. pyogenes orientando la antibioterapia penicilina y clindamicina. Una vez resuelta la infección se realizó sutura definitiva de la herida.

RESULTADOS:

Actualmente el paciente se encuentra estable, sin signo alguno de infección. No se han observado secuelas en la sensibilidad y solo se observa una atrofia por desuso en la musculatura. No hay necrosis de la piel.

CONCLUSIONES:

La cirugía es un arma importante en el manejo de las infecciones graves de partes blandas. La cirugía busca aumentar la respuesta del organismo reduciendo el inóculo. Es importante, por tanto, conocer cómo y cuándo debemos indicar la actuación por parte del cirujano.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 275**

TÍTULO: **TRANSPOSICIÓN TENDINOSA TIBIAL POSTERIOR CON ALARGAMIENTO FCD/FHL/AQUILES EN PACIENTE CON PIE EQUINO SECUNDARIO A LESIÓN DEL CPE IZQUIERDO.**

AUTORES: **Rodríguez Delourme, I. / Jiménez Garrido, C. / Lázaro García, D.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

OBJETIVOS:

La parálisis del CPE es la parálisis más frecuente del miembro inferior y se caracteriza por deformidad en equino, imposibilidad para la dorsiflexión, eversión del pie y la extensión de los dedos. La técnica quirúrgica gold estándar para la restauración de la dorsiflexión en una parálisis permanente es la transposición tendinosa. El objetivo de esta cirugía es mejorar el déficit funcional, neutralizar las deformidades y ganar estabilidad. La finalidad de este trabajo es exponer a través de un caso clínico el manejo de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 31 años con antecedente de accidente de tráfico hace 16 años teniendo como secuela una parálisis irreversible del CPE en MII con pie en equino reductible parcialmente con abolición de la dorsiflexión. Sin otros antecedentes de interés. Tras el uso durante años de ortesis se decide la realización de una transposición tendinosa. Se procedió a la tenotomía percutánea del Tendón de Aquiles. Se llevó a cabo la desinserción del tibial posterior localizándolo en su unión musculotendinosa realiza una tunelización postero-anterior para pasarlo a través de la membrana tibioperonea distal. Se localiza FCD y FHL y se realiza una zetaplastia tendinosa. Se efectúa un ojal a la membrana tibioperonea distal y se pasa el tibial posterior. Se localiza la 3º cuña. A este nivel se realiza un túnel canulado con material cross pin de 7mm. Se pasa el tendón del tibial posterior por la tunelización sub-retináculo y fijación con tornillo interferencial de 6x23mm. Por último lugar se procede a la tenotomía del flexor largo en 2º-3º-4º-5º. Se colocó férula en flexión dorsal en el postoperatorio inmediato y a las 4 semanas se inició la movilización pasiva .

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Actualmente la paciente no presenta deformidades en el pie afecto. Se ha logrado iniciar la dorsiflexión a unos 20º a los 60 días de la cirugía. Actualmente autorizada la carga con férula WALKER. En seguimiento por Rehabilitación.

CONCLUSIONES:

La transposición tendinosa es el método preferido para el tratamiento de la parálisis postraumática del CPE. Las funciones que se deben restaurar son la dorsiflexión del pie, la supinación, evitar la marcha en estepaje y la corrección de las deformidades en equino y varo.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 276**

TÍTULO: **TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FRACTURA DIAFISARIA DE HÚMERO. UNA COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL Y DEVASTADORA: PARÁLISIS RADIAL Y FRACTURA ABIERTA.**

AUTORES: **Zarzuela Jiménez, C. / Cañada Oya, H. / Barranco Fernández, M.B. / Durán Carranza, M.B.**

CENTRO: **Hospital General Básico de Baza, Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento ortopédico de las fracturas diafisarias de húmero es el tratamiento más ampliamente difundido a la hora de tratar este tipo de fracturas. Sin embargo, aunque en más del 80% se consigue una consolidación efectiva, se trata de un proceso penoso para los pacientes ya que los métodos de inmovilización son incómodos, difíciles de controlar y muy prolongados, provocando un disconfort importante en ellos y no estando exentos de complicaciones, como la rigidez de hombro y codo, ulceraciones, etc.

MÉTODOS:

Varón de 60 años, que tras sufrir una caída casual presenta una fractura metafiso-diafisaria de húmero izquierdo muy compleja. Enfermo bebedor habitual con patología concomitante importante. Se decide tratamiento ortopédico con férula en U y férula braquial. A las tres semanas de evolución presenta una ulceración de la piel del brazo a consecuencia de la protrusión ósea de un gran fragmento en ala de mariposa, que asoma a nivel del tercio medio del brazo. Además, también presenta parálisis radial asociada que antes no existía. Ante esta situación se decide tratamiento quirúrgico que consiste en la implantación de una placa Philos de titanio larga y moldeada, introducida de forma MIPO.

EVOLUCIÓN:

A los 3 meses de la cirugía persistía la parálisis radial, y progresaba en rehabilitación, aunque con limitación. A los 6 meses, el paciente había recuperado la función radial, abducción de 110º, así como rotaciones completas sin dolor tras un intenso proceso de rehabilitación dirigida. Al año, existen signos de consolidación ósea efectiva y ni clínicamente ni radiológicamente existen en la actualidad signos de infección.

DISCUSIÓN:

La elección del tratamiento debe estar muy supeditada tanto al tipo de fractura como al pacientes, ya que enfermos poco colaboradores harán fracasar este tipo de tratamiento ortopédico de forma irremediable. Las complicaciones más frecuentes son las consolidaciones viciosas, rigideces y la no unión. La protrusión ósea a través de la piel asociada a una parálisis radial de nueva aparición en el transcurso de una inmovilización habitual para las fracturas de húmero es una asociación de complicaciones que no hemos encontrado en la literatura actual y es por eso que consideramos este caso de especial interés.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 277**

TÍTULO: **ABCESO DE BRODIE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A CONSIDERAR FRENTE A LAS LESIONES LÍTICAS ÓSEAS.**

AUTORES: **Esteban Castillo, J.L. / García Vera, J.J. / Reyes Martín, A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

El absceso de Brodie es una forma localizada de osteomielitis subaguda hematógena primaria que suele afectar a individuos jóvenes en las metafisis de los huesos largos. La clínica y radiológia puede ser muy inespecífica, dificultando su diagnóstico. El manejo terapéutico, aunque puede ser exclusivamente médico, en los casos agresivos sigue siendo el desbridamiento quirúrgico y tratamiento antibiótico intravenoso.

OBJETIVOS:

Recordar el abceso de Brodie como diagnóstico diferencial de lesiones líticas ósea en pacientes jóvenes.

CASO CLÍNICO:

Varón sano de 14 años que hacía 2 meses, presentaba dolor inflamatorio de rodilla izquierda sin antecedentes de interés. Presentaba buen estado general; 36,5º C y una tumefacción dolorosa en la cara anterior de la tibia. El hemograma y bioquímica fueron normales y las RX de rodilla mostraron una lesión ósea lítica de borde escleroso sospechandose quiste óseo solitario y dolor de rodilla inespecífico. Días después volvió a consultar porque, en pocos días, la tumoración tibial había crecido hasta abrirse espontáneamente drenando pus. Ante la sospecha de infección se tomaron muestras, analítica, RX y se ingresó al paciente con antibioterapía empírica iv para completar estudios. Hemograma y bioquímica fueron normales y hemocultivos negativos. La RM fue caracterísca de un abceso de Brodie observándose una lesión redondeada intramedular metafisaria proximal tibial con un componente central hipointenso en T1 e hiperintenso en T2; rodeado por un anillo interno hiperintenso y un anillo externo hipointenso en T1 y T2; además asociaba afectación de partes blandas. Se diagnosticó absceso de Brodie con infección extendida a las partes blandas y se decidió tratamiento quirúrgico con fistulectomia, desbridamiento quirúrgico y colocación de rosario gentamicina. El cultivo y antibiograma positivizaron a Salmonella B y S. Aureus ambos sensibles a TMP-SMX. La evolución del paciente fue favorable y tras la retirada del rosario de gentamicina fue dado de alta con ATB oral.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras 2 meses tratamiento con TMP-SMX oral (160-800/12 h); los exámenes analíticos y radiológicos no mostraron signos de osteomielitis y el paciente presentaba función completa de la rodilla.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico abceso de Brodie debido a la ausencia de un síndrome infeccioso general, la normalidad analítica y la difícil interpretación radiológica; pasa desapercibido con facilidad; siendo importante tenerlo presente en el diagnóstico diferencial de lesiones líticas óseas, en especial de pacientes jóvenes con dolores metafisarios de huesos largos.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 278**

TÍTULO: **IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN RADIOCAPITELAR EN LA RADIOGRAFÍA. PRIMER PASO PARA EVITAR PASAR DESAPERCIBIDO UNA FRACTURA LUXACIÓN DE MONTEGGIA EN NIÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Hiniesta Martín, R. / Ramos Pérez, M.J. / Sotelo Sevillano, F.J.**

CENTRO: **Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

La fractura-luxación de Monteggia es poco frecuente en niños y en muchas ocasiones puede pasar inadvertida. La evaluación estándar incluye las radiografías anteroposterior (AP) y lateral (L) del antebrazo. Cualquier disrupción del cúbito, debe alertar en la búsqueda de una alteración articular proximal o distal. La relación radiocapitelar es importante, definiéndose mejor en una proyección L pura de codo. Esta relación puede parecer normal en una proyección AP. Si existen dudas, realizar proyección L pura del codo contralateral comparativa. Una línea trazada a través del centro del cuello y la cabeza del radio debe prolongarse directamente a través del centro del cóndilo humeral. Esta alineación debe mantenerse intacta independientemente del grado de flexión y extensión.

OBJETIVOS:

Presentamos el caso de un niño con fractura luxación de Monteggia diagnosticada tardíamente.

MÉTODOS:

Niño de 6 años y 3 meses, sin antecedentes, que presenta fractura luxación de Monteggia izquierda inveterada. Inicialmente diagnosticado en urgencias como fractura de cúbito aislada tras traumatismo sobre codo tras caída accidental, tratado con férula braquial. Al mes en consulta, se detecta en control radiográfico luxación inveterada de Monteggia tipo I de Bado. A la exploración, deformidad de codo y limitación de la movilidad. Sin afectación neurovascular.
Se realiza intervención quirúrgica mediante abordaje de Boyd. Limpieza de restos de tejidos cicatricial entre cabeza de radio y cóndilo humeral. Osteotomía de cúbito mediante abordaje dorsal sobre la diáfisis del mismo. Reducción de cabeza radial y fijación con aguja transcondilar; y fijación de osteotomía de cúbito con otra aguja de kirschner. Inmovilización con yeso braquial.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

A las 6 semanas, se retiran agujas y yeso, e inicia fisioterapia inmediata. El paciente presentaba limitación de la extensión en los últimos 30º y flexión de 95º. Pronosupinación limitada. A los 7 meses, marcada mejoría con escasa limitación en últimos grados de flexoextensión y pronosupinación, mínima deformidad. Realiza vida normal y no refiere dolor.

CONCLUSIONES:

- La relación radiocapitelar es importante, definiéndose mejor en una proyección L pura de codo. Si existen dudas, realizar proyección L pura del codo contralateral.
- Su diagnóstico inmediato es crucial para obtener buenos resultados funcionales.
- Cuando detectamos un caso antiguo no diagnosticado, es preciso valorar la mejor estrategia terapéutica con el fin de evitar complicaciones como dolor, disminución de la flexión del codo, inestabilidad en valgo, cúbito valgo y neuropatías tardías.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 279**

TÍTULO: **"CODO FLOTANTE"**

AUTORES: **Olmo Jiménez, J.M. / Cañadillas Rueda, R. / Cañada Oya, H.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

Las fracturas en el esqueleto del miembro superior constituyen un grupo de elevada incidencia de entre todas las fracturas del adulto y del niño. Los dos grandes grupos etiológicos lo constituyen las fracturas de origen osteoporótico del anciano ante traumatismos de intensidad moderada, y las fracturas consecuencia de un traumatismo de alta energía típicas de pacientes jóvenes ante insultos traumáticos de gran impacto. En los ancianos, la forma de presentación más frecuente es la fractura aislada del extremo distal del radio, seguido de la fractura del extremo proximal del húmero. En pacientes jóvenes, la forma de presentación más habitual es la fractura diafisaria de húmero y la fractura de metáfiso diafisaria de radio. Las fracturas simultáneas ipsilaterales del húmero y antebrazo constituyen un complejo traumático de alta energía denominado, a partir de 1980 por Stanitski y Michelli "codo flotante". La frecuencia de esta patología, tanto en niños como en adultos, es baja y la bibliografía sobre el tema es relativamente escasa. Sin embargo, se ha demostrado, en algunos informes, la mayor eficacia de la fijación quirúrgica de las fracturas por sobre las conductas conservadoras. Las consecuencias de un tratamiento inadecuado son la pseudoartrosis, consolidación viciosa, pérdida masiva de función, y el perjuicio vásculo nervioso derivado de la agresión estructural por las fracturas no fijadas. Siguiendo ese concepto, se presenta el caso de un paciente que en el contexto de un accidente de tráfico, acude al Servicio de Urgencias de nuestro centro presentando una fractura diafisaria del húmero, cúbito y radio de la extremidad superior izquierda, el tratamiento quirúrgico realizado y la evolución funcional y clínica que presenta tras el tratamiento integral.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 281**

TÍTULO: **"KISSING IMPLANTS"**

AUTORES: **Olmo Jiménez, J.M. / Cañadillas Rueda, R. / Cañada Oya, H.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas por fragilidad constituyen un grupo de creciente incidencia que aumenta de forma proporcional con la edad, llegando a constituir uno de los problemas crónicos más comunes en geriatría. Se relacionan directamente con la prevalencia de osteoporosis, analizando parámetros densitométricos en el cuello del fémur sobre la base de una cadera y estableciendo el valor T-score de <-1. Según las fuentes, se estima el valor promedio del 47,8% en varones y 59,1% en las mujeres. La incidencia de fractura de cadera aumenta con la edad, y la incidencia es alta en los ancianos (1.639 por 100 000 en hombres y 3012 por 100 000 en las mujeres para el grupo de edad de ≥ 85 años). Se estima que el riesgo de padecer una fractura osteoporótica una vez se ha padecido una fractura previa, es de aproximadamente el 30%. Las fracturas osteoporóticas con mayor riesgo de refractura ó de fractura periimplante una vez realizada la cirugía son las fracturas de cadera, tratadas usualmente mediante enclavados intramedulares de fémur proximal ó artroplastias parciales cementadas de cadera. Otras complicaciones temibles, son la consolidación viciosa, el aflojamiento del vástago, la infección, la pérdida funcional ó la muerte. Debido al avance tecnológico y técnico, los tratamientos de forma paulatina se asocian a mejores resultados y junto a la evolución del tratamiento médico y control de comorbilidades, la esperanza de vida de estos pacientes se ve incrementada ostensiblemente, y el riesgo de sufgrir nuevas fracturas, también. Se presenta el caso de una paciente que tras sufrir traumatismo accidental sobre su cadera derecha, es traída a urgencias de nuestro centro presentando una fractura pertrocantérea, por la que es intervenida mediante sistema cérvicodiafisario de tornillo placa deslizante en fémur proximal derecho con resultado quirúrgico, médico y funcional favorable. Al cabo de los años, vuelve a sufrir traumatismo sobre rodilla derecha, diagnosticándose de fractura supracondílea de fémur derecho. Dada la ocupación del canal medular y yuxtamedular con los tornillos y la placa del sistema implantado previamente, se hace necesaria planificación meticulosa de la nueva osteosíntesis para no dejar zonas femorales diafisarias en un paciente con severa osteoporosis, no protegidas por implante, y por tanto, sensibles a sufrir una fractura por estrés por el efecto punta proximal o distal. Se opta por retirada del tornillo distal del tornillo placa deslizante, enclavado intramedular retrógrado desde fosa intercondílea y bloqueo del clavo solidarizando los implantes intramedular y extramedular, proximal y distal.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 283**

TÍTULO: **"TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COADYUVANTE DEL SÍNDROME DE SUDECK"**

AUTORES: **Olmo Jiménez, J.M. / Cañadillas Rueda, R. / Obrero Gaitán, D.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

Tratamiento quirúrgico coadyuvante del Síndrome de Sudeck". Introduccion al tema. El síndrome de Sudeck es una enfermedad tan terrible como desconocida a día de hoy. Cuándo y cómo actuar, con procedimientos más agresivos se hace sumamente arriesgado, no sólo por la tendencia de esta enfermedad a la recidiva, sino también por la dificultad en el diagnóstico del proceso que provoca la limitación en un miembro de tan difícil semiología.

OBJETIVOS:

Mujer de 34 años que sufrió sección del tendón cubital posterior a nivel del antebrazo derecho. Tras sutura y tiempo de inmovilización correcto desarrolló un síndrome de sudeck de mano muy grave. Tras un intenso año de rehabilitación multiciplinar y tratamiento médico, no hay progresión en la movilidad de los dedos y presenta secuelas en dicha mano que le impiden la realización de tareas habituales para su vida. Aunque la muñeca está levemente limitada, la rigidez que afecta a los dedos es devastadora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se inicia un proceso consistente en movilizaciones bajo anestesia plexual, suplementadas por férulas nocturnas y diurnas. El avance interóseo de Bunnel, la liberación de las poleas A1 de los dedos, revisión y avance de A2 terminando por una tenolísis percutánea del sistema flexor profundo y superficial.

RESULTADOS:

Se produce una ganancia en la movilidad tanto pasiva como activa de la mano del enfermo, pero aun así, y a pesar de su satisfacción, creemos fue insuficiente.

CONCLUSIONES:

Intentar dilucidar la causa o las causas de la limitación de la mano, nos resultó muy difícil ya que la gran rigidez de los dedos dificultaba la interpretación de las pruebas funcionales de los distintos aparatos de la mano por independiente, debido creemos a la causa multifactorial que provocaba dicha rigidez. La elección de las cirugías mencionadas con anterioridad es un intento terapeútico-diagnóstico para solventar una patología que a posteriori pensamos su principal problema es el de rigidez articular intrínseca.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 284**

TÍTULO: **RESECCION TUMORAL Y RECONSTRUCCION CON PROTESIS MODULAR DE DEGENERACION MALIGNA DE OSTEOCONDROMATOSIS TIBIOPERONEA DISTAL.**

AUTORES: **Fernández Velázquez, A. / Esteban Castillo, J.L. / Estades Rubio, F.J. / Santos de la Fuente, J.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

La osteocondromatosis múltiple, es una entidad poco frecuente, de origen genético y que se manifiesta clínicamente (primera o segunda década) por diversas masas palpables de consistencia ósea o por alteraciones radiográficas típicas, con múltiples exóstosis, más habitualmente en las metáfisis de los huesos largos. Adquiere importancia por dos razones: degeneración maligna en condrosarcomas (hasta en el 25% de los pacientes), y deformidades que puede llevar a la pérdida de movilidad y compresiones neurovasculares.

OBJETIVOS:

Presentar la resección tumoral amplia y reconstrucción con una prótesis tumoral modular hecha a medida como opción de tratamiento de la degeneración maligna de osteocondromatosis múltiple en la articulación tibioperonea distal.

MATERIAL Y MÉTODO:

Urgencias (2013): paciente de 43 años, origen marroquí, acude a urgencias por dolor en la cara posterior tobillo izquierdo. No traumatismo. AP: osteocondromatosis múltiple intervenido en Marruecos en 1999 (exéresis de osteocondroma en cara anterior de la tibia distal izquierda). RX: excrecencia ósea intertibioperonea distal. Es dado de alta con analgesia y derivado a unidad de tumores. Unidad de tumores (2013): RMN hallazgos muy sospechosos de una degeneración a condrosarcoma de osteocondroma intervenido con extensión pluricompartimental. Se solicita TRUCUT siendo el resultado “sin signos de malignización”, por lo que el paciente queda tranquilo y decide no intervención quirúrgica. Enero 2016, el paciente es derivado desde AP a consultas de COT por dolor y aumento de tamaño de partes blandas en el tobillo izquierdo. Se solicita RX (masa con calcificaciones) y RMN: “hallazgos compatibles con degeneración maligna a condrosarcoma”. Es derivado a unidad de tumores. Unidad de tumores (marzo 2016): masa de unos 8cm en cara posterior de tobillo izquierdo que desplaza tendón de Aquiles. Se solicita nuevo TRUCUT, siendo informado como condrosarcoma. Se programa cirugía. Cirugía (13/7/2016): exéresis en bloque de 14cm de tibia y peroné incluyendo tendones extensores y flexores comunes, y peroneos, conservando maleólos y ambos tibiales funcionales. Reconstrucción con prótesis tumoral modular a medida recubierta de plata.

RESULTADOS:

Tras un proceso intenso de rehabilitación, actualmente el paciente camina con ayuda de un solo bastón. La movilidad del tobillo es: 10º FD; 30º FP.

CONCLUSIONES:

Lo novedoso de este caso es, que tras una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos, no hemos encontrado un caso similiar publicado en relación al tratamiento quirúrgico de condrosarcomas; por lo que la resección tumoral amplia y reconstrucción con prótesis tumoral modular se convierte en una opción de tratamiento muy alentadora para pacientes seleccionados con degeneraciones malignas de osteocondromatosis en la articulación tibioperonea distal.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 285**

TÍTULO: **OSTEOCONDROMA PEDICULADO EN EPÍFISIS PRÓXIMAL DE TIBIA EN PACIENTE JOVEN DEPORTISTA.**

AUTORES: **Nogales Trujillo, A. / Calderón Sánchez, A. / Martínez Sánchez, M.A. / Lazo-Zbikowski Taracena, J.M.**

CENTRO: **Hospital de la Merced**

MÉTODOS:

Presentamos caso clínico de un paciente varón de 15 años, deportista, que presentaba dolor insidioso en región anterior de la rodilla, apreciándose en la radiografía la presencia de una tumoración ósea a nivel de la epífisis proximal de tibia compatible con el diagnóstico de osteocondroma. Aportamos fotos tanto de las radiografías como de la cirugía y exéresis de la misma. Posteriormente la anatomía patológica confirmaría el diagnóstico.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 286**

TÍTULO: **FRACTURA-LUXACIÓN DE MONTEGGIA: UN DIAGNÓSTICO ESCURRIDIZO EN PEDIATRÍA.**

AUTORES: **Gormáz Talavera I. / Díaz Gálvez, E. / Tara Abad, C.**

CENTRO: **Hospital Materno Infantil (HRU Málaga)**

INTRODUCCIÓN:

La luxación de cabeza de radio crónica a menudo se observa en niños que han sido infratratados en el contexto de la fractura-luxación de Monteggia, en la mayoría de los casos porque no ha sido diagnosticado inicialmente.

MÉTODOS:

Niño de 8 años que acude por dolor e impotencia funcional en codo derecho al caer de una bicicleta. Presenta deformidad de antebrazo, dolor y crepitación a la palpación con estado neurovascular distal conservado. Es diagnosticado de fractura diafisaria desplazada de tercio medio de cúbito, procediéndose a reducción de ésta e inmovilización con yeso braquial. Tras la retirada del yeso a las 3 semanas es derivado de consultas externas por sospecha de parálisis radial, presentando déficit para la extensión de los dedos, por lo que se deriva a Rehabilitación. A las 2 semanas tras la retirada del yeso, acude de nuevo a urgencias por traumatismo directo en misma muñeca diagnosticándose de epifisiolisis tipo I de radio distal inmovilizándose con férula antebraquial. En la exploración se observa una movilidad limitada sobre todo a la pronosupinación con aparente deformidad a nivel de la cabeza de radio. Se confirma el diagnóstico de fractura-luxación de Monteggia tipo III de Bado con afectación nervio interóseo posterior, realizándose (a los 2 meses desde el traumatismo) una reducción cruenta de la cabeza radial con reconstrucción del ligamento anular mediante plastia de fascia tricipital y estabilización con 1 aguja radiocapitelar. Se retira férula al mes presentando mejoría en la extensión de los dedos. Tras la retirada de la aguja, a los 2 meses postoperatorios, presenta flexión 120º, extensión -35º, pronación 10º, supinación completa y franca mejoría de la clínica radial. Recibe tratamiento fisioterápico tras lo cual desarrolla franca mejoría. Estas lesiones pueden progresar a una luxación crónica de cabeza de radio cuando hay un retraso en el diagnóstico o un tratamiento incorrecto de la lesión, considerándose como crónica aquellas de más de 4 semanas de evolución. La interpretación de las radiografías de un esqueleto inmaduro son todo un reto debido a la presencia de núcleos de osificación secundarios en el codo, lo que puede entorpecer el diagnóstico. La lesión nerviosa que más frecuente es la neuroapraxia del nervio interóseo posterior que suele recuperarse lentamente tras la reducción anatómica de la cabeza radial. Los tratamientos quirúrgicos de las lesiones crónicas son diversos siendo la opción terapéutica preferida la reducción abierta con reconstrucción del ligamiento anular junto a osteotomía del cúbito según la incurvación viciosa de éste.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 287**

TÍTULO: **OSTEOSÍNTESIS CON PLACA SOBRE PLACA EN EL TERCIO DISTAL DE LA CLAVÍCULA. UNA SOLUCIÓN PARA FRACTURAS PERI-IMPLANTE.**

AUTORES: **Novoa Buitrago, A.T. / Ayllón Barranco, R. / Navarrete Jiménez, J.D.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

La epidemia de fracturas periprotésicas, periclavo y peri placas es una realidad. Con una población cada vez más envejecida y a la vez más activa, nos enfrentamos a diario con estas desafiantes fracturas, siendo especialmente difíciles cuando la fractura inicial no ha consolidado. Se recurre frecuentemente a métodos "artesanales" de fijación estando ya descrita por algunos autores la fijación interna con placa sobre placa previa, haciendo coincidir algunos de los orificios para fijar con un mismo tornillo las dos placas al hueso. En el tercio distal de la clavícula, los buenos resultados funcionales con la placa gancho permiten su uso en fracturas de esa región constituyendo una alternativa válida de tratamiento.

OBJETIVOS:

Exponer un caso de fractura peri-implante en el tercio distal de la clavícula tratado mediante una técnica de osteosíntesis con placa LCP sobre placa gancho.

MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente de 27 años de edad con antecedentes de fractura del tercio medio de clavícula derecha desplazada tratada con reducción abierta y fijación con placa LCP superior. Tras un nuevo traumatismo 2 meses más tarde sufre fractura peri-implante en el tercio distal de la clavícula. Se decide dejar in situ la placa previa, retirando dos tornillos distales para colocar una placa gancho por debajo de la placa LCP, haciendo coincidir los orificios de los tornillos para fijar las dos placas. Se consiguió de esta forma tratar satisfactoriamente la nueva fractura respetando el montaje previo. El paciente ha presentado una evolución funcional favorable sin molestias asociadas al material de osteosíntesis.

DISCUSIÓN:

Las fracturas peri-implante constituyen un gran desafío terapéutico principalmente en hueso osteoporótico y cuando la fractura inicialmente tratada aún no está curada. Existen pocos informes de casos en la bibliografía que hablen específicamente sobre su tratamiento. La posibilidad de combinar la nueva osteosíntesis con la previa ayuda a respetar el proceso de consolidación y minimizar el daño tisular, siendo recomendable usar placas de la misma fabricación ya que sus contornos y formas serán más fácilmente adaptables, evitando una interfaz hueso-placa predisponente a fracturas por estrés y al desarrollo de metalosis.

CONCLUSIONES:

La osteosíntesis con placa LCP sobre placa gancho es un método muy útil en el tratamiento de fracturas peri-implante de la extremidad acromial de la clavícula, que permite respetar el proceso de consolidación de la fractura inicial y dar una fijación óptima a la nueva fractura. A través de un proceso adecuado de moldeado, haciendo coincidir los agujeros y fijando el gancho al espacio subacromial, la combinación de placa gancho y placa LCP superior de clavícula ha sido efectiva para resolver este desafiante caso.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 288**

TÍTULO: **INESTABILIDAD CRÓNICA EN ARTICULACIÓN DE LISFRANC. RELEVANCIA DE LAS PRUEBAS EN CARGA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

AUTORES: **Bravo Aguilera, C. Martínez Ortega, M. / Muñoz Lopez, R.C.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba**

INTRODUCCIÓN:

El pie se ha desarrollado evolutivamente para soportar el peso del cuerpo y permitir la marcha. Para ello, además del componente óseo, es fundamental el componente dinámico que dan las estructuras musculares y capsuloligamentosas. Por ello, la estructura del pie presentará una morfología distinta durante el apoyo a la que tendría el pie sin carga.

OBJETIVOS:

Mostrar la importancia de las pruebas de imagen en carga para el diagnóstico y posterior tratamiento en la inestabilidad a nivel del mediopie.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de un paciente que sufrió una luxación de Lisfranc. Dicha lesión pasó desapercibida en un primer momento con las radiografías habituales en descarga que se realizan en urgencias. Dada la ausencia de mejoría tras meses de evolución, fue derivada a nuestro servicio. En la exploración y las radiografías en carga, se objetiva la inestabilidad a dicho nivel, acompañada de signos degenerativos dado el largo tiempo de evolución.

RESULTADOS:

Dada la inestabilidad y dolor a la deambulación que presentaba, así como los signos degenerativos a nivel del mediopié, fue sometida a una artrodesis de los tres primeros radios con resultados satisfactorios.

CONCLUSIONES:

La morfología del pie varía durante el apoyo. Esto hace imprescindible que para evaluarlo correctamente sea imprescindible realizar radiografías que simulen dicha carga, poniendo así de manifiesto lesiones que de otra forma podrían pasar desapercibidas, dando lugar a dolor crónico e inestabilidad.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 289**

TÍTULO: **AMPUTACION INFRACONDILEA DE AMBOS MMII CON RECONSTRUCCION DEL MUÑON IZQUIERDO CON COLGAJO DE GASTRONECMIOS EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO.**

AUTORES: **Fernández Velázquez, A. / Tara Abad C. / Sánchez Cervantes, F.J.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

Los métodos para salvar extremidades catastróficas o amputadas están en la mayoría de los casos contraindicados en el politraumatizado porque aumentan la sobrecarga sistémica inflamatoria; no obstante el desbridamiento quirúrgico extenso es el factor más importante a la hora de manejar este tipo de lesiones, ya que disponemos de técnicas de microcirugía de colgajos musculo-cutáneos regionales y libres para cubrir el defecto, lo que ha supuesto un gran avance en el manejo de estas lesiones.

OBJETIVOS:

El objetivo es presentar un paciente al que se le realiza una amputación bilateral infracondilea (en dos tiempos) con reconstrucción del muñón izquierdo con colgajo de gastrocnemios tras ser atropellado mientras montaba en bicicleta.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 39 años que ingresa por críticos (se activa código trauma) tras accidente de tráfico (atropello cuando montaba en bicicleta, es triatleta) con pseudoamputación de MID a nivel del 1/3 medio de diáfisis tibial derecha y fractura abierta grado III-B en más de 5 fragmentos de tibia izquierda. Tras monitorización y estabilización hemodinámica, se procede a exploración directa en quirófano de ambos MMII. Quirófano urgencias: se procede a amputación infracondilea de MID debido a la no viabilidad del mismo. Reducción abierta y FFEE y cura de heridas. La arteriografía de MII objetiva eje femoro poplíteo sano, a nivel distal tibial anterior se pierde después del cayado, pero peronea y tibial posterior rellenan sin defectos hasta pie y se evidencia arcada posterior. Hospitalización durante un mes que requiere desbridamiento quirúrgico en 4 ocasiones de escara necrótica en MII. Se realiza sesión multidisciplinar junto con el paciente y se decide amputación infrancondilea de MII. Dado el mal estado de partes blandas para el cierre de muñón se diseña un colgajo musculocutáneo de gastrocnemios e injertos libres de piel.

RESULTADOS:

El paciente es incluido en el protocolo de amputados para protetizar MID. Tras buena evolución de colgajo en MII y cura de úlcera, se procede a protetización de MII. Actualmente el paciente deambula con ambas prótesis y ayuda de dos bastones.

CONCLUSIONES:

La tendencia de uso de fijadores externos y desbridamientos quirúrgicos progamados como tratamiento de miembros catastróficos nos puede llevar a una serie de complicaciones sistémicas (incluso la muerte) y una extremidad sin funcionalidad, por lo que la amputación junto con la microcirugía para el diseño de colgajos libres y posterior protetización, resulta en la mayoría de las ocasiones la mejor opción de tratamiento en estos casos, obteniendo de esta forma un miembro funcional y , en muchas ocasiones, salvando la vida del paciente.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 290**

TÍTULO: **LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO POST-TRAUMÁTICA ASOCIADA A FRACTURA TIPO I DE IDEBERG.**

AUTORES: **Rodríguez Murillo, Y. / Barranco Fernández, M.B. / Zarzuela Jiménez, C.**

CENTRO: **Hospital de Baza**

INTRODUCCIÓN:

Paciente de 76 años con los siguientes AP: HTA, Obesidad, PTC Izquierda que tras caída de baja energía acude a Urgencias con la siguiente exploración; dolor, limitación funcional a la movilización activa y deformidad en hombro izquierdo, siendo la exploración neurológica y vascular distal normal. En las pruebas de imagen presenta luxación anterior glenohumeral izquierda por lo que se procede a la reducción cerrada y colocación de cabestrillo, se comprueba en imágenes de control su reducción . A la mañana siguiente acude de nuevo a Urgencias por notarse que se le ha vuelto a luxar sin nuevo episodio de traumatismo, se procede de nuevo a reducción cerrada apreciándose una muy marcada inestabilidad anterior de hombro, se solicita TAC para estudio de posible fractura en cavidad glenoidea ya que en rx no se aprecia TAC informa de fractura tipo IA de Ideberg a nivel de cavidad glenoidea, (fractura de Bankart).

TRATAMIENTO:

A las 48 horas se procede a la cirugía realizándose un abordaje deltopectoral con apertura del subescapular y de la cápsula articular apreciándose fractura del reborde glenoideo anteroinferior, fragmento osteocartilaginoso triangular, se colocan 2 arpones Mitek 1 en foco y otro en reborde anterior y se sutura con plicatura capsular llevando fragmento osteocartilaginoso a su posición. Se realiza sutura y plicatura del subescapular .Se deja paciente inmovilizada con cabestrillo se comienza RHB a las 3 semanas. Actualmente tras 15 meses desde la cirugía la paciente no ha vuelto a sufrir episodio de luxación y presenta un rango de movilidad activa acorde para las actividades diarias de la paciente sin dolor a la realización de las mismas.

DISCUSIÓN:

Las fracturas de escápula son raras suponen el 1% de todas las fracturas y el 5% de las fracturas del hombro siendo las de glenoides un 10% bastantes menos con respecto a cuerpo y espina que suponen el 50%, el tipo de fractura que nos ocupa el tipo IA de Ideberg supone una avulsión del margen anterior y por lo que general no requieren de cirugía pero en el caso que sean inestables , más de 10 mm de desplazamiento y/o más del 25% de superficie glenoidea afectada precisan de cirugía .En el caso que nos ocupa no sólo es poco habitual encontrar fractura asociada de cavidad glenoidea en un proceso de luxación anterior de hombro en un paciente de 76 años sino que además el fragmento era de mala calidad por la osteoporosis propia de su edad y tenía conminución como se puede apreciar en las imágenes del TAC. A pesar de éstos últimos condicionantes intrínsecos de la paciente la evolución ha sido muy favorable.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 291**

TÍTULO: **FRACTURA PATOLÓGICA DE HÚMERO DISTAL.**

AUTORES: **Martínez Calzón, A. / Alonso Figaredo, J. / Herrero Cabeza, J.**

CENTRO: **Hospital de Jarrio**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas patológicas tanto de huesos largos como articulares pueden constituir un reto para el traumatólogo en su tratamiento. La calidad de vida del paciente, su estado funcional, la expectativa de vida y la comorbilidad en el momento del diagnóstico son factores que pueden jugar a favor o en contra de un tratamiento adecuado.

OBJETIVOS:

Individualizar cada caso en función de la zona anatómica comprometida, la demanda funcional y comorbilidades del paciente.

MÉTODOS:

Presentamos el caso de una mujer de 58 años, con antecedentes de cáncer de mama en estadío IV, en fase de reactivación de la enfermedad. Presenta asimismo un linfedema crónico en MSD iatrogénico tras vaciamiento axilar. Acude a urgencias, remitida de la consulta de oncología, por dolor e impotencia funcional en codo derecho. En estudio radiográfico, se observa una fractura patológica de húmero distal, con gran destrucción articular. Tras discusión con la paciente de las opciones terapéuticas y expectativas, se opta por tratamiento conservador mediante la técnica de “saco de huesos”, con tratamiento rehabilitador precoz.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se observa una consolidación y remodelación de la fractura a los dos meses de la misma en posición aceptable, con discreta pérdida de extensión del codo tras completar el tratamiento rehabilitador.

CONCLUSIONES:

En nuestro caso, la gran destrucción de la paleta humeral y la corta edad de la paciente, nos hubiesen llevado a plantear un tratamiento mediante artroplastia de codo. El hecho de encontrarse la paciente en tratamiento quimioterápico por reactivación de su enfermedad, así como el linfedema crónico mal tolerado del miembro y la negativa de la paciente a una nueva cirugía, inclinaron la balanza hacia el tratamiento conservador definitivo. Es importante, individualizar al máximo el tratamiento, más aún en este tipo de paciente, de cara a evitar un ensañamiento terapéutico. El trabajo multidisciplinar, en este caso con oncólogos y rehabilitadores, fue la clave del tratamiento satisfactorio.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 292**

TÍTULO: **FRACTURAS COMPLEJAS PERIIMPLANTE TRATADAS MEDIANTE TECNICA MIPO FEMORAL.**

AUTORES: **Zarzuela Jiménez, C. / Cañada Oya, H. / Manzano Sánchez, V.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas periimplantes, ya sean adyacentes a clavos intramedulares, clavos placa, prótesis de rodilla y cadera y combinadas en algunos casos continuan siendo un reto a dia de hoy en nuestra especialidad. La retirada del material previo en los casos de osteosíntesis, a la síntesis de la fractura o la cirugia abierta con placas atornilladas y cables suele constituir a dia de hoy la alternativa mas utilizada.

MÉTODOS:

Presentamos varios casos de fracturas por debajo de dhs, en los que no se realizo la retirada del implante, realizandose una osteosíntesis biologica con tecnica mipo femoral usando la placa liss larga, realizandose de forma percutanea el atornillado proximal de la placa superando proximalmente el DHS, por la zona mas posterior al mismo para evitar una zona de fragilidad que pudiera provocar una fractura entre el final del DHS y el inicio del atornillado de la placa LISS. Se presenta tambien el caso de un enfermo con prótesis de rodilla que sufre fractura de cadera sintetizada con enclavado intramedular y que posteriormente sufre una fractura diafisaria de ese miembro entre los dos implantes. Se realiza osteosíntesis con placa extralarga LISS femoral, sin la retirada del enclavado, realizandose un atornillado distal a traves de la prótesis de rodilla y un atornillado proximal hasta trocanter menor aprovechando la poca esponjosa y cortical que dejaba libre el clavo. No menos espectacular es el caso de una refractura periprotesica de cadera de vastago largo, con implante estable a la que se realiza osteosíntesis a cielo cerrado con placa puente femoral con atornillado a la cortical posterior de la zona mas proximal, salvando el vastago femoral y los cables previos y obteniendo un implante estable con consolidación de la fractura en menos de seis semanas.

EVOLUCIÓON:

Todos nuestros casos han consolidado.

DISCUSIÓN:

Aunque sabemos que en los casos descritos tanto la retirada del material de osteosíntesis y la cirugia a cielo abierto nos podrian proporcionar un mejor lecho para el implante y la reduccion de las fracturas, la mejor agresión a las partes blandas, evitar cirugias de retiradas de material que en ocasiones son muy agresivas y sobre todo, el uso de la osteosíntesis biologica, creemos que este tipo de cirugia es una opcion valida para este tipo de fracturas.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 293**

TÍTULO: **SARCOMA GRANULOCITICO (CLOROMA): MANIFESTACIONES MÚSCULO-ESQUELITICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Pascual Oliver, I. / Ruiz-Rico Gómez, J. / Cárdenas Grande, E.**

CENTRO: **Hospital Torrecardenas (Almería)**

INTRODUCCIÓN:

El sarcoma granulocítico o cloroma está constituido por depósitos extramedulares de células mieloides. Generalmente se detecta en pacientes ya diagnosticados de leucemia mieloide (aguda o crónica).

OBJETIVOS:

Describimos un caso de sarcoma granulocitico en paciente no leucémico y el tratamiento realizado. En nuestra experiencia no se había presentado ningún caso similar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente 72 años ingresado por dolor e induración en cara anterior de muslo derecho de aparición espontánea 9 días antes mientras dormía. A la exploración presenta signos de infección. Afebril. Sin traumatismo previo. Anatomia patologica: Anemia normocítica. Patrón normal. Radiografías: Se aprecia aumento de partes blandas sin afectación ósea. RMN: posible absceso/colección intramuscular entre recto femoral y vasto intermedio. Se realiza estudio de extensión por parte de Medicina Interna. Dados los síntomas compresivos y la ausencia de mejoría con terapia antiinflamatoria y antibióticos intravenosos, se decide intervención quirúrgica para filiar su naturaleza. El cultivo de muestra intraoperatoria resultó positivo para S. Aureus y al examen microscopico se observó celularidad mieloide inmadura. El paciente durante el ingreso presentó neutropenia. Tras biopsia medular se diagnostica como cloroma medular sin blastosis. Se derivó a Oncología radioterapica para valorar radioterapia ambulatoria. Dos meses tras el alta ingresa de nuevo por clínica similar. Se somete entonces a lavado y drenaje quirúrgico de la colección. Tras ello, inicia tratamiento radioterápico, encontrándose en la actualidad asintomático y bajo seguimiento por Oncología radioterápica

DISCUSIÓN:

Raramente los cloromas son diagnosticados en ausencia de enfermedad en sangre periférica o médula ósea, y de ahí que con frecuencia sean mal confundidos con otros tumores. Se han descrito en piel, orbita, columna, aparato digestivo y menos frecuente en tejidos blandos. Es más frecuente en población infantil. En el aparato locomotor, la localización más frecuente es a nivel óseo. No hay descrito ningún caso en que haya afectación muscular sin manifestación leucémica previa. No hay publicaciones acerca de la importancia y/o consecuencia de la resección quirúrgica de esta enfermedad.

CONCLUSIONES:

Los casos de sarcoma granulocítico sin manifestación leucémica y localizado en tejido musculoesquelético son escasos y es de utilidad exponer la clínica, el descubrimiento diagnóstico y las opciones terapéuticas para un correcto manejo.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 294**

TÍTULO: **COMPONENTE INTRAPELVICO FEMORAL EXTRAVIADO MAS FALSA VIA FEMORAL EN ARTROPLASTIA DE CADERA.**

AUTORES: **Cañada Oya, H. / Pérez Fernandez, P. / Hernandez García, S.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

La artroplastia de cadera es el procedimiento quirúrgico de más alto índice de éxito en nuestra especialidad acercándose al 90% de resultados excelentes. No obstante aunque se trata de un procedimiento quirúrgico relativamente sencillo no está exento de complicaciones importantes.

OBJETIVOS:

Presentamos el caso clínico de un varón de 71 años de edad sometido a cirugía electiva de artroplastia total de cadera izquierda. Durante la cirugía, en el proceso de reducción de la prótesis con el componente femoral de la cabeza de prueba se produce la pérdida de la misma entre los planos musculares siendo imposible su recuperación manual.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Descubrimos además la realización de una falsa vía femoral durante la introducción del vástago femoral. Ante tal situación, decidimos de retirar el vástago y dejar al enfermo en Girldstone y programar una segunda cirugía. Se deja al enfermo en tracción blanda y sometido a un tac de control para evaluación de la situación. Las imágenes del Tac tridimensional no dejan indiferente a nadie. En un segundo tiempo quirúrgico y con la colaboración del servicio de cirugía general se procede a la implantación de la artroplastia total cementada ampliando la vía de abordaje femoral, y la realización de un abordaje retroperitoneal por donde se extrae la cabeza femoral.

RESULTADOS:

En la actualidad, el paciente presenta una dismetría de más de 3 cm y aunque está sin dolor y satisfecho con la cirugía, Presenta una eventración de la pared abdominal que precisará tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES:

Son muchas las complicaciones que se pueden presentar durante la cirugía de artroplastia total de cadera. Las complicaciones más usuales intraoperatorias son la malposición de los componentes, la falsa vía femoral, fracturas cotiloideas y femorales, etc... Creemos que lo excepcional del caso es de interés general y sobre todo nos sirva para no subestimar y ser especialmente metódicos en cada uno de los pasos de la artroplastia total de cadera.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 295**

TÍTULO: **TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LUXACION GLENOHUMERAL ANTERIOR INVETERADA CON INSUFICIENCIA DEL MANGUITO ROTADOR.**

AUTORES: **Martínez de la Torre, M.Á. / Godino Izqueirdo, M.**

CENTRO: **Hospital Costa Del Sol, Marbella (Málaga)**

INTRODUCCIÓN:

Presentamos un caso de tratamiento artroscópico de una inestabilidad glenohumeral anterior en paciente anciana con rotura masiva del manguito rotador.

CASO CLÍNICO:

Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin. Vestibulum consectetur orci tellus, at posuere purus pulvinar vel

PROCEDIMIENTO:

Se intervino quirúrgicamente bajo anestesia general observando gran inestabilidad de articulación glenohumeral con enganche anterior (Hill-Sachs “off-track”) de la cabeza humeral. Mediante artroscopia, se repara la lesión de Bankart con sutura apoyada en tres implantes de titanio, la de Hill-Sachs con técnica de remplissage apoyada también en sutura con implante de titanio y la rotura masiva del manguito con sutura en doble hilera. Es alta al segundo día postquirúrgico, inmovilizada con cabestrillo y con restricción para la movilización activa y pasiva.

RESULTADO:

Se revisa en consultas externas cada dos semanas con buena evolución. A las seis semanas, se retira el cabestrillo y se inicia la rehabilitación con fisioterapia pasiva inicialmente y movilización activa posterior. A las 12 semanas, la paciente no tiene dolor y presenta un balance articular muy aceptable, con abducción activa de 120°, antepulsión de 150° y rotación externa hasta nuca con codo adelantado.

CONCLUSIONES:

El manguito rotador actúa como estabilizador dinámico de la articulación glenohumeral. Su rotura se encuentra presente hasta en el 80% de los casos de luxación en pacientes mayores de 60 años. Diagnosticarla con RMN resulta imprescindible para plantear el tratamiento definitivo y conseguir buenos resultados funcionales. Existen diversos métodos de tratamiento para los casos de inestabilidad glenohumeral anterior. Frente a la cirugía abierta, el tratamiento artroscópico implica ventajas como menor tasa de infección, pérdida sanguínea o estancia hospitalaria. Su éxito radicará en el diagnóstico y tratamiento de todas las lesiones existentes.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 298**

TÍTULO: **GANGLIÓN VOLAR MULTILOBULADO SOBRE ARTERIA RADIAL: UN PATRÓN INUSUAL.**

AUTORES: **Zarzuela Jiménez, C. / Rodríguez Murillo, Y. / Cañada Oya, H.**

CENTRO: **Hospital General Básico de Baza, Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

Los gangliones de la cara volar de la muñeca suponen aproximadamente el 30% de todos los quistes sinoviales. Habitualmente se encuentran en la vecindad de la arteria radial o del tendón del flexor radial del carpo, y su origen suele ser la articulación trapecio-escafoidea, aunque también puede ser la trapecio-metacarpiana, o menos frecuentemente, la radio-carpiana.

MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 38 años con tumoración en cara palmar de muñeca derecha de 8 meses de evolución de aparición insidiosa y progresivamente creciente que provoca molestias a la movilización de la muñeca y que aumenta con la dorsiflexión de la misma. Se comprueba la competencia de arterias radial y cubital mediante el test de Allen. Se realiza ecografía, que confirma la naturaleza quística de la lesión y su relación con la arteria radial, así como resonancia nuclear magnética, que informa de que el diagnóstico más probable es el de quiste sinovial. Al realizar la exéresis por vía palmar, se encuentra una lesión quística polilobulada alrededor de la arteria radial que prácticamente engloba a la misma, y que se extiende proximal y distalmente, así como hacia el flexor carpi radialis. Tras ampliar el abordaje, se referencia la arteria radial a nivel proximal y se realiza una cuidadosa disección de los tejidos para separar los distintos lóbulos del ganglión de la arteria, comprobando que parte de la pared del ganglion se confunde con la capa más externa de la arteria, y el origen del mismo parece ser la articulación radio-carpiana.

EVOLUCIÓN:

La evolución postoperatoria fue favorable, con recuperación de la función y sin evidencia alguna de daño arterial. El examen anatomo-patológico confirmó la naturaleza de la lesión: quiste sinovial.

DISCUSIÓN:

A pesar de que el quiste sinovial es una de las patologías que más frecuentes abordamos los cirujanos ortopédicos, los gangliones de la cara volar de la muñeca no resultan tan frecuentes, y a veces nos podemos encontrar en quirófano con patrones de esta lesión que resultan francamente inusuales y que debemos igualmente resolver, para lo cual es esencial haber realizado una correcta exploración, haber realizado las pruebas complementarias pertinentes y conocer perfectamente la anatomía de la zona de la lesión.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 300**

TÍTULO: **FRACTURA BILATERAL SINCRÓNICA PERTROCANTÉREA DE AMBAS CADERAS Y SU MANEJO EN UN TIEMPO.**

AUTORES: **Fenero Delgado, B.T. / Méndez Scherg, N. / Prada Chamorro, E.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de cadera ocurren generalmente en pacientes con osteoporosis u osteomalacia y son una patología muy común en el paciente anciano. Sin embargo, la fractura bilateral y simultánea es infrecuente y existen pocas publicaciones al respecto.

OBJETIVOS:

Explicar la cirugía en un mismo tiempo de ambas fracturas, mediante reducción de las fracturas en mesa de tracción y el implante de dos clavos endomedulares tipo PFNA (proximal femoral nail antirotation).

MÉTODOS:

Mujer de 85 años con antecedentes de hipertensión, diabetes, asma bronquial y anemia ferropénica, con caída desde propia altura, que presenta dolor e impotencia funcional y rotación externa en ambos miembros inferiores. En la radiografía de urgencias se aprecia fractura bilateral pertrocantérea de ambos fémures, la cual se interviene al cabo de dos días. La cirugía se realizó bajo anestesia general y se intervino en primer lugar la cadera izquierda, ya que es la que en la radiografía preoperatoria presentaba un trazo más vertical que el contralateral.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En el postoperatorio inmediato precisó seguimiento conjunto por parte de medicina interna, debido a anemización postquirúrgica que no requirió trasfusión y a clínica de íleo paralítico, resolviéndose con tratamiento médico con procinéticos y sonda nasogástrica, que prolongó el ingreso hasta los 10 días. La paciente realizó vida cama-sillón hasta el primer mes postoperatorio, tras el cual se autorizó carga parcial con ayuda de andador.

CONCLUSIONES:

Pese a la complejidad de la fractura debido a la bilateralidad, la metodología es similar en los casos de fractura unilateral. Tal y como respalda la bibliografía publicada, una fijación precoz y en un solo tiempo quirúrgico de ambas fracturas, así como una movilización temprana del paciente, son determinantes en su supervivencia.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 301**

TÍTULO: **ROTURA DEL ESPACIADOR DE CEMENTO EN INFECCIÓN PRECOZ DE ARTROPLASTIA PARCIAL DE CADERA Y SU RESOLUCIÓN CON CLAVO T2 CEMENTADO.**

AUTORES: **Fenero Delgado, B.T. / Méndez Scherg, N. / Hierro Cañas, F.J. / Rabadán Márquez, G.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío**

INTRODUCCIÓN:

La infección de prótesis de cadera es un reto para el traumatólogo, sobre todo en aquellos casos en los que la artroplastia se realiza por fractura, ya que suele ocurrir en pacientes añosos y pluripatológicos.

OBJETIVOS:

Exponer las complicaciones y resolución de un cirugía muy prevalente realizada en los servicios de traumatología y que puede ser difícil manejo.

MÉTODOS:

Mujer de 80 años, con hipertensión arterial, sustitución valvular aórtica, bypass coronario y anticoagulada con sintrom por fibrilación auricular. Ingresa por fractura subcapital de fémur derecho. Realizamos artroplastia parcial que tras buena evolución es dada de alta, sin incidencias. Retorna a los 10 días por supuración por herida quirúrgica. Se realiza una segunda intervención y se recambian cabeza y cúpula, tras lavado abundante y toma de muestras. Debido a la mala evolución, requiere una tercera intervención quirúrgica 15 días después, en la que se extraen la prótesis y la mayor parte del cemento, siendo imposible la eliminación del tapón distal por fractura intraoperatoria metafisoepifisaria. Colocamos un espaciador de cemento con gentamicina, vancomicina y meropenem y dos cerclajes. Pese a una radiografía postoperatoria en la que no se evidencia movilización de los implantes, al cabo de dos días se aprecia en planta dolor y malrotación de la pierna derecha tras una movilización durante la higiene en cama. En la nueva radiografía, observamos una rotura del vástago del espaciador. En la cuarta cirugía, en la cual ya no se hallan signos de infección, se retira el espaciador y se implanta un clavo endomedular T2 cementado y cuatro cerclajes.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El postoperatorio fue tórpido, con bastante patología intercurrente que requirió el seguimiento conjunto por parte de medicina interna y enfermedades infecciosas. En los cultivos se aislaron E. Coli y C.perfringens y la antibioterapia se realizó con amoxicilina-clavulánico 2g/8horas IV. Tras dos meses de hospitalización, la paciente pudo ser derivada a domicilio con seguimiento en régimen de hospitalización domiciliaria. Tras 5 meses la paciente requiere ayuda para las actividades básicas de la vida y diaria y tolera la sedestación, aunque no la deambulación. El tratamiento definitivo de la fractura mediante un clavo T2 tuvo que ser elegido debido a la patología concomitante de la paciente, ya que requería una solución definitiva tras la rotura del espaciador.

CONCLUSIONES:

Las fracturas subcapitales de cadera son una de las fracturas más frecuentes en el campo de la traumatología, pero no por ello dejan de suponer un reto para el cirujano, sobre todo teniendo en cuenta que las infecciones de prótesis han sufrido un incremento notable en los últimos años. Su tratamiento continúa siendo discutido, pero la reintervención para lavado quirúrgico y recambio del material es casi siempre un pilar fundamental en el tratamiento de este tipo de complicaciones.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 302**

TÍTULO: **SÍNDROME COMPARTIMENTAL ANTEBRAZO. UN CASO ATÍPICO.**

AUTORES: **Cañada Oya, H. / Domínguez Luque, M. / Rodríguez Ferri, A.**

CENTRO: **Hospital General Básico de Baza, Complejo Hospitalario de Jaén**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome compartimental es una entidad grave, causada por multitud de etiologías, casi relegada a zonas anatómicas con dos huesos y membrana interósea, en la que el diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz son prínceps para salvar la función del miembro.

MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 26 años de edad, que tras quedar atrapado su antebrazo en una cinta transportadora acude al servicio de urgencias con dolor incoercible y deformidad del antebrazo izquierdo. Las rx no evidencian fracturas. Existe un dolor que es progresivo desorbitado, con parestesias, impotencia funcional absoluta de la mano y antebrazo de consistencia pétrea. Ante la firme convicción clínica de un proceso compartimental de rápida evolución el enfermo es llevado a quirófano para la realización de una amplia fasciotomía. Durante la intervención quirúrgica donde se realiza un abordaje tipo Henry desde la muñeca hasta la zona distal del brazo, se evidencian hallazgos intraoperatorios sorprendentes. La musculatura del plano superficial, cubital anterior, supinador largo, y ambos palmares de encuentran íntegros y con buen aspecto. Se observa un desgarro masivo, espectacular, que afecta selectivamente a la musculatura flexora superficial y profunda de los dedos. Las imágenes que se presentan no dejan indiferente a nadie. Se procede por tanto a la limpieza masiva y exéresis de la masa flexora tanto superficial como profunda de los dedos. Cierre de la piel por aproximación con técnica de shoe laces.

EVOLUCIÓN:

La evolución del antebrazo y la herida fue favorable, sin presentar signos de infección ni necrosis. La función flexora de los dedos quedó gravemente limitada.

DISCUSIÓN:

La ausencia de fractura y la ausencia de un síndrome de aplastamiento hacen pensar que el mecanismo que desecadenó la rotura masiva y selectiva de la musculatura flexora de los dedos, sin afectar a la musculatura flexora de la muñeca, fue un mecanismo de contrarresistencia en extensión de los dedos. Consideramos de especial interés este caso fundamentalmente no sólo por lo espectacular de las imágenes sino también por lo excepcional y selectivo del mecanismo de producción de la lesión.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 303**

TÍTULO: **LUXACIÓN CODO ASOCIADA A FRACTURA DEL CÓNDILO LATERAL: UNA RARA ENTIDAD PEDIÁTRICA.**

AUTORES: **Gormáz Talavera, I. / Martínez Medina, R.I. / Ramírez Roldán, A.**

CENTRO: **Hospital Materno Infantil (HRU Málaga)**

INTRODUCCIÓN:

Las luxaciones de codo y las fracturas del cóndilo lateral son relativamente frecuentes en la población pediátrica, no es así la asociación de ambas, siendo en cambio, más frecuente la asociación con las fracturas del epicóndilo medial.

MÉTODOS:

Presentamos el caso de un niño de 8 años que acude a urgencias por dolor e impotencia funcional en codo izquierdo tras traumatismo directo al caer de un árbol. A la exploración presenta gran tumefacción, deformidad ósea, dolor espontáneo y a la movilización. El estado neurovascular distal estaba conservado. En la radiografía se observa una luxación de codo posteromedial con fractura desplazada de cóndilo lateral. Se decide, por tanto, pasar a quirófano para reducción cerrada de la luxación bajo anestesia general. En la manipulación se observa gran inestabilidad articular sin conseguirse reducción de la fractura por lo que se procede a una reducción abierta anatómica con estabilización con dos agujas Kirschner. Se coloca una férula braquial tras comprobar estabilidad a la movilidad pasiva y al varo-valgo. A las 4 semanas se retira la inmovilización y las dos agujas, tras constatar la consolidación de la fractura. Tras tratamiento fisioterápico domiciliario indicado en consulta y guiado por rehabilitación consigue, al cabo de 2 meses y medio postoperatorios, un rango articular sin dolor de -5º extensión y 120º de flexión. En niños, la asociación de luxación y fractura de cóndilo lateral es muy rara (se estima un 1'5% de las fracturas de cóndilo). Los estudios sobre estos casos concomitantes son muy escasos. En radiografías iniciales suelen demostrar una luxación posteromedial mediante un mecanismo de adducción forzada con el codo semiflexionado y la muñeca en extensión. Aunque la luxación de codo puede reducirse mediante manipulación cerrada en la gran mayoría de los casos, la fractura del cóndilo lateral requiere una reducción anatómica quirúrgica.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se ha observado que, aunque la recuperación del rango articular del codo es lenta, en la mayoría de los casos a largo plazo es completa. Este retraso se ha atribuido al traumatismo de alta energía asociado a esta lesión que origina además un gran daño en partes blandas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 304**

TÍTULO: ALOINJERTO Y FIJACIÓN EXTERNA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO ÓSEO TRAS RESECCIÓN DE FIBROMA CONDROMIXOIDE.

AUTORES: Dussán Arango, D.M. / Del Fresno Molina, J.A. / Moreno Ramírez, F.J.

CENTRO: Hospital Universitario Reina Sofia de Córdoba

INTRODUCCIÓN:

Uno de los principales problemas en cirugía ortopédica es la reconstrucción de defectos óseos; posteriores a la resección en bloque de tumores óseos benignos agresivos o malignos. Una reconstrucción ideal consigue recuperación biológica, estabilidad biomecánica adecuada con complicaciones mínimas.

OBJETIVOS:

Presentar el resultado clínico y radiológico de un paciente de 13 años diagnosticado de recidiva de fibroma condromixoide en tibia proximal izquierda tras tratamiento habitual, en el que se propone resección ósea en bloque y reconstrucción del defecto con aloinjerto asociado a fijación externa.

MÉTODOS:

paciente de 13 años con recidiva de fibroma condromixoide en tibia proximal, en el que se planifica resección en bloque en unión metafisodiafisaria de 6 cm; a una distancia de 1,3 cm de la fisis de la tuberosidad tibial anterior. Reconstrucción de defecto óseo con hemimetafisis tibial procedente de banco de tejidos, matriz ósea desmineralizada. Estabilizado con la colocación de fijador externo híbrido (X-Caliber Orthofix) con aro proximal distal a fisis tibial y tres agujas Kirschmer tensadas, cuerpo del fijador con tres pines recubiertos de hidroxiapatita en tercio medio distal de tibia y barra de apoyo en zona medial. Se realiza un seguimiento en consulta externa del paciente para valoración clínica (escala visual analógica de dolor, estado de piel, balance articular) y radiográfica (radiografías AP y lateral al mes, dos, cuatro, seis meses y al año).

RESULTADOS:

Clínico: EVA 0. Balance articular 0 – 140º. No infección. Radiográfico: consolidación en 3 de 4 corticales evidente. Sin recidiva de la enfermedad.

DISCUSIÓN:

Los métodos convencionales utilizados en la reconstrucción ósea incluyen injertos vascularizado de peroné, injertos frescos congelados, autoinjerto libre, sustitutos óseos, distracciones óseas, transportes óseos e implantes protésicos. Las desventajas de los injertos vascularizados son la dificultad de aplicación en todas las unidades médicas (cirujanos con experiencia y tiempo quirúrgico largo). Los aloinjertos congelados tienen éxito en la restauración de defectos se 6-10 cm, entre sus desventaja: transmisión de enfermedad, el riesgo de rechazo inmunológico, fracturas, infección, falta de unión, altos costos, la dificultad para obtener la longitud y cantidad. Para defectos mayores es útil la osteogénesis por distracción, usando el método de transporte óseo de Ilizarov. Permite la corrección de defectos de cualquier diámetro y longitud. Este es un tratamiento largo, con riesgo de infección, retraso de osificación y dolor de elongación.

CONCLUSIONES:

aunque los métodos de tratamiento de defectos óseos son diversos, la reconstrucción con aloinjerto y fijación externa es una técnica alternativa a tener en cuenta para tratar lesiones similares, de diferentes etiologías en tibia proximal.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 305**

TÍTULO: **RELACIÓN ENTRE ACORTAMIENTO GEMELAR Y METATARSALGIA.**

AUTORES: **Prados Olleta, N. / Sánchez Aguilera, A.J. / Muñoz Aguilarte, V. / Contreras Anguita, F.J.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

Se denomina metatarsalgia al dolor localizado en la parte anterior del pie. La retracción de los músculos gastrocnemios provoca un equino que altera las fases de la marcha y que provoca una sobrecarga que puede desencadenar metatarsalgia.

OBJETIVOS:

Comprobar si pacientes con metatarsalgia de causa mecánica presentan una limitación de la flexión dorsal del pie y establecer si es una limitación secundaria a un acortamiento gemelar.

MÉTODOS:

Se trata de un estudio de casos y controles con dos grupos de 30 individuos en el que se miden la flexión plantar y dorsal activa y pasiva en descarga con rodilla en flexión y extensión y la flexión dorsal en carga con rodilla en flexión y extensión (figura 1). Se realizó la comparación de los resultados de los individuos de ambos grupos (test T de Student, figura 2), además de las medias obtenidas en flexión dorsal con rodilla extendida frente a rodilla flexionada y la comparación de frecuencias de acortamiento gemelar entre ambos grupos.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Encontramos diferencias significativas en la flexión dorsal activa y pasiva entre el grupo Pacientes y los sujetos sanos ($p<0.001$ y $p=0.039$) con la rodilla extendida. También existen diferencias significativas ($p<0.001$) entre la flexión dorsal con rodilla extendida y flexionada en el grupo Pacientes. Hallamos además mayor proporción de acortamiento gemelar en el grupo Pacientes. No existen diferencias significativas ($p>0.05$) en las mediciones entre pie doloroso y pie sano en los casos de metatarsalgia unilateral.

CONCLUSIONES:

A la vista de estos resultados podemos considerar que una menor flexión dorsal de tobillo, causada por un acortamiento gemelar favorecería la metatarsalgia, entre otros factores.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 306**

TÍTULO: **ARTRODESIS TIBIOTALOCALCÁNEA EN PACIENTE CON PIE PLANO-VALGO SECUELA DE MIELOMENINGOCELE.**

AUTORES: **Prados Olleta, N. / Quirante García, S. / Sánchez Aguilera, A.J.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

El pie plano-valgo como secuela de un mielomeningocele conlleva una pérdida de funcionalidad severa en los pacientes y son un reto terapéutico para el traumatólogo.

OBJETIVOS:

Mostrar el manejo quirúrgico mediante artrodesis de una deformidad severa en plano-valgo de un pie neurológico secuela de un mielomeningocele mediante la presentación de un caso clínico.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de un paciente varón de 20 años con un mielomeningocele a nivel de L4 con deformidad de ambos pies en plano-valgo (figura 1) que habían progresado hasta provocar un déficit funcional significativo que le imposibilitaba la marcha. Debido a la deformidad severa y a esta pérdida sustancial de calidad de vida se decide tratamiento quirúrgico y se realiza artrodesis tibiotalocalcánea con un clavo retrógrado del tobillo derecho (figura 2). La corrección es adecuada y la evolución es satisfactoria excepto por la aparición de una úlcera en el talón que requirió cobertura por Cirugía Plástica. En este momento el paciente mantiene la bipedestación y se encuentra iniciando la marcha con ortesis en los pies.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El mielomeningocele es un defecto del cierre de las crestas neurales durante la gestación que provoca que la médula espinal y los tejidos suprayacentes no queden contenidos por los elementos óseos posteriores de la columna vertebral. Esto puede causar déficits motores y sensitivos graves. El mielomeningocele es el defecto congénito graves más frecuente (aproximadamente 1/1000 nacidos vivos). Cuando se localiza a nivel de L4-L5 provoca deformidad de pies en plano-valgo. El tratamiento debe ser multidisciplinar. Para la marcha se requiere el uso de ortesis. En el tratamiento quirúrgico para conseguir un pie plantígrado no se suele indicar la artrodesis a fin de mantener la flexibilidad del pie y disminuir así el riesgo de úlceras por presión. Sin embargo, en este caso, a pesar del mal pronóstico esperado por la base neurológica de la patología del paciente, se decide realizar la artrodesis por la gran deformidad e impotencia funcional que existía.

CONCLUSIONES:

Los pies plano-valgos con sustrato neurológico consecuencia de un mielomeningocele ocasionan gran invalidez en el paciente y en los casos más severos puede estar indicada la artrodesis tibiotalocalcánea o similares.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 307**

TÍTULO: RESCATE DE PLASTIA DE LIGAMENTO COLATERAL CUBITAL DE CODO MEDIANTE INJERTO DE CADAVER EN PACIENTE CON EHLERS DANLOS

AUTORES: Castaño Jaramillo, J. / Torres Velasco, J.M. / Díaz Moreno, J.M.

CENTRO: Hospital Universitario Virgen Macarena

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Ehlers Danlos es uno de los más frecuentes que afectan al tejido conectivo. Las clasificaciones más recientes hablan de al menos 6 subtipos siendo el más común el tipo I, que afecta a piel, ojos y articulaciones a las que predispone a luxaciones.

OBJETIVOS:

Presentar el caso de una paciente diagnosticada de Ehlers Danlos, con inestabilidad posterolateral crónica de codo postraumática, tratada en segundo tiempo mediante plastia del ligamento colateral cubital con aloinjerto cadavérico y revisión bibliográfica sobre este tipo de pacientes.

MÉTODOS Y CASO:

Mujer de 38 años, que presenta con inestabilidad posterolateral, tras haber sido tratada mediante plastia autóloga del LCC en el contexto de una inestabilidad crónica postraumática. Presentaba un pívot test positivo con aprensión hasta a 50º de flexión desde extensión completa que interfería con actividades cotidianas. La paciente fue estudiada para enfermedades del tejido conectivo y diagnosticada de ED tipo I, tras lo cual se sometió a revisión de la plastia, que fue sustituida por aloinjerto de cadáver semitendinoso.Tres años tras la cirugía la paciente tiene un rango de movilidad hasta 30º de la extensión completa sin inestabilidad.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Ehlers Danlos tipo I es una enfermedad autosómica dominante provocada por una mutación del gen COL5 A1 implicado en la síntesis de colágeno V. Aunque está relacionado con laxitud articular y luxaciones recidivantes, la no traumática es rara, siendo más común la inestabilidad crónica postraumática por incompetencia del complejo capsuloligamentoso posterolateral. Diferentes técnicas han sido utilizadas, de refuerzo de la cápsula anterior para evitar la extensión, de tope óseo para evitar la extensión. Siendo la plastia ligamentosa del LCC la técnica que nos parecía apropiada, el uso de autoinjerto en el contexto de enfermedades del tejido conectivo como ED puede llevar al fracaso de la plastia, algo a tener en cuenta en la elección del injerto.

CONCLUSIONES:

Las enfermedades del tejido conectivo pueden avocar al fracaso de técnicas quirúrgicas que actúan sobre partes blandas y el injerto cadavérico representa una posible solución.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 308**

TÍTULO: **ARRANCAMIENTO DE ESPINAS TIBIALES EN NIÑA DE 8 AÑOS.**

AUTORES: **Castaño Jaramillo, J. / Castañeda. S. / Carrascal Aldana, G.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena**

INTRODUCCIÓN:

La fractura de espinas tibiales es infrecuente, incidencia de 3 en 100000. Se da en niños y adolescentes, al tener una osificación incompleta, siendo la espina vulnerable al arrancamiento ante una fuerza en rotación externa y valgo. Su tratamiento presenta el problema de posible daño a la fisis en este tipo de pacientes.

OBJETIVOS:

Valorar los resultados funcionales postquirúrgicos tras tratamiento artroscópico de fractura de espina tibial infantil.

MÉTODOS:

Presentar un caso tratado por técnica artroscópica mediante suturas no absorbibles a través de túneles paralelos y revisión de la literatura sobre la evidencia disponible.

CASO:

Niña de 8 años de edad, sin antecedentes personales de interés, acudió a urgencias con dolor y tumefacción en rodilla izquierda tras hiperextensión forzada en cama elástica. A la exploración presentaba derrame articular importante y en quirófano se objetivo un lachman y pivot shift positivo. Las radiografias mostraron fractura de espinas tibiales grado II-III de Meyers y Mckeever.

RESULTADOS:

Debido al grado de desplazamiento y clínica se decidió tratamiento quirúrgico. Se redujo la fractura mediante gancho palpador y se mantiene con guía de tibia de LCA realizándose a continuación dos perforaciones con pin atravesando el lecho de fractura, de modo que el punto de salida sea a cada lado de la base del LCA. Luego se realizan dos perforaciones con broca canulada de 4 mm. Con la ayuda de un Acupass se perfora la base del ligamento y se pasa uno de los cabos de sutura que se recupera luego a través de los tuneles. Se anuda y fija la sutura con la ayuda de un botón de LCA de arthrex.

DISCUSIÓN:

Aunque pueden tratarse estas fracturas mediante inmovilización en extensión, cada vez se tiende más al tratamiento quirúrgico sobre todo en fracturas desplazadas, ya que permite una mejor reducción, retirar restos interpuestos como el ligamento intermeniscal y evita inmovilizaciones prolongadas que son mal toleradas. Las técnicas artroscópicas reducen las complicaciones y tienen una mejor recuperación.

CONCLUSIONES:

La fijación mediante suturas permite una fijación segura incluso en fragmentos de poca entidad, evitando una segunda intervención para retirar el material.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 309**

TÍTULO: **MANEJO URGENTE DE LAS FRACTURA-LUXACIONES DEL ASTRÁGALO. CASO CLÍNICO.**

AUTORES: **Donaire Hoyas, D. / Ruiz García, S. / Martínez Espinosa, M.**

CENTRO: **Hospital Poniente, Almería**

INTRODUCCIÓN:

El astrágalo es el principal componente del complejo articular necesario para la marcha y la actividad deportiva, aunque las lesiones del tobillo son extremadamente frecuentes, la incidencia de lesiones del astrágalo es muy baja. El precario aporte arterial recibido en este hueso conlleva numerosas complicaciones con un alto riesgo de acabar en necrosis y/o artrosis.

OBJETIVOS:

Describir mediante un caso clínico el manejo y tratamiento de las fracturas-luxaciones de astrágalo, así como enfatizar en la necesidad de tratamiento urgente especializado.

MÉTODOS:

Paciente de 54 años que ingresa en urgencias después de una precipitación de una altura de 4 m. Se solicitan Rx simples y se aprecia fractura-luxación del cuerpo del astrágalo (tipo III de Hawkins). Posteriormente se realiza TAC urgente y pasa al quirófano antes de las 6 horas desde el ingreso. Se consigue realizar reducción cerrada mediante manipulación con tornillo de Schanz y fijación percutánea con dos tornillos canulados de 4mm. En el mismo quirófano se pone el fijador externo para inmovilizar y permitir la cura de partes blandas. Precisó múltiples cuidados de partes blandas por necrosis cutánea superficial de la zona medial. Posteriormente se permitió la carga parcial a partir del tercer mes y carga total a partir del 6º mes. Se hizo seguimiento ambulatorio con Rx de control y TAC de control a los 6 meses.

RESULTADOS:

A los ocho meses, el paciente presenta con una limitación de la movilidad de la articulación (30º flexión plantar-10º flexión dorsal) pero camina sin ayuda ortopédica y sin dolor. En las radiografías simples y en el TAC se objetiva una buena posición de los tornillos y consolidación de la parte inferior del astrágalo.

DISCUSIÓN:

La incidencia de lesiones traumáticas astragalinas oscila entre el 0,1% y el 0,85% de las fracturas en general y alrededor del 3% de fracturas de pie, siendo un 13% de tipo abiertas. La localización más frecuente sería de cuello (50%), seguida del cuerpo (40%) y cabeza (10%). Su frecuencia es mayor en varones entre 21 y 45 años en su mayoría secundarias a traumatismos de alta intensidad. El tratamiento y seguimiento postquirúrgico mediante pruebas de imagen es fundamental para valorar la presencia de lesiones osteocondrales, necrosis avascular y retraso en la consolidación, entre otras.

CONCLUSIONES:

Este tipo de lesiones son muy infrecuentes pero potencialmente muy graves. La evolución y las secuelas de estas fracturas dependen en gran medida del tiempo que pase hasta su estabilización, por lo que es fundamental realizar un abordaje quirúrgico urgente (antes de 6 horas).

COMUNICACIÓN **PÓSTER 310**

TÍTULO: **RESCATE DE PLASTIA AUTÓLOGA DE LIGAMENTO COLATERAL CUBITAL(LCC) DE CODO MEDIANTE INJERTO DE CADÁVER EN PACIENTE CON EHLERS DANLOS(ED).**

AUTORES: **Castaño Jaramillo, J. / Torres Velasco, J.M. / Díaz Moreno, J. M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Ehlers Danlos es uno de los más frecuentes que afectan al tejido conectivo. Las clasificaciones más recientes hablan de al menos 6 subtipos siendo el más común el tipo I, que afecta a piel, ojos y articulaciones a las que predispone a luxaciones.

OBJETIVOS:

Presentar el caso de una paciente diagnosticada de Ehlers Danlos, con inestabilidad posterolateral crónica de codo postraumática, tratada en segundo tiempo mediante plastia del ligamento colateral cubital con aloinjerto cadavérico y revisión bibliográfica sobre este tipo de pacientes.

MÉTODOS Y CASO:

Mujer de 38 años, que presenta con inestabilidad posterolateral, tras haber sido tratada mediante plastia autóloga del LCC en el contexto de una inestabilidad crónica postraumática. Presentaba un pívot test positivo con aprensión hasta a 50º de flexión desde extensión completa que interfería con actividades cotidianas. La paciente fue estudiada para enfermedades del tejido conectivo y diagnosticada de ED tipo I, tras lo cual se sometió a revisión de la plastia, que fue sustituida por aloinjerto de cadáver semitendinoso. Tres años tras la cirugía la paciente tiene un rango de movilidad hasta 30º de la extensión completa sin inestabilidad.

DISCUSIÓN:

Ehlers Danlos tipo I es una enfermedad autosómica dominante provocada por una mutación del gen COL5 A1 implicado en la síntesis de colágeno V. Aunque está relacionado con laxitud articular y luxaciones recidivantes, la no traumática es rara, siendo más común la inestabilidad crónica postraumática por incompetencia del complejo capsuloligamentoso posterolateral. Diferentes técnicas han sido utilizadas, de refuerzo de la cápsula anterior para evitar la extensión, de tope óseo para evitar la extensión. Siendo la plastia ligamentosa del LCC la técnica que nos parecía apropiada, el uso de autoinjerto en el contexto de enfermedades del tejido conectivo como ED puede llevar al fracaso de la plastia, algo a tener en cuenta en la elección del injerto.

CONCLUSIONES:

Las enfermedades del tejido conectivo pueden avocar al fracaso de técnicas quirúrgicas que actúan sobre partes blandas y el injerto cadavérico representa una posible solución.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 312**

TÍTULO: **LA AGENESIA DE RÓTULA. SERIE DE CASOS.**

AUTORES: **Ruiz García, S. / Gómez Palomo, J.M. / García Pérez, J.R. / Díaz Jiménez, M.**

CENTRO: **Hospital Poniente, Almería**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de nail-patella es una enfermedad hereditaria, con patrón autosómico dominante, que afecta tanto al tejido ectodérmico como al mesodérmico. No se conoce la frecuencia exacta de la enfermedad, pero se trata de una patología poco frecuente, con una incidencia registrada de 4.5 por cada 1.000.000 de nacimientos, siendo difícil el diagnóstico precoz. Las principales características clínicas son displasia ungueal en 80-98% de los casos, ausencia o hipoplasia de rótulas en 69-90%, cuernos ilíacos palpables, patognomónicos de esta entidad, limitación en la extensión del codo en 60-90% y nefropatía de distintos grados de severidad en el 30%.

OBJETIVOS:

El propósito de nuestro trabajo es la presentación de una serie de casos, en la que se incluyen pacientes con diagnóstico de agenesia de rótula.

MÉTODOS:

Se presenta una serie de casos que incluye a 4 pacientes con diagnóstico de agenesia de rótula. Merece la pena destacar que los 4 pacientes son familiares directos, siendo dos de ellos hermanos en edad escolar, otro el padre de los niños, así como su tío. Como variables clínicas se recogieron: sexo, edad, lateralidad, dolor a nivel de las rodillas afectas (EVA), rango de movilidad pasiva y activa, fuerza en aparato extensor (escala Daniels), escala de valoración funcional (WOMAC), presencia de displasia ungueal, anomalías a nivel de la pelvis y codos, así como alteración renal u oftalmológica. Como variable radiológica se recogió el grado de hipoplasia/agenesia a nivel de la rótula, así como la presencia de lesiones degenerativas a nivel de las rodillas afectadas.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El abordaje de la agenesia bilateral de rótula implica una atención multidisciplinar. Desde el punto de vista de la cirugía ortopédica, los pacientes no suelen presentar alteraciones clínicas hasta la cuarta década de la vida, momento en que podría apreciarse dolor y limitación de origen femoropatelar, entre otras manifestaciones. No hemos de olvidar que estos pacientes requieren revisiones periódicas de la función renal, fondo de ojo y estudio auditivo, entre otras.

CONCLUSIONES:

El síndrome uña-rótula es infrecuente y puede pasar desapercibido, en primer lugar porque en la infancia el núcleo de osificación de la rótula no aparece hasta los 3 años, y en segundo lugar, porque es una patología que no suele ser incapacitante, en la que los pacientes pueden hacer vida normal sin ver alterada su actividad laboral. Este hecho podría repercutir en un futuro en otros sistemas del organismo, como el renal o la función ocular. Resulta de vital importancia un diagnóstico precoz y una atención multidisciplinar.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 313**

TÍTULO: **TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE FRACTURA DE ESPINA TIBIAL CON SISTEMA DE SUTURA DE ALTA RESISTENCIA.**

AUTORES: **Sánchez Martos, M. / Torres, J.A. / Revuelta, J.**

CENTRO: **Hospital de Valme (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de espina tibial son una lesión infrecuente: 3 por cada 100.000 habitantes. Suelen acontecer en pacientes de edad infantil y adolescentes siendo más raro que suceda en pacientes adultos. Según la Clasificación de Meyers y McKeever aquellas fracturas desplazadas (tipo III y IV) requieren de una fijación ya que conlleva una inestabilidad por una disfunción del ligamento cruzado anterior. No existe un consenso en el tratamiento de este tipo de fractura, actualmente se prefiere el tratamiento por vía artroscópica aunque no existe un sistema de fijación que se haya revelado como gold standart. Presentamos el caso de una fractura de espina tibial tratada por vía artroscópica con reanclaje y fijación con sistema de sutura de alta resistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 32 años que acude a nuestro Hospital tras accidente de motocicleta refiriendo dolor e impotencia funcional en rodilla derecha. Tras estudio radiográfico se diagnostica de fractura de espina tibial anterior tipo III de Meyers que se confirma en TC. Se realiza intervención quirúrgica con abordaje artroscópico en el que se visualiza fractura de espina tibial con avulsión del ligamento cruzado anterior. Usando guía tibial de ligamentoplastia de LCA se reduce fractura y se fija con sistema de sutura no absorbible de alta resistencia ZipTight ®. La evolución fue favorable comenzando a las 4 semanas un protocolo de rehabilitación con carga precoz a las 6 semanas y a los 3 meses se apreció consolidación completa de la fractura. Tras 18 meses de seguimiento el paciente se encuentra asintomático con balance articular completo y realizando una actividad física similar a la realizada previamente a la lesión.

DISCUSIÓN:

La avulsión de espina tibial es una lesión rara en los adultos y requiere una correcta reducción para la adecuada función del ligamento cruzado anterior. Clásicamente esta lesión requería de un abordaje abierto pero en los últimos años se realiza la reducción y la fijación por vía artroscópica. Se han descrito técnicas de fijación con osteosíntesis, sistemas de sutura no reabsorbible y reabsorbible. El abordaje artroscópico tiene ventajas respecto al abierto ya que existe una menor morbilidad al ser una técnica mínimamente invasiva, la inspección de la fractura es factible y se puede realizar una correcta extracción de tejido interpuesto. La venta de usar sistemas de sutura para la fijación respecto a la osteosíntesis artroscópica es el ahorro de una segunda intervención en caso de retirada del material. En conclusión se describe un método para el tratamiento de una fractura de espina tibial que es reproducible logrando una fijación segura y una movilización precoz de la rodilla.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 314**

TÍTULO: **EL ESCAFOIDES ACCESORIO. SERIE DE CASOS.**

AUTORES: **Ruiz García, S. / García Pérez, J.R. / Gómez Palomo, J.M. / Díaz Jiménez, M.**

CENTRO: **Hospital Poniente, El Ejido, Almería**

INTRODUCCIÓN:

El escafoides o navicular accesorio está presente en el 10% de la población. Suele ser bilateral, siendo más frecuente en el sexo femenino. En la adolescencia se fusiona al escafoides pero puede persistir separado del mismo en un 2% de la población. El navicular accesorio se sitúa medial a la tuberosidad del escafoides. Cuando se realizan radiografías se puede apreciar la variante no fusionada que constituye el escafoides accesorio propiamente dicho o bien un escafoides en el que el centro accesorio se ha unido al no accesorio, dando como resultado un hueso más prominente en su zona medial que recibe el nombre de escafoides cornupeto.

OBJETIVOS:

El propósito de nuestro trabajo es presentar una serie de casos que incluye a 3 pacientes con diagnóstico de escafoides accesorio.

MÉTODOS:

Se lleva a cabo un análisis retrospectivo de 3 pacientes con diagnóstico de escafoides accesorio, recogiendo como variables: sexo, edad, lateralidad, antecedentes, dolor (EVA), rango de movilidad pasiva y activa, escala de valoración funcional (American Foot & Ankle Score), tratamiento realizado, así como situación clínica y radiológica actual.

RESULTADOS:

En las 3 pacientes la clínica predominante es dolor en la cara interna de ambos pies. La severidad del dolor es diferente en las 3 pacientes. En una de las pacientes, el tratamiento realizado es una pauta de antiinflamatorios e inmovilización en la fase aguda, seguido de infiltraciones con corticoides, pues el dolor es leve y no limita la actividad diaria. En las otras dos pacientes, el carácter limitante del dolor, la irritación en la prominencia ósea medial, así como la tendinitis a nivel del tibial posterior, motivan la realización de un tratamiento quirúrgico. Tras un seguimiento de 12 meses tras la cirugía, se evidencia una evolución muy satisfactoria en lo que respecta dolor, tensión a nivel del tibial posterior, así como en síntomas irritativos. En la paciente tratada de forma conservadora, persisten leves molestias que no limitan la realización de las actividades de la vida diaria.

CONCLUSIONES:

El escafoides accesorio suele ser asintomático. Ante la presencia de clínica sugerente sería necesario un estudio radiológico convencional del pie, así como la realización de una TC, que hace posible un diagnóstico diferencial. La clínica es el factor determinante en la indicación de tratamiento, teniendo en cuenta que, el tratamiento quirúrgico debería estar reservado para aquellos pacientes sin evolución satisfactoria con el tratamiento conservador.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 315**

TÍTULO: **AVULSIÓN DE LA ESPINA ILÍACA ANTERO INFERIOR.**

AUTORES: **Ruiz García, S. / Martínez Espinosa, M. / Donaire Hoyas, D.**

CENTRO: **Hospital Poniente, El Ejido, Almería**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas por avulsión o arrancamiento de las espinas iliacas se consideran lesiones estables del anillo pélvico. Son lesiones con buen pronóstico. Estas fracturas ocurren por un desequilibrio entre la fuerza de tracción del músculo o tendón, y la resistencia del cartílago apofisario donde se insertan, siendo verdaderos autotraumatismos. Son observadas generalmente en adolescentes, edad en la que comienza el proceso de osificación de los centros apofisarios de la pelvis.

OBJETIVOS:

El propósito de nuestro trabajo es demostrar la importancia que tiene diagnosticar este tipo de lesiones infrecuentes a través de la clínica y con estudios radiológicos que incluyan proyecciones antero-posterior y axial de pelvis.

MÉTODOS:

Estudiamos el caso de un varón de 14 años, que jugando al fútbol presenta dolor agudo en la región inguinal derecha. A la exploración observamos una rotación externa y acortamiento de la extremidad inferior derecha, dificultad para la deambulación y limitación para la flexión de la cadera. Presenta buen estado general, sin otros datos de interés. Se solicitan radiografías antero-posterior y axial de la pelvis lo que nos da el diagnóstico de avulsión de espina ilíaca antero inferior. El tratamiento agudo consiste en analgesia, carga parcial con muletas durante dos semanas y reposo deportivo relativo con vuelta a la actividad deportiva al mes.

RESULTADOS:

Dos meses tras la lesión, el paciente presenta una buena evolución, realiza vida normal con actividad deportiva controlada, sin molestias. Se lleva a cabo un estudio radiológico de control para valorar la evolución de la avulsión y tras el mismo se le indica la reincorporación a la actividad deportiva a las dos semanas de forma progresiva.

CONCLUSIONES:

La avulsión de la espina ilíaca antero-inferior es infrecuente entre adolescentes y puede pasar desapercibida con facilidad, de ahí la importancia que ante una historia clínica de sospecha de dicha patología se realicen las pruebas adecuadas para establecer correctamente el diagnóstico.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 316**

TÍTULO: **LUXACIÓN POSTERIOR ABIERTA DE CODO.**

AUTORES: **Martínez Espinosa, M. (1) / Ruiz García, S.(2) / Fuentes Álvarez, A(3)**

CENTRO: **(1,2) M.I.R. COT; (3) F.E.A. COT**
Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Poniente (Almería)

INTRODUCCIÓN:

La luxación del codo es la segunda luxación en frecuencia de las grandes articulaciones, tras la del hombro, y representa el 10% de los traumatismos del codo. Suele aparecer en pacientes jóvenes, menores de 30 años, como consecuencia de accidentes deportivos (a edades más tardías, por encima de los 50 años, se produce por caídas), con una relación hombre-mujer 2-1. Existen formas asociadas a fracturas o complicaciones que condicionan su manejo y seguimiento. La mayoría de las luxaciones son debidas a fuerzas indirectas por caídas sobre la extremidad con el codo en extensión. Aparece dolor, impotencia funcional y pérdida de los puntos anatómicos de referencia en el codo.

OBJETIVOS:

El propósito de nuestro trabajo, es presentar un caso infrecuente, sobre una luxación posterior de codo abierta asociada a fractura diafisaria de radio sin afectación del paquete neurovascular en un niño de 9 años. Y destacar lo importante de una rápida actuación en estos casos.

MÉTODOS:

Se trata de un paciente de 9 años que tras caída desde propia altura y con extensión del brazo se produce la luxación posterior del codo abierto con fractura diafisaria de radio. El paciente es llevado a quirófano de urgencia donde se explora el paquete neurovascular, se reduce la luxación y se cierra la herida, con posterior inmovilización con férula braquio-antebraquial en90[.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Ante un paciente que acude con esta lesión, el proceder debe ser urgente. En primer lugar, son necesarias dos proyecciones radiológicas (AP y LAT), y limpieza profusa de la herida con exploración en quirófano del paquete neurovascular, posterior reducción y cierre de la herida. Es importante comprobar pulsos distales tras su reducción. Si además va acompañado de fractura diafisaria de radio sin desplazamiento, como es el caso, hay que inmovilizar el miembro en 90 º desde la raíz de los dedos hasta el tercio proximal de húmero.

CONCLUSIONES:

La articulación del codo es una de las articulaciones más estables y constreñidas del organismo. A pesar de ello las luxaciones del codo son las segundas en frecuencia tras las del hombro. Una consideración a tener en cuenta es la lesión del paquete neurovascular, la más frecuente es la de los nervios cubital y mediano, por lo que es preciso explorar la sensibilidad y movilidad de la mano. La afectación más frecuente es de los vasos humerales. Es preciso tomar siempre el pulso radial. El objetivo del tratamiento pasa por una reducción inmediata, y posterior movilización precoz y control de posible infección.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 317**

TÍTULO: **LUXACIÓN ANTERIOR DE CADERA EN UN ADOLESCENTE.**

AUTORES: **Martínez Espinosa, M. (1) / Ruiz García, S. (2) / García Pérez, J.R. (3)**

CENTRO: **(1,2) M.I.R. COT; (3) F.E.A. COT**
Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Poniente (Almería)

INTRODUCCIÓN:

La luxación anterior traumática de cadera en niños, es una patología poco frecuente(10– 15%) se debe principalmente a accidentes de tráfico y deportivos, proporción 4:1 con respecto a mujeres. Se recomienda un tratamiento precoz, de forma atraumática y bajo anestesia general.

OBJETIVOS:

Destacar la importancia y urgencia del tratamiento ante una lesión de esta magnitud y su seguimiento para realizar el diagnóstico precoz de secuelas tan importantes como la Necrosis Avascular.

MÉTODOS:

El trabajo recogido describe un niño de 14 años que sufre una caída desde el caballo, con manifestaciones clínicas de dolor, impotencia funcional y miembro derecho en rotación externa con acortamiento y pulsos conservados. En el estudio radiográfico se aprecia luxación anterior de cadera derecha sin signos de fractura. Se procede a la reducción cerrada bajo sedación en quirófano. Maniobra de tracción al cenit contra resistencia comprobando la posterior estabilidad de la cadera en todos los planos.. Tras lo cual se mantiene tracción blanda 3 kg durante dos semanas, más 6 semanas en descarga con movilidad pasiva y posteriores radiografías seriadas junto con tratamiento rehabilitador para recuperar masa muscular.

RESULTADOS:

Tras 5 meses de seguimiento, se aprecia una completa recuperación de la funcionalidad de la cadera, sin presencia de dolor. Presenta buena movilidad con recuperación de masa muscular tras tratamiento rehabilitador. La exploración radiológica es anodina. Actualmente sigue controles radiológicos cada 6 meses.

CONCLUSIONES:

La consecuencia mas importante y con mayor secuela tras sufrir una luxación de cadera es la Necrosis Avascular variando su incidencia de entre 0 a 43%. Factores importantes en la evolución posterior son: la severidad del trauma inicial, la edad del paciente, el tiempo de retraso en la reducción y el periodo de tiempo de descarga en el momento postreducción. Parece necesario un periodo de descarga para permitir la desinflamación y cicatrización de las partes blandas asociadas de hasta 3 semanas. Queda por aclarar la necesidad de las pruebas como la gamma grafía ósea y la resonancia magnética para la detección precoz de la NACF. Cuando la evolución posterior es correcta y la reducción ha sido fácil parece suficiente el control con radiografías simples.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 318**

TÍTULO: **ESCLERODERMIA ASOCIADA A PARTÍCULAS DE DESGASTE METÁLICAS EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA, A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Sánchez Cervantes, F. / Zamora Navas, P. / Fernández Velázquez, A. / Luna González, F.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

Las reacciones adversas a partículas metálicas de desgaste constituyen una rara pero importante complicación de las Artroplastias Totales de Cadera (ATC) con pares de fricción metal-metal. En la mayoría de los casos suelen dar lugar a fallos de artroplastia; en ocasiones los iones metálicos liberados pasan al torrente sanguíneo dando lugar a manifestaciones sistémicas. Presentamos un caso de esclerodermia asociado a ATC previa bilateral.

CASO CLÍNICO:

Varón de 52 años, con antecedentes de ATC bilateral de resuperficialización por coxartrosis (Izquierda en 2007 y Derecha en 2012)). Desde junio de 2013 presenta incapacidad funcional y dolor en las cuatro extremidades, siendo diagnosticado en mayo de 2014 de Esclerodermia sin afectación visceral. En febrero de 2015 acude a consulta de Unidad de Cadera refiriendo coxalgia derecha desde la cirugía. La cadera izquierda no presenta dolor ni lo ha presentado en ningún momento. Los cuestionarios de valoración muestran afectación en relación al dolor, función de la cadera derecha, y estado general de salud del paciente. No se aprecian signos clínicos, radiológicos, ni analíticos evidentes de artritis séptica. Analítica seriada de iones metálicos: Julio 2014: Cr 3.35µg, Co 2.34µg. Octubre 2014: Cr 7.70µg, Co 3.60µg.

INTERVENCIÓN:

Recambio ATC con par de fricción metal-polietileno.

RESULTADOS:

Dos meses después de la intervención mejoría subjetiva de su proceso, con cuestionarios de valoración mejorados, y concentraciones séricas de iones en descenso.

DISCUSIÓN:

Las reacciones adversas a partículas metálicas de desgaste constituyen una rara pero importante complicación de las ATC con pares de fricción metal-metal. Se caracterizan por la liberación de partículas metálicas, e iones solubles metálicos ligados a proteínas plasmáticas que dan lugar a fenómenos locales bien documentados. En la literatura científica también encontramos ejemplos sobre los efectos sistémicos de estos iones solubles liberados al torrente sanguíneo, como la activación sistémica de fenómenos inflamatorios, la toxicidad miocárdica, tiroidea, hematológica, neurológica, y hepática; especulándose incluso con su capacidad genotóxica y carcinogénica. Hipotetizamos que existe una relación causal entre las altas concentraciones de iones solubles y la esclerodermia desarrollada por este paciente. Esto es debido a que parece plausible biológicamente y a que apreciamos una secuencia temporal entre las elevadas concentraciones séricas de metales tras la ATC y el posterior desarrollo del fenómeno cutáneo, así como, la mejoría del mismo acompañando al descenso de estos iones tras la revisión protésica.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 319**

TÍTULO: **SINDROME COMPARTIMENTAL TRAS OSTEOMIELITIS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO.**

AUTORES: **Such Sánchez, J.L. / Martínez Martín, J. / Gallegos Rodríguez, L.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

La osteomielitis hematógena es un proceso infeccioso del hueso y de todos sus componentes. En edades infantiles la mayoría se producen de manera hematógena en las zonas fisarias de los huesos largos, a pesar de que puede producirse en cualquier hueso, por lesiones penetrantes, cirugía o por contigüidad. La clínica incluye fiebre, inflamación, dolor óseo, enrojecimiento y actitud de defensa sobre el miembro afecto. La etiología mas frecuente es bacteriana siendo las mas habituales Staphylococcus Aureus y Streptococcus Pneumoniae. El tratamiento se basa en antibioterapia durante 4 semanas y seguimiento de parámetros analíticos inflamatorios.

MÉTODOS:

Presentamos un varón de 13 años con glucogenosis tipo IB que acude a urgencias por dolor en la muñeca izquierda de dos semanas de evolución tras traumatismo con dolor e impotencia funcional. En la exploración física se aprecia una actitud defensiva de la muñeca, con limitación de la flexoextensión y dolor a la palpación radio distal. En la radiografía simple de muñeca no se aprecia ninguna lesión evidente tras lo que se le colocó una férula posterior de antebrazo. Al acudir a revisión tras dos semanas se aprecia una lesión osetolitica en metafisis radial distal con clínica de contractura isquémica de Volkmann. Tras el ingreso el tratamiento fue completar el estudio con analítica, gammagrafía, RMN y TC. Se decidió intervenir de urgencia por clínica de síndrome compartimental para desbridar foco infeccioso y toma de muestras y se instauró un tratamiento antibiótico empírico hasta resultado microbiologico.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El paciente mejoró su estado general, pero se produjo una placa necrótica sobre la zona de la incisión que precisó cobertura mediante injerto. Tras mejorar su clínica se siguió en consulta consiguiendo una recuperación completa sin secuelas.

CONCLUSIONES:

La osteomielitis hematógena es relativamente frecuente en pacientes en edad escolar que debe tenerse en cuenta cuando existe clínica de fiebre, dolor localizado, enrojecimiento y tumefacción. El diagnostico diferencial comprende tumores, traumatismos y síndrome compartimental entre otros. El diagnostico se centra en la sospecha clínica, el estudio microbiológico y el estudio de imagen. El tratamiento antibiótico se realiza de manera empírica hasta el resultado microbilogico. El retraso en el tratamiento puede llevar a lesiones irreparables en las fisis de crecimiento, septicemia e incluso muerte.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 320**

TÍTULO: **FRACTURA PATOLÓGICA BILATERAL DE CADERA POR TUMORES PARDOS.**

AUTORES: **Fernández Marín, M.R. / Moreno Domínguez, R. / Prada Chamorro, E. / Rabadán Márquez, G. / Hernández García, L.P.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla**

ANAMNESIS:

Paciente de 64 años. Antecedentes de diabetes mellitus gestacional e hiperparatiroidismo primario por adenoma paratiroideo en tratamiento. Acude a urgencias tras caída casual, presentando dolor e impotencia funcional en ambas caderas. Dada de alta con diagnóstico de contusión, remitiéndose a consultas de revisión en traumatólogo de zona por la importante clínica dolorosa.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Vista por nuestro servicio en consultas: presenta dolor importante e impotencia funcional en ambas caderas. Miembros inferiores en actitud de rotación externa bilateralmente, sin clínica vasculonerviosa asociada. Se solicita radiografía urgente por sospecha de fractura, diagnosticándose finalmente de fractura subcapital de fémur bilateral, con probable etiología patológica dados los antecedentes de hiperparatiroidismo primario. Es enviada de nuevo a urgencias para tratamiento definitivo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Radiografía: fractura subcapital de caderas. TAC: se aprecian lesiones de aspecto lítico.

DIAGNÓSTICO:

Fractura subcapital de cadera bilateral de etiología patológica. TAC pelvis: se objetivan lesiones osteolíticas múltiples en sacro, ilíacos y una en cotilo derecho que penetra en la articulación, muchas de ellas con comportamiento agresivo y de cáracter multicéntrico, además de sendas fracturassobre lesiones previas de las mismas características a nivel subcapital en ambos fémures. Como más probable diagnóstico, dados los antecdentes y valoración clínica y analítica, tumor pardo múltiple por hiperparatiroidismo.

TRATAMIENTO:

Tras estabilización clínica de la paciente que presentó descompensación de su estado general por hipercalcemia severa, se realiza: Cadera izquierda: se aprecia lesión lítica cavitada a nivel de trocánter menor. Se realiza artroplastia total de cadera izquierda con cementación del vástago. Cadera derecha: se aprecia defecto cavitario a nivel de techo de acetábulo con comunicación intraarticular que se desbrida y rellena con autoinjerto óseo de ambas cabezas femorales. Artroplastia total de cadera con cotilo fijado mediantes un tornillo a columna posterior y vástago cementado. Se tomaron muestras intraoperatorias de las lesiones líticas que se enviaron estudio anatomopatológico.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 320**

TÍTULO: **FRACTURA PATOLÓGICA BILATERAL DE CADERA POR TUMORES PARDOS.**

AUTORES: **Fernández Marín, M.R. / Moreno Domínguez, R. / Prada Chamorro, E. / Rabadán Márquez, G. / Hernández García, L.P.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla**

EVOLUCIÓN:

Presenta una muy buena evolución en planta, sin nuevas descompensaciones. Los resultados de la biopsia confirmaron la presencia de tumores pardos. En seguimiento por Endocrinología, finalmente se realiza paratiroidectomía dadas las complicaciones asociadas al adenoma existente. La paciente presentó una buena recuperación tras la intervención, con marcha indolora y autónoma.

DISCUSIÓN:

Los tumores pardos del hipertiroidismo primario son una entidad infrecuente, encontrándose en menos del 2% de estos pacientes. Se trata de un tumor benigno, consecuencia del exceso de función paratiroidea. En el hiperparatiroidismo, el exceso de hormona paratiroidea en sangre destruye la armonía entre la función de osteoblastos y osteoclastos por medio de la activación de estos últimos. Esto implica la generación de un tejido aberrante fibroso que intenta rellenar las lesiones producidas en el hueso. La presentación clínica de estos tumores es muy variada, depende de la localización y tamaño de las lesiones. Asimismo, su aspecto radiológico e histológico es muy poco específico. No es difícil, por tanto, que pasen desapercibidas o que no se les dé la importancia que realmente presentan. Para concluir con un diagnóstico certero es preciso aunar criterios clínicos, radiológicos, analíticos y poseer de una muestra de biopsia compatible. En cuanto al tratamiento de estas lesiones, la paratiroidectomía se ha revelado como una opción efectiva. Tras la realización de la misma se ha demostrado que lo tumores pardos presentan una evolución benigna y una recuperación rápida y significativa de la densidad ósea y capacidad de curación del hueso. No obstante, hay ocasiones en que los traumatólogos debemos actuar antes: la presencia de lesiones que entrañen alto riesgo de fractura – fácilmente evaluables según los Criterios de Mirels- o, tristemente, la aparición una fractura patológica; hacen precisa nuestra participación para estabilización y fijación de las mismas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 321**

TÍTULO: **INJERTO TENDINOSO DE DELGADO PLANTAR PARA EL TRATAMIENTO DE ROTURA IRREPARABLE DE TENDÓN FLEXOR DE LA MANO.**

AUTORES: **Martínez Espinosa, M. (1) / Aranda De La Torre, J.B. (2) / Medina León, N. (3)**

CENTRO: **(1,2) M.I.R. COT; (3) F.E.A. COT**
Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Poniente (Almería)

INTRODUCCIÓN:

Con la lesión de los tendones flexores de la mano, la función global, se ve significativamente alterada. El tratamiento precoz es esencial y por ello se ha de buscar conseguir una sutura sólida, además de permitir un correcto deslizamiento, que otorgue una restauración funcional plenamente satisfactoria. La cicatrización tendinosa, pasa por diferentes fases, siendo el periodo más débil, el comprendido entre los primeros 14 días, momento en el cual hay mayor riesgo de poder sufrir recidivas en la lesión, precisando cirugías secundarias para su reparación.

OBJETIVOS:

Mediante este trabajo, queremos mostrar los resultados del uso del injerto de músculo delgado plantar en un caso de rotura recidivante e irreparable de tendón flexor de la mano.

MÉTODOS:

Paciente de 46 años que sufrió hace meses sección del flexor superficial del 4º dedo de la mano izquierda y que fue reintervenida en dos ocasiones por fallo en la sutura. Se decide la realización de plastia tendinosa debido a la separación, el precario estado de los bordes tendinosos y la ausencia de palmar menor. Se plantea una cirugía en dos tiempos, llevando a cabo primero la reconstrucción de las poleas A2 y A4 y la colocación de tendón Spacer de silicona fijándolo al muñón distal. Y en un segundo tiempo, retirar varilla de silicona, realizar plastia con injerto de delgado plantar unido mediante pull-out a la falange distal del 4º dedo y sutura del mismo al cabo proximal del flexor superficial del 4º, mediante técnica pulvertaft.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras la intervención, la paciente, presenta una satisfactoria evolución de la herida quirúrgica en las primeras semanas, manteniendo inmovilización mediante férula de yeso y sistema Kleinert. A la 4ª semana se retira inmovilización, y es en la 6º cuando se quita el pull-out y se recomiendan ejercicios de movilidad articular en seguimiento por servicio de rehabilitación.

CONCLUSIONES:

La reparación de los tendones flexores de la mano, es vital para conseguir una restauración adecuada de la funcionalidad. A pesar de la realización del tratamiento correcto, no es infrecuente la aparición de complicaciones que pueden llevar a precisar la reintervención. Este caso, es un ejemplo de cómo la plastia con delgado plantar, puede ser una alternativa a tener en cuenta, en situaciones de rotura irreparable.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 322**

TÍTULO: **SECUELA DE FRACTURA DE FÉMUR EN PACIENTE INMIGRANTE: PSEUDOARTROSIS ATRÓFICA DE FÉMUR.**

AUTORES: **Medina León, N. (1) / Martínez Espinosa, M. (2) / Ruiz García, S. (3)**

CENTRO: **(1,2) M.I.R. COT; (3) F.E.A. COT**
Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Poniente (Almería)

INTRODUCCIÓN:

En nuestra área tratamos un número elevado de pacientes inmigrantes, alguno de los cuales, presentan secuelas de fracturas por tratamiento inadecuado en su país de origen. Presentamos el caso de una pseudoartrosis (PSA) de fémur de 4 años de evolución. Este proceso se define como la no consolidación de una fractura tras 6 meses de evolución. Existen dos tipos: hipertrófica y atrófica. Esta secuela se debe tratar quirúrgicamente para restituir la funcionalidad del paciente. Nuestro objetivo es mostrar el tratamiento de esta lesión, la cual es muy limitante, así como poner de manifiesto las secuelas de fracturas que tratamos en nuestro Hospital.

OBJETIVOS:

El propósito del estudio es conseguir una corrección lo más anatómica posible de esta secuela, que le permita al paciente llevar una vida normal y mejorar su calidad de vida.

MÉTODOS:

Mujer de 65 años natural de Guinea Bisau sin AP de interés y residente en España desde 2013. Acude a consultas por dolor e impotencia funcional en MII. Presentó fractura diafisaria de fémur hace 4 años no tratada en su país de origen. En la RX se observa PSA atrófica fémur . En 2015 se realiza tratamiento quirúrgico, reducción abierta con refrescado de bordes fractura y osteosíntesis con clavo intramedular . Se añade, dada la mala calidad ósea y para favorecer la consolidación ,como coadyuvante Forsteos (rhPTH1-34). Evolución satisfactoria con consolidación parcial , mejoría significativa del dolor y de la funcionalidad del MII (carga parcial con ayuda de bastón). Ante la falta de consolidación completa, se realiza cirugía de dinamización del clavo en 2016.

RESULTADOS:

Consolidación completa de la fractura, presentando callo óseo así como mejoría de la densidad ósea . La paciente camina sin ayudas para la marcha ni cojera y realiza sus actividades de la vida diaria sin limitación y sin dolor.

CONCLUSIONES:

Este caso pone de manifiesto que en nuestra área, tratamos paciente inmigrantes con secuelas de fracturas en su país de origen. El tratamiento de la PSA de fémur consiste en reducción de la fractura con refrescado de bordes y fijación. Optamos por enclavado endomedular con resultados satisfactorias para la paciente. Dada la mala calidad ósea de la paciente añadimos PTH 1-34 para mejorar la densidad ósea y favorecer la consolidación de la fractura.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 323**

TÍTULO: **SINOSTOSIS RADIOCUBITAL CONGÉNITA.**

AUTORES: **Pulido Albertus, F. / Robles Molina, J.J. / Corea Ruiz, T.**

CENTRO: **Hospital La Inmaculada - Huércal - Overa (Almería)**

INTRODUCCIÓN:

La sinostosis radiocubital congénita suele afectar a los extremos proximales del cúbito y radio, produciendo alteraciones en la movilidad del antebrazo. Es una patología difícil de tratar.

OBJETIVOS:

Se presenta un caso de un niño de 6 años con sinostosis radiocubital congénita intervenido en varias ocasiones realizándole unas osteotomías radial y cubital para la corrección de la sinostosis radiocubital congénita.

MÉTODOS:

La sinostosis radiocubital congénita suele afectar a los extremos proximales del radio y del cúbito, produciendo generalmente la fijación del antebrazo en pronación. Es más frecuente bilateral que unilateral. También es frecuente la disposición familiar, y la deformidad parece transmitirse por vía paterna. Se distinguen sobre todo dos tipos : en el primero, la cavidad medular del cúbito y del radio están unidas. El extremo proximal del radio está mal formado y fundido al cúbito en varios centímetros. El radio es más largo y ancho que el cúbito y su diáfisis se arquea en dirección anterior más de lo normal. En el segundo tipo el radio es prácticamente normal, pero su extremo proximal está luxado en dirección anterior o posterior y fundido a la diáfisis cubital proximal. La fusión no es tan extensa ni tan íntima como en el primer tipo. El segundo tipo con frecuencia es unilateral y que algunas veces también están presentes otras deformidades, como un pulgar supernumerario, la ausencia de pulgar o la sindactilia. La sinostosis radiocubital congénita es difícil de tratar. Las fascias son cortas y sus fibras tienen una dirección anormal, la membrana interósea es estrecha y los músculos supinadores pueden ser anormales o estar ausentes. Las alteraciones en el antebrazo pueden ser tan extensas que algunas veces no es posible la rotación, incluso después de que el radio y el cúbito se hayan separado y la membrana interósea se haya dividido en toda su longitud. La simple extirpación de la parte fusionada del radio nunca mejora la función. No es aconsejable realizar cualquier intervención con la esperanza de obtener la pronación y la supinación. Cualquier deformidad en pronación o supinación se debe corregir mediante osteotomía; el movimiento del hombro, especialmente con el codo extendido, compensa bien la deformidad en la mayoría de los niños. La osteotomía está indicada ocasionalmente en niños con hiperpronación bilateral. La técnica utilizada para la corrección de la sinostosis radiocubital congénita fue por medio de osteotomías percutáneas de cúbito y radio. Diez días después se manipula el antebrazo para conseguir una posición más funcional. No se usa ninguna fijación externa o interna. Se coloca un yeso en todo el brazo durante 6-8 semanas. Aunque el rango de movimiento no cambiaba de forma significativa, si se apreció que el arco de movimiento se hacía con la mano en una posición más funcional. Un tratamiento multidisciplinar entre traumatología, rehabilitación y fisioterapia conllevan una mejora en los resultados funcionales.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 323**

TÍTULO: **SINOSTOSIS RADIOCUBITAL CONGÉNITA.**

AUTORES: **Pulido Albertus, F. / Robles Molina, J.J. / Corea Ruiz, T.**

CENTRO: **Hospital La Inmaculada - Huércal - Overa (Almería)**

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Hoy en día el tratamiento más usado para esta patología es quirúrgico mediante osteotomías al cúbito y al radio. Las alteraciones en el antebrazo pueden ser tan extensas que algunas veces no es posible la rotación, incluso después de que el radio y el cúbito se hayan separado y la membrana interósea se haya dividido en toda su longitud. La simple extirpación de la parte fusionada del radio nunca mejora la función. No es aconsejable realizar cualquier intervención con la esperanza de obtener la pronación y la supinación. Cualquier deformidad en pronación o supinación se debe corregir mediante osteotomía; el movimiento del hombro, especialmente con el codo extendido, compensa bien la deformidad en la mayoría de los niños.

CONCLUSIONES:

La sinostosis radiocubital congénita es una patología difícil de tratar. El método más usado de tratamiento son las oteotomías percutáneas de cúbito y radio. La cirugía no ha ofrecido una mejora en la movilidad del antebrazo pero sí una mejora en el arco de movimiento. Se hacía con la mano en una posición más funcional. Una importante rehabilitación conlleva una mejora en los resultados funcionales.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 324**

TÍTULO: **FRACTURA ESPONTÁNEA DE CLAVÍCULA EN PACIENTE CON CARCINOMA EPIDERMOIDE DE ESÓFAGO.**

AUTORES: **Such Sánchez, J.L. / Iñigo Chaves, A.M. / Rojas Leandro, A.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

Las metástasis óseas son una manifestación común de diseminación de cánceres, especialmente el cáncer de pulmón, mama y próstata. El hueso es la tercera localización mas frecuente de metástasis, tras el pulmón y el hígado. Es el tumor no primario mas frecuente en hueso. La incidencia aumenta con la edad, siendo el esqueleto axial, las costillas y la cintura escapular y pélvica las localización más comunes. Las metástasis en regiones acras, distales a la rodilla y al codo, son menos frecuentes y tienen como origen probable la mama o el pulmón. La zona habitual de aparición es en hueso medular, siendo las de inicio en región cortical menos frecuentes. Según sus características, pueden ser de distribución focal o difusa, así como líticas, blásticas o mixtas. La clínica derivada de esta patología suele ser dolor, fracturas patológicas, hipercalcemia o compresión medular. En el carcinoma esofágico la aparición de metástasis más común suele ser linfática, hepáticas, pulmonares y pleurales.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Presentamos un paciente de 60 años ingresado en servicio de digestivo para estudio de disfagia progresiva y síndrome constitucional. En el estudio endoscópico se observa lesión esofágica mamelonada, friable al roce y estenosante. En el estudio anatomopatológico posterior se informa de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. El estudio de extensión mostró metástasis pulmonares y hepáticas deciciéndose tratamiento con quimioterapia paliativa. Durante su ingreso el paciente comienza con catarro de vías altas con tos sin expectoración. Tras un acceso de tos el paciente refiere dolor a nivel de clavícula derecha e impotencia funcional de brazo ipsilateral. Se realiza radiografía observando fractura de tercio medio de clavícula. Se amplió estudio con TC mostrando lesión osteolítica a nivel de tercio medio de clavícula derecha informándose como posible metástasis. Dada la mala evolución clínica del paciente se decide tratamiento conservador con cabestrillo y analgesia pautada.

DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN:

El carcinoma de esófago en estadio avanzados presenta habitualmente metástasis en estructura vecinas tales como ganglios linfáticos, pulmón, hígado o pleura. La diseminación de este tipo de cáncer suele ser linfática, siendo la vía hematógena una vía rara de diseminación. La metástasis ósea representa alrededor de un 8-9% de los casos. El diagnóstico en estos casos lo orientamos en la historia clínica y la exploración física apoyándonos en las pruebas de imagen para el diagnóstico final, individualizando el tratamiento en casa caso. En nuestro paciente se decidió tratamiento conservador dado el mal pronóstico a corto plazo.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 326**

TÍTULO: **ATRAPAMIENTO DEL NERVIO MEDIANO. SÍNDROME DEL PRONADOR REDONDO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Donaire Hoyas, D. (1) / Quintero López, C. (2) / Aranda De La Torre, J.B. (3)**

CENTRO: **(1,2) M.I.R. COT; (3) F.E.A. COT**
Hospital Poniente (Almería)

INTRODUCCIÓN:

El síndrome del pronador redondo (PR) se define como la compresión del nervio mediano a nivel del antebrazo. La clínica, sensitiva, con dolor en la cara anterior del antebrazo que aumenta con la actividad, parestesias en los 3 primeros dedos de la mano y no suelen presentar clínica nocturna, a diferencia del síndrome del túnel del carpo (STC). Se da sobre todo en mujeres, mayores de 40 años, con antecedentes de realización de movimientos de prono-supinación del antebrazo y flexión de los dedos. El atrapamiento del nervio se produce entre las dos cabezas del músculo pronador o a su paso por debajo del flexor superficial de los dedos, entre otros. Es fundamental realizar una historia clínica y exploración física detallada apoyado en estudios de imagen y la electromiografía, positiva sólo en el 25% de los casos.

MÉTODOS:

Paciente de 30 años, manufacturadora de profesión, que presenta desde hace meses dolor en zona anterior de codo derecho y adormecimiento de los 3 primeros dedos, tanto de día como de noche. A la exploración se observa tinel positivo, y disminución de fuerza a la pronación y flexión de la muñeca y a la oposición del primer dedo. El estudio electroneurográfico descarta compresión proximal del N mediano en el momento de la prueba. Tras 6 meses de tratamiento con terapias conservadoras sin resultados satisfactorios, se decide exploración y liberación quirúrgica del nervio mediano a lo largo de su recorrido en el antebrazo. Se realiza disección del antebrazo volar, siguiendo el abordaje de Henry para liberar el Nervio mediano en su recorrido. Como único hallazgos se observa una compresión de la fascia del pronador redondo, observando el nervio sin signos evidentes de compresión.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Notable reducción del dolor y las parestesias desde la primera semana tras la intervención. A los dos meses, la paciente no presenta signos ni síntomas neurológicos y se deriva a rehabilitación para continuar con su recuperación.

CONCLUSIONES:

El síndrome del PR se trata de una patología acompañada frecuentemente al STC, escasamente dignosticada, clínica incapacitante y mayoritariamente sensitiva, en su tratamiento es recomendable comenzar por medidas conservadoras recurriendo a la liberación quirúrgica en caso de no ser suficiente. El estudio electromiográfico no es de gran ayuda, siendo el diagnostico fundamentalmente clínico.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 328**

TÍTULO: **IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA TIPO BISAGRA PARA INESTABILIDAD SEVERA CONDICIONADA POR LESIÓN MEDULAR. CASO CLÍNICO.**

AUTORES: **Martínez Pardo, F. / Pérez Sánchez, A. / Hiniesta Martín, R.**

CENTRO: **Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

La inestabilidad es la causa más frecuente de fracaso de la protesis total de rodilla (PTR), suponiendo del 10 al 20 % de las cirugías de rescate. Muchos factores pueden desencadenar inestabilidad, siendo los principales el fallo o disbalance ligamentario, la malposición de los componentes, las enfermedades neuromusculares y la insuficiencia del aparato extensor.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de inestabilidad severa multiplanar de PTR, con valgo y recurvatum muy marcados, en el contexto de paciente con mielopatía cervical con tetraparesia que precisó intervención por neurocirugía. Dada la severidad de la inestabilidad se recurrió al rescate con prótesis de tipo bisagra.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 71 años que presenta gran dificultad para la marcha por perdida de fuerza progresiva de miembros inferiores e inestabilidad en recurvatum y valgo de rodilla derecha (portadora de PTR optetrak). Tras estudio complementario se diagnostica de mielopaitia cervical y es intervenida por neurocigugia (discectomía C5-C6 y C5-C7, más artrodesis con caja de Cespace Peek). La paciente presenta mejoría parcial de la fuerza, pero persistencia de la dificultad para deambulación por inestabilidad severa de rodilla derecha, que se constata por radiología convencional. Tras rescate con prótesis MRH tipo bisagra se consiguió estabilidad completa y muy buena movilidad (balance articular en flexo-extensión de 0-120º).

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Este es un caso claro de inestabilidad tras PTR que se ve agravada por lesión neurológica. Las prótesis tipo bisagra consiguen solucionar inestabilidades graves o multiplanares como en este caso.

CONCLUSIONES:

La inestabilidad en recurvatum es poco frecuente (0'5-1% de las PTR), siendo la debilidad cuadricipital y las enfermedades neuromusculares, unas de las principales causas. En estos casos también se va adquiriendo deformidad en valgo. Las enfermedades neurológicas son un factor de riesgo importante para desarrollar inestabilidad tras PTR. Es importante descartarlas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 329**

TÍTULO: **FRACTURA-LUXACIÓN DE EXTREMIDAD PROXIMAL DE HUMERO EN PACIENTE JOVEN. ¿SIEMPRE ES INDICACIÓN QUIRÚRGICA?.**

AUTORES: **Montero Pariente, M.A. / Expósito Triano, S. / Hijazi Quiles, J.**

CENTRO: **Hospital San Juan De Dios del Aljarafe, Bormujos (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

La fractura de humero proximal es la fractura más frecuente del humero(45%), y supone 4-6% de todas las fracturas. Existen numerosas modalidades de fracturas, cuyo pronóstico y tratamiento varían considerablemente.

OBJETIVOS:

La clasificación de Neer es la más empleada. Se basa en el número de fragmentos de Codman desplazados (cuello anatómico, cuello quirúrgico, troquiter y troquin). De manera genérica, podemos decantarnos por un tratamiento conservador s

- Baja demanda funcional o alto riesgo quirúrgico
- Todas las fracturas no desplazadas
- Fracturas del cuello quirúrgico desplazadas en jóvenes (< 45º de angulación y < 50% del diámetro de diáfisis) y en ancianos (con cualquier contacto óseo)
- Fractura de troquiter con desplazamiento superior < 0,5 cm en jóvenes o < 1 cm en ancianos
- Fracturas en 3 o 4 partes, impactadas en valgo. Que sean estables y que no presenten desplazamiento del troquiter.

MATERIAL Y MÉTODO:

Hombre. 43 años. Sin antecedentes de interés. Acude por Urgencias tras caída desde su altura, con fractura-luxación de extremidad proximal de humero derecho en 3 partes. Bajo sedación, se realiza reducción cerrada. El TAC postreducción confirma la reducción y una correcta congruencia articular, por lo que se decide tratamiento conservador .

RESULTADOS:

Durante el seguimiento semanal en CCEE, no hay desplazamientos secundarios. Así que, a las 5-6 semanas y tras detectar inicio de consolidación radiográfico, el paciente inicia RHB. Tras casi 2 años de seguimiento, el paciente está asintomático, presenta BA completo y se aprecia consolidación completa en la radiografía control.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 329**

TÍTULO: **FRACTURA-LUXACIÓN DE EXTREMIDAD PROXIMAL DE HUMERO EN PACIENTE JOVEN. ¿SIEMPRE ES INDICACIÓN QUIRÚRGICA?.**

AUTORES: **Montero Pariente, M.A. / Expósito Triano, S. / Hijazi Quiles, J.**

CENTRO: **Hospital San Juan De Dios del Aljarafe, Bormujos (Sevilla)**

CONCLUSIONES:

Dada la edad joven del paciente, la presencia de un patrón de fractura en 3 partes y que además presentaba luxación; se habría planteado un tratamiento quirúrgico. Esta decisión estaría basada en múltiples referencias bibliográficas acerca del mal pronóstico de este patrón de lesión, ya que pueden comprometer el funcionamiento del hombro (dolor, rigidez, disminución de la fuerza…) y por la amenaza de un callo vicioso y, sobre todo, por la necrosis cefálica. Tras verificar una correcta reducción con el TAC, clasificamos la fractura como no desplazada y volvimos a revalorar la indicación terapéutica. Sin embargo, no se ha encontrado en la literatura el tratamiento de elección en casos en los que se consigue reducción de una fractura-luxación en 3 fragmentos en un paciente joven. Al revalorar la indicación terapéutica y presentar actualmente una factura no desplazada, cambiamos la indicación inicial. Decidimos que era candidata a tratamiento ortopédico y seguimiento semanal en CCEE. Para finalizar, ante una reducción correcta tras una FEPH-luxación en un paciente joven no existe ningún tratamiento uniformente aceptado ni ningún estudio aleatorio en la literatura para comparar las opciones de tratamiento entre sí. Así, las indicaciones terapeuticas especificas para las FEPH están mal definidas, debiendo ser un tratamiento individualizado para cada paciente y tipo de fractura

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 330**

TÍTULO: **TRATAMIENTO DE PSEUDOARTROSIS DE TIBIA : UN RETO.**

AUTORES: **Torres Morillo, JA. / Revuelta Romo, J. / Sánchez Martos, M. / Lara Bullón, J.**

CENTRO: **Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

La pseudoartrosis se define como el retraso en la consolidación ósea radiográfica de una fractura después de seis meses con al menos tres revisiones tras la fractura. Esta lesión en la tibia tiene una frecuencia variable, entre el 4 y el 20%, pero su morbilidad es muy alta suponiendo el tratamiento de la misma un auténtico reto para el cirujano. Presentamos un caso clínico de pseudoartrosis diafisaria de tibia asociada a un fracaso del material (clavo endomedular) tratado de forma satisfactoria con una re-osteosíntesis con enclavado endomedular y aporte de aloinjerto óseo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente varón de 52 años intervenido tres años antes de fractura diafisaria de tibia con enclavado endomedular que ingresa en nuestro servicio con impotencia funcional, movilidad anormal y deformidad en varo de pierna izquierda. En RX se comprueba la no-unión de la fractura de Tibia así como la rotura del clavo endomedular. Tras valorar el caso se opta por realizar la retirada del material de osteosíntesis, abordaje abierto de la pseudoartrosis practicando osteotomía en cuña del foco, reducción más fijación con clavo endomedular fresado bloqueado y aporte de aloinjerto óseo. La evolución fue favorable iniciando carga parcial a las 6 semanas. A los 3 meses se aprecia en RX correcta coaptación focal permaneciendo asintomático y la revisión a los 9 meses revela formación de callo óseo competente en foco de fractura permaneciendo el paciente asintomático.

DISCUSIÓN:

El planteamiento quirúrgico ante una pseudoartrosis de tibia con fracaso de material es complejo, en la literatura se han descrito varias opciones terapéuticas como son la fijación con placa de compresión, el enclavado endomedular y la fijación externa así como el uso de autoinjerto o aloinjerto óseo. Existen datos en la literatura que avalan el tratamiento de pseudoartrosis de tibia mediante clavo endomedular con datos de consolidación completa de entre 89%y 100%. Los resultados de consolidación al usar un enclavado endomedular son similares a los obtenidos con placa y debido a la deformidad apreciada es frecuente la realización de osteotomías correctoras como en nuestro caso. El tratamiento de una pseudoartrosis de tibia aséptica es técnicamente exigente y se debe de individualizar para obtener un resultado óptimo. En nuestro paciente la re-osteosíntesis con clavo endomedular y aporte de aloinjerto óseo consiguió una consolidación completa y un buen resultado funcional.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 331**

TÍTULO: **PARÁLISIS DE NERVIO INTERÓSEO POSTERIOR TRAS ARTROPLASTIA DE CABEZA DE RADIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Torres Morillo, J.A. / Sánchez Martos, M. / Revuelta Romo, J. / Lara Bullón, J.**

CENTRO: **Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

La lesión del nervio interóseo posterior es una complicación infrecuente en la implantación de protesis de cabeza del radio, aparece en el 8% de los casos. La localización de este nervio en la parte anterior y lateral del codo lo hace muy susceptible de lesionarse en los abordajes utilizados para las reducciones abiertas y fijación interna de fracturas de tercio proximal del radio, sinovectomía, artroplastias del codo, reconstrucciones ligamentarias y resecciones tumorales. Presentamos un caso de parálisis del nervio interóseo posterior tras la realización de artroplastia de cabeza de radio optándose por un tratamiento conservador con ejercicios de rehabilitación y fisioterapia.

MÉTODOS:

Paciente mujer de 59 años que tras sufrir caída casual presenta dolor, tumefacción e impotencia funcional en codo izquierdo. La exploración neurovascular era normal. Mediante radiografía simple y TC de codo se diagnostica de fractura de cabeza del radio Mason III. Se realizó intervención quirúrgica practicándose artroplastia metálica monobloque de cabeza de radio con abordaje lateral de codo según Kocher (entre extensor carpi ulnaris y anconeo) y mientras se realizó la aproximación se mantuvo el antebrazo en pronación. Intraoperatoriamente no se objetivó eventualidad consiguiendo con el implante una buena movilidad del codo. En el postoperatorio inmediato comprobamos una imposibilidad para la extensión de muñeca y dedos conservando la sensibilidad. Ante la no existencia de incidencias intraoperatoria que justificase una lesión completa del nervio se optó por tratamiento conservador y derivación a Rehabilitación. Tras 3 meses la paciente acude a consulta con recuperación completa de la extensión de muñeca y dedos aunque persiste dolor en cara lateral del codo. Un años tras la intervención, la paciente ha recuperado completamente la función del nervio interóseo posterior y se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN:

La lesión del nervio interóseo posterior es una entidad rara pero potencialmente grave, la posibilidad de lesionar este nervio está descrita en todos los abordajes laterales de codo. Existen diversas recomendaciones para reducir el riesgo de lesión como es identificarlo dentro del músculo supinador durante la resección o trabajar con el codo en pronación para así alejar el nervio de la vía de abordaje. Al constatar una parálisis del nervio interóseo posterior tras haber realizado una cirugía de codo se debe optar en primer lugar por tratamiento conservador indicando ejercicios de rehabilitación y fisioterapia ya que en la gran mayoría de los casos se trata de una neuroapraxia del nervio con recuperación progresiva de la función del mismo sin exploración quirúrgica en el 70-96%. Presentamos el caso de una parálisis de nervio interóseo posterior tras una artroplastia de cabeza de radio en la que optándose por tratamiento conservador mediante ejercicios de rehabilitación se consigue la recuperación completa de la función del mismo antes de los 6 meses tras la intervención.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 332**

TÍTULO: **LUXACION METACARPOFALÁNGICA COMPLEJA, A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Sánchez Cervantes, F. / Cañada Oya, S. / Rodríguez Delourme, I. / Luna González, F.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

La luxación traumática de la articulación Metacarpofalángica es una lesión poco frecuente. Esta luxación puede ser fácilmente reductible (simple) o requerir reducción abierta (compleja) debido a la interposición de estructuras periarticulares.

CASO CLÍNICO:

Varón de 87 años, que acude a urgencias tras caída casual en domicilio, presenta deformidad y limitación álgica de movilidad en segunda articulación metacarpofalángica de mano derecha. Ante la imposibilidad de la reducción cerrada fue necesaria la reducción abierta con un abordaje volar, en la que se pudo apreciar interposición de placa volar, tendones flexores y lumbrical.

DISCUSIÓN:

Las luxaciones dorsales de las articulaciones Metacarpofalángicas de los dedos son lesiones poco comunes. El mecanismo lesional es por lo general una hiperextensión forzada del dedo que suele ocurrir en caídas con la mano en extensión. Se produce una lesion de la placa volar en su porción proximal membranosa, quedando interpuesta en posición dorsal entre la base de la falange proximal y la cabeza metacarpiana dorsal. Si esta fuese la única estructura que bloquease la reducción, esta se podría realizar con la maniobra adecuada (reductible o simple). Sin embargo, estas pueden ser irreductibles (complejas), debido a la tensión de otras estructuras sobre el cuello del metacarpiano. Esta tensión aumenta con la tracción e imposibilita la reducción, tal y como describió Kaplan2 en 1957. Una técnica de reducción incorrecta puede transformar una Subluxación (simple) en completa (compleja), la maniobra debería realizarse con la muñeca en flexión para relajar los tendones flexores y aplicando presión simple en dirección distal y volar sobre la base dorsal de la falange proximal. En los casos en que es necesaria la reducción abierta, el abordaje recomendado por la mayoría de autores1 es el volar por su mejor exposición de las estructuras implicadas, aunque teniendo en consideración el riesgo de lesion del paquete neurovascular que está emplazado justo debajo de la piel.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 333**

TÍTULO: FRACTURA-LUXACIÓN DE CHOPART INADVERTIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Fernández de Arróyabe, N. / Romero Escribano, E. / Hernández Ruiz, A.

CENTRO: Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN:

La articulación mediotarsiana está constituida por la articulación astragaloescafoidea y la calcaneocuboidea y supone el límite entre el mediopié y el retropié. Este espacio fue descrito por François Chopart, cirujano francés que llevó a cabo amputaciones a este nivel en casos de necrosis de antepié en el siglo XVIII. La incidencia de lesiones del mediopié es de 3.6/100000/año aproximadamente. Al no ser una patología frecuente, muchas veces pasa inadvertida. De hecho, se estima que las Fracturas-Luxaciones de Chopart no se diagnostican o se infradiagnostican hasta en un 41% de los casos. Estas lesiones se presentan en gente joven, muchas veces asociadas a accidentes de tráfico o caídas de gran altura que combinan una carga axial con la torsión del pie. También pueden producirse por traumatismos indirectos que provocan flexión plantar del pie y éste queda forzado en equino. El objetivo del tratamiento debe ser la reconstrucción de las columnas medial y lateral del pie, y conseguir una buena congruencia articular y estabilidad ligamentosa. Para ello, debemos prestar especial atención a la articulación talonavicular, la cual es esencial para una correcta función del tobillo.
El manejo terapéutico de las fracturas con desplazamiento menor de 2 mm se basa en la colocación de una bota de yeso durante 6-8 semanas con la extremidad en descarga. Las fracturas desplazadas, que suponen la mayoría, implican una reducción y fijación mediante agujas percutáneas o tornillos, según el grado de estabilidad.

OBJETIVOS:

Se presenta el caso de una Fractura-Luxación de Chopart en una mujer de 42 años de edad que fue diagnosticada a las 4 semanas de evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 42 años de edad que acude por inflamación y deformidad en pie izquierdo tras traumatismo indirecto con flexión plantar del pie al introducirlo en una alcantarilla en vía pública aproximadamente cuatro semanas atrás. El mismo día del traumatismo había acudido a Urgencias dónde tras realizarle una Radiografía anteroposterior y lateral del pie, diagnosticándole un esguince de tobillo. Se le aplica vendaje compresivo, indicándole reposo y toma de antiinflamatorios orales cada 8 horas. Debido a la mala evolución de su lesión, acude de nuevo por persistencia de inflamación y deformidad en el dorso del mediopié. Presenta además dolor a la palpación del hueso navicular. Como Antecedentes Personales destacamos una Diabetes Mellitus tipo 1 de larga evolución con retinopatía diabética asociada. Se realizan Radiografías anteroposterior, lateral y oblicua del pie izquierdo donde se intuye una posible fractura de escafoides y una luxación de la articulación astragalonavicular. Se realiza posteriormente una Tomografía Axial Computerizada (TAC) que describe: fractura conminuta y aplastamiento del escafoides tarsiano con luxación de articulación astragalonavicular, fractura de cuboides y de 1º y 2º huesos cuneiformes. Tras estos hallazgos se inmoviliza el pie de la paciente con férula de yeso y se ingresa para tratamiento quirúrgico.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 333**

TÍTULO: **FRACTURA-LUXACIÓN DE CHOPART INADVERTIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Fernández de Arróyabe, N. / Romero Escribano, E. / Hernández Ruiz, A.**

CENTRO: **Hospital Regional Universitario de Málaga**

RESULTADO:

La paciente se niega a la cirugía alegando que, en el transcurso de los tres días de ingreso con inmovilización, la inflamación y deformidad han desaparecido. Tras retirar la férula y reexplorar a la paciente, no presenta dolor y es capaz de deambular por la habitación sin limitación alguna. Al tratarse de una paciente con una Diabetes evolucionada, podemos pensar que nuestro caso presenta una posible neuropatía de Charcot incipiente que le permite no sentir dolor ante una fractura de estas dimensiones. Siendo evaluado el caso por el equipo de traumatólogos encargados de la cirugía de pie en nuestro hospital y teniendo en mente una posible artrodesis futura, deciden tratar a nuestra paciente de manera conservadora inicialmente, y revisarla en consulta para ver evolución cada 20 días aproximadamente.

DISCUSIÓN:

Alrededor del 41% de las Fracturas-Luxaciones de Chopart pasan desapercibidas. Las razones de no diagnosticar esta lesión en un primer momento son la baja prevalencia que presenta y la ausencia en más de un tercio de los casos de signos radiológicos claros en las pruebas de imagen iniciales. Es esencial solicitar desde un primer momento radiografías del pie en las 3 proyecciones: anteroposterior, lateral y oblicua. En una radiografía normal debemos ver una correcta alineación del eje que forman calcáneo-cuneiforme medial-primer metatarsiano en las proyecciones anteroposterior y lateral. Otro importante marcador para diagnosticar lesión en el mediopie es la línea Cyma, que tiene forma de “S” invertida en el pie no patológico e implica una correcta congruencia de la articulación talonavicular y calcáneocuboidal en la proyección lateral. Además, la fractura-avulsión del ligamento talonavicular dorsal causada por una flexión plantar forzada sirve como marcador radiológico de lesión ligamentosa grave con inestabilidad del mediotarso. Tras la realización de radiografías y ante la duda diagnóstica realizaremos un TAC, que además de añadirnos información acerca de posibles lesiones asociadas, nos sirve para plantear correctamente el futuro tratamiento. Las luxaciones de la articulación mediotarsiana son relativamente raras, pero potencialmente graves, pudiendo derivar en una discapacidad funcional permanente del pie afecto. A pesar de su baja prevalencia y la posible ausencia de signos radiológicos obvios no deberían ser lesiones que pasen desapercibidas; ya que para obtener un buen resultado clínico son fundamentales un correcto diagnóstico y tratamiento. Con este caso se pretende aumentar el nivel de sospecha del profesional en casos similares futuros de esta rara, pero importante entidad.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 334**

TÍTULO: **FRACTURAS ATÍPICAS POR BIFOSFONATOS.**

AUTORES: **Rodríguez Murillo, Y. / Zarzuela Jiménez, C. / Barranco Fernández, M.B.**

CENTRO: **Hospital de Baza**

INTRODUCCIÓN:

Paciente de 66 años con ttº con Bifosfonatos durante más de 5 años que en diversas ocasiones acude a Urgencias por dolor sordo de tipo mecánico en zona de muslo izquierdo sin antecedente traumático, la exploración es anodina y en Rx de Pelvis no se aprecian signos significativos. Acude a Consulta de Traumatología por continuar aún con la misma sintomatología tras 3 años; se le solicita TeleMMII apreciándose imagen espicular en cortical lateral femoral izquierda típica en dicho tipo de fracturas atípicas por bifosfonatos, se deja en descarga se suspenden Bifosfonatos y se solicita Tac apreciándose la condensación de dicha cortical. Ante clínica de la paciente y por el riesgo de fractura femoral se interviene colocándose clavo femoral largo acerrojado de tipo Gamma 3 en 04/2014 siendo la evolución favorable, no presentando dolor al momento actual.

DISCUSIÓN:

Ante un paciente con dolor sordo en muslo o zona inguinal sin antecedente traumático y con ttº con Bifosfonatos es fundamental realizar RX Femoral puesto que en las proyecciones que se les realizan habitualmente en RX AP de Pelvis por el nivel de corte de la Rx no se consigue apreciar la típica imagen espicular en cortical lateral femoral puesto que aparece unos cms más distal, y por tanto no poder adelantarnos a la situación de fractura que presentará el paciente que suele ser de una media de 5 meses. Existe en estos pacientes un dolor prodrómico sordo en muslo o ingle en el 70% , en la Rx Femoral un aumento del grosor cortical espicular PREDICTOR DE FRACTURA ATÍPICA INMINENTE , en el Tac un engrosamiento de la cortical focal ,neoformación periostal y/o presencia tenue de línea radiolucente .En RNM típico edema en T1 hiperemia reactiva en T2 y Neoformación periostal si se está desarrollando la fractura .En la Gammagrafía un aumento de captación en cortical lateral femoral. Las pautas a seguir recomendadas son suspender BF tras 5 años si existe riesgo bajo de fractura, suspenderlos si hay fractura atípica .Además la tasa de fractura en lado contralateral es alta por lo que se debe hacer screening con rx contralateral AUNQUE NO DUELA según la guía AAOS 2014. En fracturas incompletas se pueden dejar en descarga pero con un control estrecho con estudios mediante RX/RNM si síntomas del paciente o pruebas de imagen empeoran entonces está indicado operarlos de manera PROFILÁCTICA. La Osteosíntesis con mejores resultados se obtiene con Clavo Intramedular Acerrojado por la reparación endocondral y tienen un retardo de consolidación

COMUNICACIÓN **PÓSTER 335**

TÍTULO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 17 CASOS DE ROTURA AGUDA DISTAL DE TENDÓN DEL BICEPS BRAQUIAL MEDIANTE ÚNICA VÍA ANTERIOR.

AUTORES: López Morales, M. / Rubin Capalbo, C. / Barón Barrera, C.

CENTRO: Hospital Básico Santa Ana, Motril

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La patología del tendón distal de biceps braquial ha aumentado en los últimos años debido a patologías concomitantes. Durante años se ha realizado la reinserción del tendón distal del biceps braquial mediante doble vía de abordaje, actualmente se está realizando la vía anterior sin grandes publicaciones que avalen los resultados. Nosotros nos proponemos valorar los resultados de la vía anterior.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de 17 casos de reinserción distal de biceps braquial mediante vía anterior única, técnica de Endo-Button, a los pacientes entre los años 2010-2014 con un seguimiento mínimo de 18 meses, todos los pacientes se encontraban en edad laboral (90%, 40-50 años) y la mayoría eran trabajadores manuales, en 6 casos con patología concomitante. Hemos recogido las indicaciones (pacientes con clínica y RNM compatible), rotura completa, postoperatorio seguido, complicaciones aparecidas e incorporación a su actividad laboral.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Hemos obtenido unos resultados globalmente la vía anterior única, desde un punto de vista clínico, así como de la satisfacción del paciente. Han aparecido un índice bajo de complicaciones, la más grave en 1 caso lesión del N. interóseo posterior, no sinóstosis, ni infecciones. Todos los pacientes recuperaron su nivel previo de actividad y se reincorporaron a su actividad laboral en un término medio de 3 meses después de la intervención.

CONCLUSIONES:

Creemos que la cirugía de reparación mediante una única vía anterior es un buena técnica quirúrgica, con bajo índice de complicaciones, siendo muy cautos en la lesión del N. interóseo posterior.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 336**

TÍTULO: **UN PECULIAR CASO DE LUXACIÓN RECIDIVANTE DE PTC: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Hoyos Perales, I. / Pérez Alcántara, A. / Hiniesta Martín, R. / Sotelo Sevillano, F.J. / Martínez Pardo, F.**

CENTRO: **Hospital de Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

La luxación de la PTC ocurre en el 0,5-7% de las artroplastias totales de cadera primarias y en el 10-25% de las revisiones. La mayoría de los casos ocurren en los primeros 3 meses post-quirúrgicos, y tras un abordaje posterolateral. Las causas suelen ser multifactoriales. Va a depender del diseño del implante, la posición de los componentes, y la tensión de las partes blandas.

OBJETIVOS:

Presentamos el caso de una paciente de 52 años, intervenida de PTC hace 6 años, por vía anterolateral. Desde hace 3 años comenzó con episodios de luxación (hasta 3 episodios) que eran reducidos por la propia paciente.

MÉTODOS:

Paciente de 52 años que acude a Urgencias por dolor en ingle derecha tras incorporarse de la cama. AP: PTC intervenida hace 6 años por coxartrosis, AR. A la exploración, presenta dolor en ingle derecha, con acortamiento de miembro y rotación externa. No presenta déficit neurovascular distal. Rx: luxación anterolateral PTC, componente acetabular anteverso. Tratamiento: Bajo anestesia general, se lleva a cabo la reducción cerrada. Se constata la gran inestabilidad, ya que rápidamente se vuelve a luxar intra-quirófano. Se decide intervención quirúrgica. Se realiza limpieza de fibrosis, extracción de polietileno, se retiran puntas y se brocan para cementar. Se coloca cotilo constreñido cementado de 48 mm, con cabeza de 22 mm. Se comprueba la estabilidad intraquirófano.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Al alta, se autorizaron ejercicios de flexo-extensión de cadera y rodilla de forma progresiva; con apoyo completo con ayuda de bastones. El seguimiento en consultas fue satisfactorio.

CONCLUSIONES:

Más del 50% de los casos de caderas inestables se pueden resolver mediante la reducción cerrada de la luxación. Un intento sistemático para entender la causa de la inestabilidad, normalmente suele conducir a un tratamiento eficaz del problema cuando hace falta cirugía. Los componentes constreñidos han mejorado las posibilidades de resolver los problemas difíciles de inestabilidad, pero los efectos negativos potenciales de estos componentes deben tenerse también en cuenta, tales como la menor movilidad, mayor desgaste del polietileno, o la necesidad de cirugía abierta en caso de nueva luxación.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 338**

TÍTULO: **TUMOR PARDO, UNA ENFERMEDAD ÓSEA PRÁCTICAMENTE OLVIDADA EN LA ACTUALIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Hoyos Perales, I. / Ramos Pérez, M.J. / Hiniesta Martín, R. / Sotelo Sevillano, F.J. / Martínez Pardo, F.**

CENTRO: **Hospital de Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

Los tumores pardos representan el estadio terminal de la patología ósea causada por el hiperparatirodismo. Se producen por un rápido recambio osteoclástico del hueso, consecuencia del efecto de la PTH. Los tumores pardos son muy raros en la actualidad, probablemente porque el hiperparatiroidismo es diagnosticado y tratado antes de su desarrollo.

OBJETIVOS:

Presentamos el caso de una paciente de 73 años con unas lesiones diafisarias de tibia a filiar.

MÉTODOS:

Mujer de 73 años, que acude a Urgencias por dolor en cara anterior de tibia izquierda de 4 meses de evolución. El dolor es mixto y también por la noche. No traumatismo previo, ni fiebre, ni malestar general, ni pérdida de peso. AP: Insuficiencia renal en diálisis, DM, HTA. Dolor en diáfisis media tibia izquierda. Se palpan 3 bultomas de consistencia pétrea.No impotencia funcional ni déficit neurovascular distal. Rx: se presentan 3 áreas radiolúcidas bien definidas en diáfisis media de la tibia, con formación reactiva de hueso y corteza no penetrada. TAC y RNM: Lesión ósea focal en diáfisis media de la tibia, de base cortical y disposición concéntrica, de diámetro máximo lateral de 10 mm. Densidad en vidrio desmerilado de aspecto fibroso, formadora de hueso perióstico con disposición laminada y condicionando resorción subperióstica y adelgazamiento endóstico. Caudalmente se visualizan dos lesiones más de similar apariencia. No se objetiva masa de partes blandas asociada ni edema perilesional, aunque sí un marcado realce cortical perióstico. Las lesiones descritas son compatibles con tumores pardos multicéntricos, no obstante se debe correlacionar con el resto de pruebas complementarias.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Contactamos con el servicio de Nefrología para proseguir con el estudio. Finalmente se diagnosticaron las lesiones como tumores pardos.

CONCLUSIONES:

Los tumores pardos son lesiones tan infrecuentes que no existen guías para su tratamiento. La intervención quirúrgica por parte de COT se limita al tratamiento de fracturas. En pruebas como el TC o la RMN, los tumores pardos producen imágenes que en ocasiones simulan lesiones óseas líticas que plantean el diagnóstico diferencial con metástasis de tumores malignos.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 339**

TÍTULO: **¿QuÉ TÉCNICA ARTROSCÓPICA TIENES MENOS COMPLICACIONES EN LA REPARACIÓN DEL LCA?.**

AUTORES: **López Morales, M. / Barón Barrera, C. / López Álvarez, B.**

CENTRO: **Hospital Santa Ana, Motril**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La cirugía artroscopia en la reparación del Ligamento Cruzado anterior ha experimentado un cambio respecto a las técnicas quirúrgicas empleadas en los últimos tiempos . Después de múltiples estudios no hay un criterio claro que identifique que técnica artroscópica es la más adecuada en la reparación de dicho ligamento. En nuestro estudio nos hemos propuesto revisar la reaparación mediante STRI autólogo vs HTH autólogo, técnica entre los años 2005-2010.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de 73 casos de cirugía artroscópica para la reparación del LCA, 41 técnica STRI y 32 HTH con un seguimiento mínimo de 2 años, entre los años 2005-2010, incluyendo pacientes comprendidos entre 20-40 años y que no asociaban lesión de otro ligamento de la rodilla, se ha comparado mediante un test de Student. Hemos recogido las indicaciones (pacientes con clínica y RNM compatible con lesión del LCA), tipo de técnica empleada, postoperatorio seguido, complicaciones aparecidas y International Knee Documentation Committee Knee Form (IKDC).

RESULTADOS:

Hemos obtenido unos resultados globalmente con ambas técnicas, desde un punto de vista clínico, así como de la IKDC. Han aparecido un índice bajo de complicaciones, el dolor postoperatorio era menor en los pacientes con STRI a las 2 semanas, posteriormente no había diferencia significativa, infección profunda en STRI que no apareció en la técnica HTH sin diferencia significativa, se ha visto una más rápida recuperación de la actividad deportiva con STRI.

CONCLUSIONES:

Creemos que la cirugía artroscópica con plastia de reconstrucción usando Semitendinoso Recto interno es un buena técnica quirúrgica. Actualmente en nuestro servicio se prefiere usar esta técnica en comparación con otras con reparación por vía artroscópica, a pesar de no haber una diferencia significativa entre ambas técnicas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 340**

TÍTULO: **SÍNDROME DE LÉRI-WEILL: IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFÍA PARA SU DIAGNÓSTICO.**

AUTORES: **Hoyos Perales, I. / Acero Caballero, J. / Hiniesta Martín, R. / Sotelo Sevillano, F.J. / Martínez Pardo, F.**

CENTRO: **Hospital de Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

La discondrosteosis de Léri-Weill (DLW) es una displasia esquelética marcada por una estatura desproporcionadamente baja y la característica deformación bilateral de muñeca de Madelung. La estatura baja está presente desde el nacimiento, con un acortamiento mesomélico de las extremidades (acortamiento del segmento medio de piernas y brazos). La inteligencia es normal. La expresión de la DLW es variable, pero las manifestaciones clínicas son generalmente más graves en las mujeres. La mayoría de los casos son debidos a cambios en el gen SHOX (la causa más común es la deleción), situado en el brazo corto del cromosoma X y en el brazo corto del cromosoma Y.

OBJETIVOS:

Presentamos el caso de una paciente con sospecha de DLW.

MÉTODOS:

Mujer de 28 años, que acude a Urgencias tras recibir traumatismo sobre la muñeca izquierda al caer de la bicicleta. AP: baja estatura. Refiere sufrir síndrome con afectación ósea diagnosticada a la adolescencia, aunque no recuerda su nombre. Al pertenecer a otra área sanitaria, no disponemos de su historial. Dolor en muñeca izquierda. Deformidad con ensanchamiento de la muñeca y desviación dorsal del cúbito distal. Discreta impotencia funcional. No crepitación. No presentá déficit neurovascular distal. La exploración contralateral es similar. Rx: no signos agudos de fractura. Destacan una serie de características: deformación de la fila proximal del carpo; ensanchamiento de la articulación radiocubital distal; radio corto y encorvado; desviación cubital de la superficie articular del radio; deformación triangular de la epífisis radial; radiolucencia del borde cubital distal del radio; subluxación dorsal del cúbito.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Estos hallazgos radiológicos de la muñeca son propios de la enfermedad de Madelung. Ello, unido a su baja estatura, nos hace sospechar en DLW.

CONCLUSIONES:

La DLW se trata de una patología muy poco frecuente, cuyo diagnóstico se basa en la clínica y los hallazgos radiográficos de muñecas y antebrazos. Puede confirmarse por análisis moleculares. En la medida que el traumatólogo identifique y caracterice estos hallazgos podrá alertar a los médicos que solicitan los estudios sobre su importancia genética.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 342**

TÍTULO: **MEDIDAS DE AHORRO SANGUÍNEO EN LA INTERVENCIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA.**

AUTORES: **López Morales, M. / García Cabrera, I.**

CENTRO: **Hospital Santa Ana, Motril**

INTRODUCCIÓN:

La mejor trasfusión es la que no se realiza. A pesar de todas las medidas que se adoptan, la trasfusión alogénica sigue comportando algunos riesgos. Los hemoderivados son un bien limitado, son necesarias políticas y programas de ahorro de sangre. En este sentido en el año 2013 se realiza un documento de consenso, que se publica en Sevilla, en el que intervienen numerosas sociedades científicas implicadas en el proceso de trasfusión en los diferentes procedimientos y situaciones quirúrgicas. En este documento se describen cada una de las medidas tanto médicas como quirúrgicas para ahorro de sangre, indicadas en cada una de las intervenciones y el grado de recomendación en cada caso. En los servicios de cirugía ortopédica y traumatología esta práctica de ahorro de sangre se ha extendido en los últimos años. Las medidas adoptadas de forma global abarcan varias fases del proceso de la cirugía. La tendencia actual es de disponer medidas eficaces que disminuyan la transfusión alogénica de hemoderivados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizan las trasfusiones realizadas en nuestro hospital durante el año 2015 seleccionando las realizadas por parte del servicio de cirugía ortopédica y traumatológica en pacientes sometidos a intervención por prótesis de rodilla. Se plantea un estudio descriptivo de serie de casos en los que se analizan las características generales de la muestra y otras variables como la hemoglobina (Hb) basal y los criterios clínico/analíticos que motivan la trasfusión. Los resultados se analizan los datos obtenidos con el software de analítica predictiva SPSS.

RESULTADOS:

Durante el año 2015 se realizaron 146 intervenciones de prótesis de rodilla en nuestro hospital comarcal del área sur de granada, Hospital Básico Santa Ana de Motril. Del total de intervenciones finalmente 8 de estos pacientes tuvieron que ser sometidos a trasfusión con un total de 15 CH. Esto supone un índice de trasfusión en intervenciones de prótesis de rodilla en nuestro hospital durante el año 2015 de un 5.5%. Todas las pacientes eran mujeres con edad superior a los 70 años. El 87.5% de las pacientes (n=7) presentaba una Hb basal previa a la cirugía >11 gr/dl, frente a un 12.5% (n=1) que llegó a la intervención con unas cifras de Hb de 8.8 gr/dl. Este caso se trata de un recambio de prótesis por lo que debe ser tratado de forma independiente. La situación clínica que pudo influir en la no recuperación de cifras hematológicas a pesar de las medidas adoptadas. El 50% de los pacientes fueron trasfundidos con cifras de Hb <8 gr/dl, el 37.5% con cifras inferiores o iguales a 9 gr/dl. En la mayoría de casos (87.5%) de trasfundieron 2 CH.

CONCLUSIONES:

En nuestro centro, según los datos observados, se obtiene una tasa inferior a ese 10%, concretamente un 5.5%. Según los resultados las medidas preoperatorias adoptadas son eficaces ya que, salvo una paciente que habría que evaluar de forma aislada debido a las características del caso, todos los pacientes llegan con cifras de hemoglobina > 11 gr /dl.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 343**

TÍTULO: **ADMINISTRACIÓN PREOPERATORIA DE ÁCIDO TRANEXÁMICO EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA.**

AUTORES: **Funes Morante, C. / Lozano Cintado, O. / Aceña Fabián, V. / Ramallo Bravo, M.A.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

La anemia es una de las complicaciones que puede aparecer en el postoperatorio de la cirugía de reemplazo de cadera, lo cual puede derivar en una potencial transfusión, aumentando la morbilidad del paciente, los costes y la estancia hospitalaria. La literatura demuestra la utilidad del ácido tranexámico para el control del sangrado en otros tipos de cirugía mayor.

OBJETIVOS:

Dentro del protocolo de ahorro de sangre instaurado en nuestro hospital se halla la recomendación de administrar 1 gr de ácido tranexámico media hora antes de la cirugía en aquellos pacientes que no esté contraindicado. Evaluamos el resultado de esta medida como reductora de la presencia de anemia y por tanto, de disminución de transfusión.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo en el que se evaluaron a 40 pacientes, sin presencia de anemia en hemograma preoperatorio, distribuidos homogéneamente en 2 grupos: grupo A al que se administra 1 gramo IV de ácido tranexámico 30 minutos antes de entrar en quirófano y grupo B, que no lo recibe antes de la artroplastia total de cadera. Se evalúa hemoglobina (Hb) preoperatoria, postoperatoria en unidad de reanimación postquirúrgica (URP) y a las 24 horas.

RESULTADOS:

La edad media de los pacientes fue de 66,8 (±8,2años). El 58% eran varones. El valor medio de la Hb preoperatoria del grupo A fue de 13,87 gr/dl y el del grupo B: 13,51 gr/dl. En la URP la media de Hb del grupo A fue de 11,91gr/dl y la del grupo B: 10,07 gr/dl. A las 24 horas, la media de la Hb del grupo A fue de 12,01 gr/dl y la del grupo B: 9,51 gr/dl. El porcentaje de transfusiones fue menor en el grupo A.

CONCLUSIONES:

La disminución de sangrado perioperatorio contribuye a la rápida recuperación del paciente, a disminuir el número de transfusiones y de esta forma la morbilidad y la estancia hospitalaria. El ácido tranexámico parece que pueda tener un papel importante en ello aunque serían necesarios estudios con mayor tamaño muestral para demostrar estos efectos.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 344**

TÍTULO: ADMINISTRACIÓN PREOPERATORIA DE ACIDO TRANEXÁMICO EN LA ARTROPLASTIA PRIMARIA DE RODILLA.

AUTORES: Funes Morante, C. / Lozano Cintado, O. / Ramallo Bravo, M.A. / Aceña Fabián, V.

CENTRO: Hospital Universitario de Puerto Real

INTRODUCCIÓN:

La artroplastia primaria de rodilla es un tipo de cirugía que cursa con sangrado postoperatorio lo cual puede condicionar la presencia de anemia, que puede derivar en una potencial transfusión, aumentando la morbilidad del paciente, los costes y la estancia hospitalaria. La literatura demuestra la utilidad del ácido tranexámico para el control del sangrado en otros tipos de cirugía mayor.

OBJETIVOS:

Dentro del protocolo de ahorro de sangre instaurado en nuestro hospital se halla la recomendación de administrar 1 gr de ácido tranexámico media hora antes de la cirugía en aquellos pacientes que no esté contraindicado. Evaluamos el resultado de esta medida como reductora de la presencia de anemia y por tanto, de disminución de transfusión.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo en el que se evaluaron a 34 pacientes, sin presencia de anemia en hemograma preoperatorio, distribuidos homogéneamente en 2 grupos: grupo A al que se administra 1 gramo IV de ácido tranexámico 30 minutos antes de entrar en quirófano y grupo B, que no lo recibe antes de la artroplastia primaria de rodilla. Se evalúa hemoglobina (Hb) preoperatoria, Hb postoperatoria en unidad de reanimación postquirúrgica (URP) y a las 24 horas.

RESULTADOS:

La edad media de los pacientes fue de 69,8 (±7,2años). El 66% eran mujeres. El valor medio de la Hb preoperatoria del grupo A fue de 14,07 gr/dl y el del grupo B: 13,89 gr/dl. En la URP la media de Hb del grupo A fue de 13,01gr/dl y la del grupo B: 12,8 gr/dl. A las 24 horas, la media de la Hb del grupo A fue de 12,71 gr/dl y la del grupo B: 11,02 gr/dl. No hubo episodio de trombosis en ningún grupo.

CONCLUSIONES:

La disminución de sangrado perioperatorio contribuye a la rápida recuperación del paciente y de esta forma la morbilidad y la estancia hospitalaria. El ácido tranexámico parece que pueda tener un papel importante en ello aunque serían necesarios estudios con mayor tamaño muestral para demostrar estos efectos.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 346**

TÍTULO: **AFECTACION POLIARTICULAR POR MYCOBACTERIUM MARINUM EN PACIENTE CON A. REUMATOIDE.**

AUTORES: **Aguilar López, A. / Hiniesta Martín, R. / Pérez Sánchez, A.M.**

CENTRO: **Hospital de Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

En la actualidad las infecciones por micobacterias atípicas están adquiriendo mayor importancia tanto en pacientes inmunodeprimidos como sanos. Uno de los más prevalentes es el M. Marinum y debe sospecharse siempre ante la presencia de úlceras y nódulos en pacientes en contacto con medio acuático.

OBJETIVOS Y MÉTODO:

Se presenta el caso de un paciente de 64 años, con AP de AR en tratamiento con metotrexato, que acude a servicio de Urgencias de hospital de Jerez porpoliartralgias de varios meses de evolución, de predominio en ambos MMII, fundamentalmente en ambas rodillas con presencia de derrames de repetición. Rodillas con actitud en flexo de 5º, con peloteo + en ausencia de aumento de temperatura y rubor. BA completo, ligeramente doloroso. Durante la exploración se observa la presencia de lesión nodular ulcerada en dorso de 3º dedo de mano derecha en fase exudativa, que el paciente achaca a un traumatismo con una roca mientras pescaba unos 6 meses antes.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Tras toma de muestras de la lesión para análisis anatomopatológico, que confirma existencia de infección por M. Marinum, se procede a realización de RMN de ambas rodillas, observándose existencia de Hidrartros con probable presencia de panus en receso suprapatelar. Se procede a evacuación de ambas rodillas y análisis microbiológico de las muestras, que confirman infección por M. Marinum.

CONCLUSIONES:

El M. Marinum es una micobacteria atípica de crecimiento lento que se localiza en medios acuáticos tanto salados como dulces de regiones cálidas de todo el planeta. La infección por este germen se asocia a situaciones de inmunodepresión del paciente y a la reducción de la inmunidad cruzada al existir un menor número de contactos con M. Tuberculosis y se adquiere por inoculación directa a través de una solución de continuidad en la piel. Presenta 2 formas clásicas de presentación clínica, nodular y diseminada y el diagnóstico de confirmación es microbiológico y debe realizarse siempre diagnóstico diferencial con Leishmania, tuberculosis verrucosa, sífilis terciaria, tularemia, enfermedad por arañazo de gato, etc. Aunque su pronóstico es benigno, requiere un tratamiento agresivo y precoz para evitar su diseminación y evitar la afectación articular. Existe controversia en cuanto a la pauta y duración de la misma, siendo las combinaciones de Rifampicina y Etambutol las más eficaces.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 347**

TÍTULO: **LUXACIÓN ABIERTA DE RODILLA. A PROPOSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Aguilar López, A. / Pérez Sánchez, A. / Hiniesta Martín, R.**

CENTRO: **Hospital de Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

Las luxaciones de rodilla son lesiones graves que ocasionan múltiples daños de partes blandas y estructuras estabilizadoras. Las luxaciones abiertas suponen entre el 5 y el 17% del total.En fase aguda los objetivos del tratamiento son la reducción inmediata de la articulación y si es necesario, su revascularización. Compromiso vascular y amputación en 13%.

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN:

Paciente inconsciente, sin AP de interés. Gran deformidad y herida en cara anterolateral de rodilla izda. Extensión a hueco popliteo y tercio inferior de pierna izda. Exposición ambos cóndilos femorales, meseta tibial, peroné proximal y CPE. Radiología: Luxación posterolateral de rodilla izquierda. Fractura diafisaria 1/3 inferior tibia izquierda. Luxación cabeza peroné izquierdo.

TRATAMIENTO:

Lavado profuso y desbridamiento. Avulsión capsular y LLE, luxación cabeza peroné. Exposición CPE en un trayecto 30cm. Reducción y colocación FE Hoffman II. Reducción luxación peroné y fijación con aguja de Kirschner. Reinserción LLE con agujas K y obenque.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 348**

TÍTULO: **MOVILIZACIÓN ASÉPTICA DE ARTROPLASTIA DE RODILLA: TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES.**

AUTORES: **Aguilar López, A. / Hiniesta Martín R. / Pérez Sánchez, A.M.**

CENTRO: **Hospital de Jerez de la Frontera**

INTRODUCCIÓN:

El tumor de células gigantes es una de las neoplasias óseas primarias que plantea mayores problemas respecto a su histogénesis, así como a su diagnóstico y tratamiento. A pesar de benignidad, presenta una importante agresividad local y gran tendencia a la recidiva.

OBJETIVO Y MÉTODO:

Se presenta el caso de un paciente varón de 74 años sin AP de interés, intervenido en 2003 para colocación de artroplastia total de rodilla derecha, que acude a consulta por aumento de dolor en los últimos 6 meses. A la exploración presenta dolor. importante a palpación sobre cóndilo interno, en ausencia de otros signos de interés. Aporta informe de Gammagrafía ósea: Se observa en PTR derecha aumento en la fijación del trazador en región de condilo interno de componente tibial con zona de mayor fijación de morfologia redondeada.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Durante la cirugía de revisión protésica, tras la retirada del componente femoral se descubrió la presencia de una lesión lítica expansiva con compromiso cortical de aspecto hemorrágico, por lo que se desestimó la opción de la revisión en un tiempo, procediéndose, por el contrario a toma de muestra de la lesión, seguida de curetaje, relleno de la lesión con cemento y colocación de espaciador. El análisis anatomopatológico determinó la existencia de un tumor de células gigantes. El análisis microbiológico descartó la presencia de infección. A las dos semanas, se programó nueva intervención en la que se realizó nuevo curetaje de lesión seguida de colocación de artroplastia total de rodilla, rellenándose el defecto óseo con injerto de esponjosa y cemento. Durante el proceso se produjo una fractura de cóndilo medial que requirió OS con tornillo de Bold y aguja de Kirschner. El objetivo del tratamiento consiste en la erradicación completa de la lesión preservando la articulación.La mayoría de lesiones puede tratarse exclusivamente con el curetaje intralesional. Sin embargo, en función de la agresividad y de la cantidad de destrucción ósea, en ocasiones hay que recurrir a técnicas más agresivas o de adyuvancia. El curetaje simple deja enfermedad microscópica en los márgenes de la lesión, con alta incidencia de recidivas (35-50%) por lo que tras el curetaje es aconsejable la utilización de adyuvantes locales, tanto químicos, como térmicos que han demostrado disminuir los índices de recidiva local a un 10-17%. Tras 14 meses de seguimiento desde la colocación el paciente se encuentra satisfecho con el resultado de la misma y asintomático respecto a dolor. Asimismo, los controles radiográficos realizado no han mostrado signos de recidiva local de la lesión.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 349**

TÍTULO: **REDUCCIÓN ABIERTA, CERCLAJE Y ENCLAVADO ENDOMEDULAR EN FRACTURAS SUBTROCANTERICAS INESTABLES.**

AUTORES: **Romero Fernández, J. / Leal Robles, A. / Fernández Sáinz-Rozas, E.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento quirúrgico de las fracturas subtrocantéreas inestables en pacientes ancianos constituyen un reto quirúrgico que sigue generando controversia. Existen autores que abogan por el tratamiento percutáneo frente a los que propugnan la reducción abierta y osteosíntesis con cerclaje previo al enclavado.

OBJETIVOS:

A propósito de 2 casos intervenidos en nuestra Unidad, y basándonos en la bibliografía actual, establecer un protocolo de manejo actualizado acerca del tratamiento de las fracturas subtrocantéreas inestables.

MÉTODOS:

Hemos seleccionado 6 casos de fracturas inestables del anciano tratados en el Hospital Universitario de Puerto Real. En todas ellas, se realizó una reducción y osteosíntesis con clavo trocantérico largo, a dos de los cuáles se asoció reducción abierta y osteosíntesis con cerclaje previo al enclavado. Analizamos el tiempo de hospitalización y el número de complicaciones perioperatorias, así como el tiempo transcurrido hasta la vuelta del paciente a sus actividades habituales.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Los pacientes intervenidos mediante reducción cerrada y osteosíntesis, presentaron una menor tasa de complicaciones de la herida quirúrgica, pero una mayor tasa de complicaciones en el postoperatorio algunas de ellas graves, en relación con el tiempo de descarga. Los pacientes intervenidos mediante reducción abierta y enclavado, iniciaron la carga precoz entre 2 días y 2 semanas, por contra presentaron una mayor pérdida hemática y complicaciones de la herida quirúrgica en uno de los casos, que se resolvió en el postoperatorio, sin precisar reintervención. Actualmente, diferentes autores defienden el uso del cerclaje previo en fracturas subtrocantéreas inestables, especialmente en pacientes ancianos con fracturas no reductibles por métodos cerrados, con trazo subtrocantéreo invertido, especialmente, aquellas con trazo espiroideo largo.

CONCLUSIONES:

A pesar de tratarse de una serie con pocos casos, estamos de acuerdo con los autores que defienden la reducción abierta y cerclaje previo en pacientes con fracturas subtrocantéreas inestables, no reductibles de forma adecuada por métodos cerrados, especialmente en pacientes ancianos deambulantes, ya que favorecemos en gran medida la vuelta precoz del paciente a sus actividades habituales.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 350**

TÍTULO: **OSTEOCONDROMA DEFORMANTE DE TIBIA DISTAL EN PACIENTE ESQUELÉTICAMENTE INMADURA.**

AUTORES: **Romero Fernández, J. / Fernández Sáinz-Rozas E. / Leal Robles, A.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

El osteocondroma representa aproximadamente el 12% de todos los tumores óseos y alrededor del 45% de los tumores óseos benignos. Alrededor del 3% de la población lo padece. Es un tumor propio de individuos jóvenes con ligero predominio en varones. Puede ser solitario o múltiple, formando parte del síndrome de exóstosis múltiple hereditaria. Suele ser un hallazgo accidental, normalmente asintomático, cuya localización más frecuente es la rodilla, aunque puede aparecer en otras localizaciones. La localización en tibia distal es excepcional. En general, el tratamiento quirúrgico, en casi necesario, se realiza una vez finalizado el crecimiento ponderoestatural del niño/adolescente.

OBJETIVOS:

Revisar las indicaciones quirúrgicas de los osteocondromas en pacientes esqueléticamente inmaduros, a propósito de un caso de osteocondroma deformante de tibia distal en una niña de 11 años.

MÉTODOS:

Analizamos el caso de una niña de 11 años de edad, que consulta por tumoración en cara anteroexterna del tobillo derecho, con deformidad progresiva en el mismo. A la exploración se identifica tumoración ósea de 8 cm de diámetro mayor de aspecto sésil, con deformidad en varo del peroné distal. Radiológicamente (RX, TAC y RMN), se confirma la sospecha diagnóstica de osteocondroma sésil deformante de tibia distal, con varo de tobillo secundario. A pesar de la inmadurez esquelética y conociendo el riesgo de recidiva, la paciente fue sometida a una extirpación del osteocondroma mediante un abordaje anterior sin osteotomía del peroné, donde se objetivó la debiliad del peroné y la integridad de la articulación tibioperonea distal, que no demostró signos de inestabilidad. La histología confirmó el diagnóstico clínico de osteocondroma sin transformación maligna. Después de la operación, la paciente se inmovilizó durante 4 semanas, en descarga, para disminuir el riesgo de fractura tras la extirpación quirúrgica y se realizó seguimiento de la paciente en consulta de COT. Posteriormente, se inició una vuelta progresiva a la carga hasta ser completa a las 8 semanas desde la intervención. A los 9 meses de la intervención quirúrgica, la paciente lleva a cabo una vida normal, no existen signos clínicos ni radiológicos de recidiva lesional y se obejiva una progresiva recuperación de la morfología normal del peroné y mejora progresiva de la alineación del tobillo. Actualmente, la paciente continúa en seguimiento.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Las metáfisis de la tibia proximal, el fémur distal, la tibia distal, el peroné distal, el fémur proximal y el húmero proximal son los sitios más comúnmente afectados. Los osteocondromas que surgen de la metáfisis distal de la tibia y que ocasionen deformidad del peroné distal, con grave riesgo de fractura y deformidad residual del tobillo son excepcionales. La decisión de tratar estas lesiones de forma conservadora conlleva el riesgo deformidad persistente del tobillo, fracturas y artrosis precoz por alteración del eje de carga. En la literatura publicada, se describe el abordaje anterior, posterior y transfibular con reconstrucción del peroné en el mismo acto quirúrgico, aunque el abordaje anterior sin osteotomía del peroné se asocia a una menor tasa de complicaciones y fue el que se empleó en este caso, con éxito. La extirpación precoz de esta lesión ha evitado la aparición de fractura patológica del peroné distal, deformidades secundarias de tobillo y complicaciones sindesmóticas debidas a la lesión primaria.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 350**

TÍTULO: **OSTEOCONDROMA DEFORMANTE DE TIBIA DISTAL EN PACIENTE ESQUELÉTICAMENTE INMADURA.**

AUTORES: **Romero Fernández, J. / Fernández Sáinz-Rozas E. / Leal Robles, A.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

CONCLUSIONES:

Este caso pone de manifiesto la necesidad de la extirpación temprana de los osteocondromas que deforman el aspecto distal de la tibia y el peroné durante el crecimiento, para prevenir las deformidades del tobillo y las complicaciones sindesmóticas y con ello evita la necesidad de una cirugía reconstructiva compleja o secuelas graves en el individuo esqueléticamente maduro. El abordaje anterior permite llevar a cabo en la mayor parte de los casos, una resección completa y segura de la lesión, con una menor tasa de complicaciones.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 351**

TÍTULO: **DONEC EU MI VARIUS, ULTRICIES AUGUE NON, FERMENTUM LOREM. IN VESTIBULUM NISL AT FELIS VENENATIS, ET VENENATIS DIAM ULTRICES. NULLA IMPERDIET UT MASSA MATTIS SOLLICITUDIN. VESTIBULUM CONSECTETUR ORCI TELLUS, AT POSUERE PURUS PULVINAR VEL.**

AUTORES: **Meziyane, A. / Godoy Montijano, A. / Jodar Graus, R.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

La fascitis necrosante es una infección que afecta el tejido celular subcutáneo, pudiendo extenderse a la fascia profunda, músculo y piel. La forma de presentación clínica más habitual es la presencia de signos de inflamación local, dolor, fiebre, calor y síntomas de toxicidad sistémica y Destaca la rápida progresión local de las lesiones, lo que la convierte en una entidad altamente agresiva. Se ha relacionado con una elevada tasa de mortalidad

OBJETIVOS:

A pesar de un diagnóstico precoz y un tratamiento agresivo, la morbimortalidad continúa siendo elevada. De esta manera se sabe que sin tratamiento quirúrgico la mortalidad es cercana al 100%, y con cirugía los rangos varían según los diferentes estudios, del 20 al 70%, dependiendo del momento de inicio del tratamiento.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de fascitis necrosante por S. pyogenes, en una paciente joven de 30 años previamente sana, con evolución favorable tras un diagnóstico precoz y un tratamiento quirúrgico temprano y agresivo. En urgencias la paciente refirió signos de inflamación local acompañados de escalofríos y fiebre elevada, así como impotencia funcional de la extremidad, por lo que se le pidió una analitica que resultó alterada (Leucocitos 38.36 x 10x3/µL Neutrófilos 96.5 % , Proteína C reactiva 616.3 mg/L).

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se indicó exploración quirúrgica urgente, comprobándose la presencia de fascitis necrotizante, con presencia de líquido purulento sobre las fascias así que se realizó una limpieza y desbridamiento, fasciectomía, toma de muestras para cultivo y Lavado profuso que se completó con antibioterapia de amplio espectro . En el cultivo se aisló Streptococcus pyogenes por lo que se modificó la pauta antibiótica por Ceftriaxona y linezolid .Fue dado de alta a los 20 días del ingreso, asintomático y afebril, y se mantenía así en la última revisión realizada después de un año.

CONCLUSIONES:

Dada la gravedad asociada a esta enfermedad, es fundamental un diagnóstico precoz. La sospecha clínica desempeña un papel importante. La realización de un tratamiento precoz y agresivo, se ha relacionado con un mejor pronóstico y con una disminución de la mortalidad. En nuestro caso la intervención quirúrgica se ha seguido de una importante mejoría del estado general.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 352**

TÍTULO: **FRACTURAS DE CÓNDILO-EPICÓNDILO INFANTIL. UNA LESIÓN INFRAVALORADA.**

AUTORES: **Romero Fernández, J. / Raya Llorente, M. / Bergillos Barroso, M.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas del cóndilo lateral del húmero son las segundas más frecuentes en los niños y constituyen 54% de todas las lesiones de la fisis. Su diagnóstico es con frecuencia difícil de realizar, y en gran medida a nivel radiológico suelen dar la impresión de una lesión de escasa gravedad, lo que en muchas ocasiones hace que se traten como tales, lo que ocasiona graves repercusiones estéticas y funcionales a medida que el niño va creciendo y finalmente en la edad adulta. La clasificación más utilizada es la que describió Milch, basada en el trazo de fractura:

- Tipo I. El trazo atraviesa el núcleo de osificación del cóndilo lateral.
- Tipo II. La fractura recorre hasta el centro de la escotadura de la tróclea.

El principio de su tratamiento se basa en la restitución anatómica de la lesión y estabilización como si fueran epifisiolisis de tipo tipo IV.

OBJETIVOS:

A propósito de dos casos de fractura de epicóndilo infantil, una de ellas inveterada, intervenida quirúrgicamente en nuestro servicio, realizamos una revisión del diagnóstico y tratamiento adecuado de estas fracturas, frecuentemente no diagnosticadas e infravaloradas.

MÉTODOS:

Caso 1: Niña de 3 años de edad, que acude a consultas de revisión por fractura no desplazada de epicóndilo humeral derecho, tras 9 semanas de evolución de tratamiento conservador, no aparecen signos radiológicos de consolidación, persistiendo dolor y deformidad en valgo del codo derecho. Ante estos hallazgos, y siguiendo los criterios de Fynn, consideramos la existencia de una pseudoartrosis de epicóndilo humeral, por lo que la paciente es intervenida quirúrgicamente, demostrando un fragmento osteocartilaginoso volteado, que afecta al cóndilo humeral y el pilar externo de la paleta humeral. Se llevó a cabo una osteosíntesis con 2 agujas de Kirchnner. La agujas se retiraron a las 6 semanas y se mantuvo la inmovilización hasta las 8 semanas desde la cirugía, iniciando tratamiento RHB posterior.

Caso 2: Niña de 6 años de edad, que refiere caída accidental con traumatismo en codo izquierdo, comenzando con impotencia funcional franca y signos inflamatorios locales. La radiografía comparativa demostró fractura del epicóndilo humeral izquierdo, con un fragmento prinicipal de gran tamaño que afecta al cóndilo humeral y un tercer fragmento posterolateral de menor entidad. Se realizó reducción abierta y osteosíntesis con 3 agujas de Kirschnner e inmovilización con codo a 90 grados de flexión durante 8 semanas (2 semanas antes se retiraron las agujas).

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En ambos casos, se llevó a cabo una reducción abierta y osteosíntesis con agujas de Kirchsnner mediante abordaje lateral del codo. Al año de evolución, en ambos casos, las pacientes presentan un balance articular completo, sin signos de deformidad residual hasta la fecha. A pesar de ello, las pacientes continúan en seguimiento debido al alto riesgo existente de complicaciones a largo plazo a pesar del tratamiento quirúrgico realizado y de la buena evolución hasta la fecha. En este tipo de fracturas muchos autores recomiendan el tratamiento quirúrgico, especialmente en las pseudoartrosis, ya que la

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 352**

TÍTULO: **FRACTURAS DE CÓNDILO-EPICÓNDILO INFANTIL. UNA LESIÓN INFRAVALORADA.**

AUTORES: **Romero Fernández, J. / Raya Llorente, M. / Bergillos Barroso, M.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

evolución natural de la lesión dará lugar a una deformidad progresiva en cúbito valgo, que además de tener una repercusión estética, puede producir compromiso tardío del nervio cubital. Existen otras deformidades que se presentan en los pacientes que sufren de una fractura del cóndilo lateral del húmero, siendo la más frecuente el cúbito varo, el cual se llega a presentar hasta en 40% de los casos. Llama la atención el que esta deformidad se presente incluso en las fracturas con mínimo desplazamiento y en las que resultaron con tratamiento muy estable por lo que se piensa que es más por un sobrecrecimiento lateral que por una deformación verdadera.

CONCLUSIONES:

Dada la bibliografía publicada al respecto y la posibilidad de graves repercusiones funcionales y estéticas a largo plazo, aconsejamos el tratamiento quirúrgico de todas las lesiones del epicóndilo humeral infantil o el seguimiento estrecho de aquellas lesiones no desplazadas, que pudiesen ser candidatas a tratamiento conservador, debido al alto riesgo de complicaciones secundarias a corto, medio y largo plazo.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 353**

TÍTULO: **FASCITIS NECROTIZANTE EN MIEMBRO SUPERIOR. A PROPOSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **González Cuadrado, A.V. / Fernández Sainz-Rozas, E. / Ballester Alfaro, J.J.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

La fascitis necrotizante (FN) es una infección rápidamente progresiva de la piel y tejidos blandos. Supone la forma más grave de infección de partes blandas, debido a la rápida destrucción y necrosis tisular y al desarrollo, en un tercio de los pacientes, de shock y fracaso multiorgánico. La localización más habitual de esta entidad es mediante una puerta de entrada (traumatismo, picadura, lesión venosa, herida quirurgica) o en miembros inferiores. Presentamos un caso poco habitual de FN localizada en miembro superior derecho (MSD).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 75 años, natural de Zaragoza, con AP de DM2 y apendicectomía, que acude a urgencias de nuestro hospital por fiebre y dolor en hipocondrio derecho de 24h. Durante su estancia en urgencias comienza a referir molestias en el hombro que se hacen progresivas rápidamente apareciendo crepitación desde hombro a muñeca, cambios de coloración en la piel y dolor intenso. Se realiza TAC abdominal que es informado de neoplasia de colon abcesificada y se procede a fasciotomia de urgencia tras diagnóstico de fascitis necrotizante de todo el MSD. El paciente presenta datos de shock séptico y es ingresado en UCI.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El tratamiento aplicado al paciente consistió en fasciotomia de urgencia + atb empírica. Posteriormente se procedió a cura y exéresis de tejido necrótico cada 2 días, añadiéndose un sistema de aspiración VAC. Se aisla Clostridium septicum. La evolución del MSD del paciente fue favorable junto con su estado general, saliendo del coma inducido y respondiendo a ordenes verbales. Se interconsulta con UCI y Cirugía plástica de H. Miguel Servet (Zaragoza) para traslado y tratamiento definitivo. Este dia sufre una perforación intestinal que provoca un nuevo fallo multiorgánico con el consecuente exitus.

CONCLUSIONES:

La FN supone la forma más grave de infección de partes blandas, y su pronóstico depende esencialmente de un diagnóstico precoz y un tratamiento agresivo inmediato. Pese al mejor conocimiento de su etiopatogenia y a la disponibilidad de herramientas terapéuticas más eficientes, la mortalidad de la FN apenas se ha modificado en los últimos años, superando el 25%. El tratamiento se basa en soporte hemodinámico, tratamiento quirúrgico extenso y precoz, y antibioterapia empírica.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 354**

TÍTULO: **FRACTURA PERIPROTÉSICA CABEZA RADIAL. A PROPOSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **González Cuadrado, A.V. / González Suarez, J.J. / Fernández Muñoz, S.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

La fractura periprotésica es una patología poco frecuente en general, más aún en la región del codo, si bien se ha constatado en las últimas décadas un claro aumento de su incidencia en relación con el creciente número de reemplazos articulares que se efectúan. Estas fracturas suelen requerir de tratamiento quirúrgico y suponen, normalmente, un reto para el cirujano ortopédico. Presentamos el caso de una mujer con fractura periprotésica de cabeza radial.

OBJETIVOS:

Donec eu mi varius, ultricies augue non, fermentum lorem. In vestibulum nisl at felis venenatis, et venenatis diam ultrices. Nulla imperdiet ut massa mattis sollicitudin. Vestibulum consectetur orci tellus, at posuere purus pulvinar vel

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 67 años que acude a urgencias por dolor en codo derecho. AP: HTA, DM2. En 2010 es intervenida por fractura-luxación de codo derecho (triada de Hotchkiss), realizando artroplastia de cabeza radial y reanclaje ligamentario externo. La paciente ha ido presentando dolor y deterioro progresivo de la función en ese codo. Actualmente con limitación importante: flexión 80º y extensión -45º. Tras estudio radiológico se observa fractura periprotésica de cabeza radial e importantes cambios degenerativos en codo, por lo que proponemos tratamiento con artroplastia total de codo.

RESULTADOS:

Se procede a la retirada de prótesis de cabeza radial tipo MoPyc y se coloca artroplastia total de codo (Coonrad-Morrey). Se envía la paciente a rehabilitación y comienza desde la primera semana con ejercicios de flexo-extensión de codo. A los 4 meses la paciente refiere una disminución importante del dolor, con una mejora en la función del codo: flexión 125º y extensión -20º. Durante el primer mes presentó ligeras parestesias en 4º y 5º dedo.

CONCLUSIONES:

Consideramos la artroplastia total de codo un tratamiento adecuado cuando se produce un fracaso en este tipo de artroplastia de cabeza radial. El campo de la artroplastia de codo continúa experimentando avances importantes. Actualmente, la artroplastia de codo representa una buena alternativa terapéutica para pacientes con procesos inflamatorios, así como determinados pacientes con artrosis postraumática, pacientes ancianos con fracturas de húmero distal, pseudoartrosis de húmero distal, artropatía hemofílica y reconstrucción tras resección tumoral.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 356**

TÍTULO: **DEFORMIDAD EN COLA DE PEZ (FISHTAIL) COMO COMPLICACIÓN TRAS FRACTURA SUPRACONDILEA DE CODO EN NIÑOS. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

AUTORES: **González Suárez, J.J. / Fernández-Sainz Rozas, E. / Jiménez Baquero, J. / Jiménez Martínez, S. / Ballester Alfaro, J.J.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

La deformidad en cola de pez es una complicación poco frecuente que suele darse tras una fractura supracondílea, de cóndilo lateral o medial en niños en los que aún no se han cerrado los núcleos fisarios del húmero distal. La causa inicial suele ser una fractura de húmero distal aunque también hay casos descritos tras traumatismos banales en el codo. Esta deformidad se produce por la necrosis avascular/reabsorción de la tróclea humeral. El momento de aparición de la clínica en el paciente puede variar de meses a años y consiste en rigidez y disminución de la movilidad. Suele asociarse a presencia de cuerpos libres articulares y en ocasiones a una subluxación de la cabeza radial que asocia peor pronóstico funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente de 11 años con rigidez y limitación funcional en codo no dominante. No deformidad. Fractura de húmero distal hace 2 años tratada de forma conservadora. Balance articular de 30-85º y dolor solo a esfuerzos, pronosupinación completa. En rx se observa una necrosis de la tróclea humeral con deformidad en cola de pez. Se realiza búsqueda bibliográfica con los términos “fishtail deformity”, “supracondylar fracture complication”.

RESULTADOS:

Actualmente el paciente está adaptado a sus limitaciones. Nuestra actitud por ahora es conservadora, con revisiones periódicas. En un futuro no descartamos realizar algún gesto quirúrgico si progresa la limitación. En la búsqueda bibliográfica hemos encontrado pocas publicaciones con respecto a esta complicación y menos aún, consenso en cuanto al tratamiento. De los 28 artículos revisados, gran parte son artículos de radiología descriptiva, otros son descriptivos y tan solo algunos, series de casos con escaso número de pacientes. Destacar alguno que como tratamiento describe desbridamientos artroscópicos/artrolisis en casos de gran limitación, con resultados inciertos a largo plazo.

CONCLUSIONES:

La deformidad en cola de pez tras traumatismos en codo en el niño es una rara grave complicación. Es importante sospecharla en los controles radiológicos. La actitud a seguir dependerá de la clínica que presente el paciente, pudiendo variar dese la observación y seguimiento periódico a posible desbridamiento artroscópico/artrolisis.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 357**

TÍTULO: **CLINODACTILIA MÚLTIPLE POR HEMIEPIFISIODESIS POSTRAUMÁTICA EN FALANGE PROXIMAL DE 1º Y 2º DEDOS. IMPLICACIÓN FUNCIONAL Y TRATAMIENTO.**

AUTORES: **González Suárez, J.J. / González Cuadrado, A. / Moya Corral, F.C. / Jiménez Martínez, S. / Ballester Alfaro, J.J.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

La clinodactilia es una angulación de un dedo en el plano radiocubital distal a la articulación metacarpofalángica. Se produce una alteración en la forma de una falange afectada debido a un crecimiento longitudinal asimétrico. Una de las causas es la alteración en la placa de crecimiento, que puede ser congénita o secundaria a traumatismos, artritis inflamatorias/infecciosas, tumores óseos como el encondroma o congelaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente de 10 años con antecedente de epifisiolisis en bases de la falange proximal de 1º y 2º dedos de la mano. Presenta una hemiepifisiodesis postraumática que condiciona una importante desviación radial del 2º dedo y cubital del 1º, provocando una alteración en la función de la pinza. Tras valoración radiológica de las lesiones se propone tratamiento quirúrgico, realizando una osteotomía en cuña de cierre en falange proximal de 1º dedo y una osteotomía en cuña de apertura en falange proximal de 2º dedo con aporte de injerto estructural de radio distal, fijadas con agujas de Kirschner, consiguiendo la corrección de la alineación. No precisó actuación a nivel de partes blandas.

RESULTADOS:

Tras un periodo inicial de inmovilización de 4 semanas, se procede a la retirada del material de osteosíntesis e inicio de tratamiento fisioterápico. Actualmente el paciente presenta una correcta alineación en los dedos, con balance articular completo que le permiten realizar la pinza de precisión. A pesar del resultado satisfactorio, dada la edad del paciente y el cierre epifisario, se explica a los familiares que es probable que en un futuro pueda precisar nuevas cirugías por recidiva de la angulación o por la presencia de un acortamiento digital importante.

CONCLUSIONES:

La clinodactilia es una patología que al producir una desviación en los dedos puede provocar una alteración en la función de la mano si esa angulación es muy marcada o si se encuentran afectados varios dedos. La etiología suele ser una forma trapezoidal anormal de la falange, un paréntesis epifisario longitudinal o un paréntesis diafisario longitudinal, siendo estas dos últimas responsables de angulaciones mayores. Puede tratarse de una patología congénita o bien adquirida. Los casos leves-moderador no suelen precisar tratamiento salvo que provoquen alteraciones en la función. El tratamiento quirúrgico consiste en la realineación del dedo mediante osteotmías de en cuña de apertura o de cierre.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 358**

TÍTULO: **ROTURA CRÓNICA DEL TENDÓN DEL CUÁDRICEPS. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Rodríguez Romero M.I. / González Cuadrado A. / Romero Fernández, J.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

Las rupturas de tendón cuadricipital que se presentan en fase crónica representan un problema difícil de resolver en cuanto a su reconstrucción. Los resultados que se han publicado sobre el tratamiento quirúrgico de estas lesiones son en general menos satisfactorios que los de la reparación aguda. Entre las intervenciones descritas destacan la de Scuderi o la de Codivilla. Exponemos aquí una reparación del tendón mediante tunelizaciones rotulianas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de mediana edad con rotura crónica de tendón cuadricipital izquierdo. A la exploración se aprecia hachazo en polo superior de la rótula, patela baja e impotencia funcional extensora. Se confirma mediante ecografía el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico que se realizó consistió en 3 tunelizaciones transpatelares en eje longitudinal, suturas tipo Krackow pasando los cabos por las tunelizaciones y anudando en polo inferior de rótula, se reparan además defectos en alerones rotulianos. Se añade PRP.

RESULTADOS:

Se deja al paciente 4 semanas en descarga con férula posterior. Posteriormente se coloca ortesis bloqueada en extensión completa 2 semanas más. Aumentamos 10º de flexión semanalmente desde la 2ª semana y se inicia apoyo-contacto a partir de la 8ª semana desde la cirugia. El paciente actualmente presenta una buena función de su rodilla intervenida con balances articulares completos y fuerza extensora conservada.

CONCLUSIONES:

El retraso en la reparación de roturas de aparato extensor empeora el pronóstico. En el caso clínico presentado, el retraso era importante (8 semanas), por lo que resultó sorprendente que se consiguiera la mejoría completa, permitiendo el reanclaje rotuliano. En la medida de lo posible, aconsejamos limitar las plastias de cuádriceps, salvo en grandes defectos, que impidan la reinserción tendinosa. En casos de rotura completa del tendón cuadricipital con defecto palpable e incapacidad para levantar la pierna, está indicada la reparación directa asociada o no a la técnica de Scuderi, siempre que no sea posible el reanclaje debido a la retracción del aparato extensor. La rotura crónica se asocia a retracción de partes blandas y fibrosis, por lo que, a menudo, es necesario recurrir a alargamientos tendinosos o al uso de injerto asociado a cerclaje con alambre. El tratamiento de elección en las roturas completas es el quirúrgico, de modo que el conservador con inmovilización en extensión queda reservado para las roturas parciales con el retináculo extensor intacto.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 359**

TÍTULO: **RESECCIÓN MEDIANTE CURETAJE DE SCHWANNOMA INTRAÓSEO SINTOMÁTICO EN SACRO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **López Alcázar, J.L. / Pérez Abela, A.L. / Sánchez Aguilera, A.J.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

El schwannoma es un tumor benigno cuyo tratamiento puede ser conservador en gran parte de los casos. Sin embargo, hay opciones quirúrgicas para cuando provoque sintomatología.

OBJETIVOS:

Exponer el manejo terapéutico de un schwannoma intraóseo en sacro y revisar sus particularidades.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de un varón de 53 años con dolor neuropático en ingle derecha, hipoestesia perianal e impotencia para la erección. Se realizó tomografía computarizada (TC, figura 1) y resonancia magnética nuclear (RMN, figura 2), que mostraron lesión lítica en zona sacra derecha que ensancha el agujero de conjunción de S2. Ambas corticales del sacro estaban respetadas. Se realizó una biopsia guiada por TC que arrojó el diagnóstico de schwannoma. Debido a los síntomas del paciente que limitaban su calidad de vida se decidió tratamiento quirúrgico. Se realizó un abordaje posterior del sacro. Se desinsertó de la línea media el glúteo mayor derecho y se realizó una ventana ósea sobre el tumor, que se encontraba intraóseo. Se realizó curetaje para resecar el tumor y laminectomía con descompresión de las raíces S2 y S3 (figura 3). Finalmente se cubrió la ventana mediante aloinjerto estructural de peroné (figura 4). La intervención se llevó a cabo con control neurofisiológico, que mostró mejoría en la recepción de las señales de S2 y S3 tras la cirugía.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El schwannoma es un tumor benigno de la vaina nerviosa de crecimiento lento que asienta en los nervios periféricos. Es infrecuente su localización intraósea, que aparece más en mandíbula y sacro. Tiene un crecimiento erosivo formando cavidades y ensanchando los forámenes. La edad de media de aparición es de 35 y la clínica más frecuente es el dolor. Radiológicamente apreciamos erosión intraósea con esclerosis periférica. Tiene leve o nula reacción perióstica y respeta corticales. Se puede tratar de forma exitosa mediante curetaje o resección en bloque. Las recurrencias son poco frecuentes y suelen estar relacionadas con una resección incompleta.

CONCLUSIONES:

El schwannoma intraóseo es un tumor infrecuente benigno pero puede provocar sintomatología compresiva. En estos casos, está indicada la excisión tumoral con alta probabilidad de éxito.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 362**

TÍTULO: **FRACTURA-AVULSION DE ESPINAS ILIACAS.**

AUTORES: **Hijazi Quiles, J. / Cáceres Sánchez, L. / Barrionuevo, F.J.**

CENTRO: **Hospital San Juan De Dios del Aljarafe, Bormujos (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas por arrancamiento de la espina ilíaca son lesiones poco frecuentes. La mayoría de ellas ocurren en adolescentes que tras realizar un esfuerzo brusco de alta intensidad se produce una avulsión ósea a nivel de la espina ilíaca antero-superior (origen del músculo sartorio) o de la espina ilíaca antero-inferior (origen del músculo recto anterior). La presentación habitual de estas fracturas es un cuadro de dolor de inicio súbito en la región de la cadera al realizar una actividad deportiva. Si se realiza una radiografía durante la fase de consolidación de una de estas fracturas cuando hay formación de un callo exuberante, el aspecto radiológico puede simular el de un sarcoma osteogénico.

MÉTODOS:

Caso clínico 1:
Mujer de 14 años, alérgica al A.A.S. como antecedente de interés, que acude a Urgencias por coxalgia derecha de inicio súbito mientras realiza ejercicio físico en clase de gimnasia. En estudio radiográfico simple, se observa fractura avulsión de espina ilíaca antero-superior con desplazamiento, por lo que se solicita una TAC que confirma el diagnóstico, añadiendo: fragmento de 18mm desplazado anterior y caudalmente. No afectación del cartílago de crecimiento. Se decide tratamiento conservador de la fractura, dejando a la paciente en descarga completa 4 semanas seguidas de 2 más con carga parcial. Tras evolución de 18 meses, fractura consolidada y paciente asintomática realizando vida normal.
Caso clínico 2:
Varón de 16 años,sin antecedentes personales de interés, que al iniciar un "sprint" durante una clase de gimnasia presenta de forma brusca dolor agudo en cadera derecha con dificultad para la flexo-extensión activa y pasiva de la misma y claudicación de la marcha. Se realizó un estudio con radiografía simple objetivándose un discreto arrancamiento de la espina ilíaca antero-inferior, bien definido y con escaso desplazamiento,hallazgo que justifica el cuadro clínico que presentaba nuestro paciente. Se inicia tratamiento conservador con reposo relativo, deambulación con bastones,AINE´s y crioterapia. Tras 4 semanas presenta evidente mejoría clínica, manteniendo aún reposo para actividades deportivas durante 4 semanas más.

DISCUSIÓN:

Las fracturas por avulsión de la espina ilíaca se consideran lesiones estables del anillo pélvico, con buen pronóstico. Sólo tienen indicación quirúrgica (tornillos a compresión) cuando el fragmento se ha desplazado más de 2 cm , se observa dolor y limitación del movimiento por exóstosis o en deportistas de alta competición. En el resto de casos, el tratamiento conservador permite recuperación funcional completa en apenas 6 semanas, siendo menor con inicio precoz de rehabilitación.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 364**

TÍTULO: **DEFECTO ÓSEO FEMORAL POSTRAUMÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Raya Llorente , M. / Fernández Muñoz, S. / Ballester Alfaro, J.J.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

La reconstrucción de defectos óseos segmentarios postraumáticos superiores a 8 cm continúa siendo un reto para el cirujano ortopédico. Evitar la amputación y conseguir la consolidación de la fractura manteniendo una adecuada alineación constituyen los principales objetivos.

OBJETIVOS:

Ilustrar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de lesiones mediante un caso clínico.

MÉTODOS:

Mujer de 63 politraumatizada tras accidente de moto que presenta fractura abierta de fémur distal izquierdo bifocal tipo IIIA de Gustilo con pérdida de fragmento intercalar de 13 cm, afectación supraintercondílea y conminución de ambos cóndilos femorales. Inicialmente, se realiza control de daños mediante fijación externa monolateral de fémur. Tras asegurar el correcto estado de las partes blandas, se realiza tratamiento definitivo mediante artrodesis de rodilla con clavo intramedular y aloinjerto estructural de fémur de 13 cm al mes del traumatismo.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

A los 6 meses se aprecia correcta integración del injerto en fémur. Clínicamente, la paciente mantiene funcionalidad de miembro inferior izquierdo. La mala vascularización producida por la lesión extensa de partes blandas, la osteoporosis por desuso y la conminución del foco, hacen que la no unión sea la principal complicación en los defecto óseo postraumáticos tras fracturas abiertas. En nuestro caso, se añade como factor de riesgo el pequeño tamaño del fragmento distal. De aquí la importancia de conseguir una adecuada estabilidad mecánica. Existen varias técnicas descritas para el tratamiento de defectos óseos, tales como la osteosíntesis con autoinjerto de peroné vascularizado, injerto de hueso esponjoso según la técnica de Masquelet o el transporte de hueso mediante fijador externo, aunque ninguna ha demostrado ser superior. Asimismo, los grandes defectos próximos a la articulación podrían tratarse con prótesis tumorales . Actualmente, está en auge el empleo de la fijación externa hasta conseguir la longitud adecuada del miembro seguida de fijación interna mediante clavo o placa con autoinjerto.

CONCLUSIONES:

La artrodesis con injerto óseo estructural mediante enclavado intramedular constituye un adecuado tratamiento para grandes defectos óseos no susceptibles de técnicas menos agresivas.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 365**

TÍTULO: **COMPLICACIONES MECÁNICAS EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DE CADERA X FRAGILIDAD.**

AUTORES: **Rodríguez Romero, M.I. / Goberna Pesudo, R. / Ballester Alfaro, J.J.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de cadera constituyen un grave problema de salud debido a su alta y creciente frecuencia, principalmente en países desarrollados. Las de la región trocantérea son 2 veces más frecuentes que las del cuello femoral. La técnica quirúrgica más utilizada en la actualidad es la osteosíntesis con clavo intramedular trocantérico, que garantiza una estabilidad inmediata, permite la movilización precoz del paciente y mantiene la reducción de la fractura hasta su consolidación. Esta técnica, por su fácil manejo, corta curva de aprendizaje y sus excelentes resultados es una de las primeras en ser practicadas en algunos hospitales incluso por los residentes de primer año de Traumatología, pero no está exenta de complicaciones en casos de mal estado general del paciente, osteoporosis grave, fracturas inestables o fallos en la técnica quirúrgica. Las complicaciones más frecuentes son la infección, consolidación en varo por mal posicionamiento del material de osteosíntesis o migración del tornillo cefálico fuera de la cabeza femoral (cut out o cut-in).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de una paciente mujer de 84 años de edad, leve demencia senil, institucionalizada en residencia de ancianos y buena calidad de vida que tras una caída casual desde su propia altura acude al servicio de urgencias por dolor e impotencia funcional en Miembro Inferior Izquierdo. Tras estudio radiológico es diagnosticada como fractura pertrocantérea inestable de extremidad proximal del fémur izquierdo. Se realiza reducción abierta y osteosíntesis con clavo intramedular corto en menos de 24 horas desde el ingreso y tras una evolución favorable la paciente es dada de alta a los 4 días de hospitalización. La paciente acude de nuevo al servicio de urgencias 15 días más tarde con dolor intenso e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo en la Rx se observa un fenómeno de CUT-OUT del tornillo cefálico y desplazamiento en varo de cabeza femoral. Se interviene quirúrgicamente, realizándose extracción del clavo intramedular, reducción cruenta y osteosíntesis con tornillo-placa DCS, que tras evolucionar de manera favorable es dada de alta. Regresa al servicio de urgencias 16 días más tarde por nuevo episodio de dolor e impotencia funcional de miembro intervenido de aparición súbita mientras deambulaba. Se comprueba mediante Rx nuevo CUT-OUT del tornillo cefálico del clavo-placa DCS. Ingresa para tratamiento quirúrgico. Se retira de nuevo el material y debido a la osteoporosis grave de la paciente y mala calidad de hueso que hace insuficiente cualquier tipo de osteosíntesis se realiza osteotomía de cuello femoral, fresado de cotilo y se coloca una prótesis total de cadera con vástago de revisión modular de anclaje diafisario. A los 4 días tras el alta la paciente acude al servicio de urgencias por luxación de prótesis que es reducida en quirófano bajo anestesia general. Tras una semana de hospitalización y con buena evolución la paciente es dada de alta con indicación de que permanezca una semana más sin cargar el miembro para recuperación de partes blandas y es introducida en lista de espera quirúrgica para recambio del cotilo por uno retentivo en caso de nueva luxación. En las siguientes 6 semanas la paciente sufre dos nuevos episodios de luxación que se reducen de forma ortopédica. Tras el tercer episodio de luxación se decide cirugía de re-revisión para recambio a un cotilo constreñido por mal estado de partes blandas adyacentes. Se mantiene a la paciente en cama con tracción blanda y 4 días más tarde se interviene recambiándole el cotillo de 48 mm a un cotilo de revisión altamente poroso de 52 mm, con inserto constreñido. Alta Hospitalaria a un nuevo Centro institucional.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 365**

TÍTULO: **COMPLICACIONES MECÁNICAS EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DE CADERA X FRAGILIDAD.**

AUTORES: **Rodríguez Romero, M.I. / Goberna Pesudo, R. / Ballester Alfaro, J.J.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

RESULTADOS:

Tras tercera cirugía de revisión y recambio del cotilo a constreñido se mantiene vástago de revisión. La paciente sique institucionalizada y en tratamiento psiquiátrico por demencia senil. No otros episodios de complicaciones. En último control Rx objetiva adecuada orientación de los componentes y prótesis estable.

CONCLUSIONES:

Los nuevos sistemas de osteosíntesis han producido un avance espectacular en el tratamiento de las fracturas de cadera del anciano. Los factores de riesgo más importantes para que se produzcan complicaciones son: inestabilidad, reducción inadecuada, osteoporosis grave, estado mental del paciente, y paciente institucionalizada. En la cirugía de revisión a prótesis articular es fundamental valorar el estado de partes blandas y la necesidad de cotilos constreñidos o de doble movilidad para evitar otra temida complicación como es la luxación.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 366**

TÍTULO: TETRAPLEJIA POR ARMA DE FUEGO COMPLICADA POR CIFOSIS POSTLAMINECTOMÍA.

AUTORES: Orta Chincoa, J. / Oliva Moya, F. / Vela Panes, T. / García Guerrero, G.L. / Andrés García, J.A.

CENTRO: Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones neurológicas debidas a herida por arma de fuego suponen un 13-17% de todas las lesiones traumáticas neurológicas. Un traumatismo raquídeo por arma de fuego presenta, con frecuencia, déficit neurológico que puede ser completo o incompleto, además de una serie de complicaciones sobreañadidas como infecciones, fístulas de líquido cefalorraquídeo, fracturas vertebrales, etc. La cifosis cervical postlaminectomía es la causa más frecuente de deformidad en la columna cervical. La asociación de traumatismo raquídeo por arma de fuego y cifosis cervical postlaminectomía es poco frecuente.

OBJETIVOS:

Mostrar los resultados de la artrodesis cervicotorácica en caso de cifosis postlaminectomía con lesión por arma de fuego.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Case report de un paciente intervenido de artrodesis cervicotorácica tras herida por arma de fuego y cifosis postlaminectomía en el Hospital Universitario Puerta del Mar en junio de 2016.

DISCUSIÓN:

- La lesión medular por arma de fuego si no presenta efecto compresivo neural residual no precisa descompresion, dado que el daño producido por el calor de proyectil es irreparable.
- No se ha visto un aumento de la incidencia de infecciones en la no retirada del proyectil.
- Se recomienda la realización de tomografía computarizada en heridas por armas de fuego de la región espinal.
- El manejo debe ser lo más conservador posible.

CONCLUSIONES:

1. La cirugía espinal descompresiva no debe realizarse por norma en pacientes con heridas por arma de fuego con clínica neurológica, salvo confirmacion de lesión reparable.
2. La cifosis postlaminectomia en charnela cervicodorsal es una complicación frecuente y que debe evitarse con fijación posterior tras la descompresion.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 368**

TÍTULO: **CONDROSARCOMA DE VENA FEMORAL. A PROPOSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Alfonso Bravo, C. / Román Torres, M. / Carpintero Lluch, R.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía**

INTRODUCCIÓN:

Los tumores dependientes de las venas profundas de los miembros son entidades extremadamente raras. Presentamos el caso de una paciente de 18 años con condrosarcoma de la vena femoral, una patología únicamente descrita en una ocasión en la literatura médica.

OBJETIVOS:

Revisar el manejo diagnóstico y terapéutico de los tumores de venas profundas de los miembros a través de la presentación de este caso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En 2014 la paciente es remitida a Consultas Externas de Traumatología del Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba) para estudio y tratamiento de una masa e inflamación inespecífica en el muslo izquierdo de varios meses de evolución. Las pruebas de imágenes realizadas revelan una tumoración dependiente de vena femoral izquierda, sin clara infiltración de tejidos periféricos. Los estudios de extensión realizados hasta ese momento son negativos. Se decide intervención quirúrgica en conjunto con el Servicio de Cirugía Cardiovascular.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se realiza exéresis de la vena femoral en un trayecto de unos 12 cms, con abordaje inguinal izquierdo y previa ligadura de múltiples colaterales y vasos nutricios. Se diseca la arteria femoral en todo su trayecto, liberándose de la masa tumoral, donde realiza impronta sin existir infiltración. Se realiza un bypass con vena safena autóloga normoposicionada y bajo heparina sódica. La pieza quirúrgica y varias adenopatía periféricas son remitidas al Servicio de Anatomía Patológica para estudio, informándose como sarcoma intravascular, con diferenciación osteo-condromatosa que no afecta a los bordes de resección y linfadenitis reactiva inespecífica. En el seguimiento postquirúrgico, no se aprecian signos ni síntomas de diseminación tumoral en la exploración ni en las pruebas complementarias. El bypass es permeable, demostrado con ecodoppler.

CONCLUSIONES:

Este tipo de tumores son extremadamente raros, presentando síntomas inespecíficos como dolor, inflamación e incluso TVP. Las pruebas de imágenes deben orientar el diagnóstico y el tratamiento multidisciplinar e individualizado, que incluye terapias coadyuvantes y tratamiento quirúrgico. Se debe intentar la exéresis en bloque de la masa ya que la reconstrucción de la vena no siempre es obligada. Finalmente, vigilancia estrecha para evitar complicaciones, recidiva local o extensión periférica.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 369**

TÍTULO: **REALINEACIÓN METATARSAL DE LELIEVRE UNA TÉCNICA CLÁSICA QUE MANTIENE SUS INDICACIONES.**

AUTORES: **Prado Martín de Lucia, L.F. / Duran Garrido, F.J. / Esteban Castillo, J.L.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

OBJETIVOS:

Presentar, a través de un caso ilustrativo, las indicaciones de la alineación metatarsal de Lelievre sigue siendo una técnica clásica que mantiene sus indicaciones en pacientes con enfermedades reumatológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 64 años con Artritis Reumatoide en tratamiento con Metotrexato y Etanercept que presentaba una metatarsalgia severa a nivel de pie izquierdo de años de evolución sin mejoría a pesar de la aplicación de medidas conservadoras. Exploración clínico/radiológica: Metatarsalgia severa con hiperqueratosis plantar de 3º rocker, asociada a hallux varus con severos cambios degenerativos MTT-F; luxación MTT-F de los 4 radios menores y martillo de 2º, 3º y 4º dedos y Costa normal. Se decidió corrección quirúrgica mediante artrodesis MTT-F con placa y tornillo interfragmentario + realineación metatarsal de Lelievre + artrolisis IFP.

RESULTADOS:

Después de 8 semanas con un zapato postquirúrgico la paciente comenzó a caminar sin dolor con un calzado blando.

DISCUSIÓN:

Las metatarsalgias son la causa más frecuente de dolor en el pie, independientemente de su etiología (85%) predominando en el sexo femenino. Una vez agotadas las medidas conservadoras debemos plantearnos la corrección quirúrgica de las causas de la metatarsalgia. Entre las técnicas de corrección; la alineación metatarsal de Lelievre es una técnica clásica que mantiene indicación en las grandes deformidades de los pacientes reumáticos, pero que debe ser indicada tras una correcta selección de los pacientes pues en una técnica mutilante que, sin una correcta indicación, puede resultados incluso catastróficos con escasas posibilidades de rescate. En nuestra Unidad, reservamos esta técnica para metatarsalgias mecánicas con importante deformidad del antepié de:

- Pacientes afectos de reumatismos inflamatorios
- Ancianos con deformidades severas.
- Pacientes con deterioro articular significativo y osteoporosis que contraindican la osteotomía de Weill
- Antepiés catastróficos gravemente alterados.

CONCLUSIONES:

La alineación metatarsal de Lelievre, en pacientes seleccionados, es una técnica quirúrgica aún vigente para el tratamiento de la patología de antepié. Su indicación principal la encontramos en la afectación reumática del antepié y en las grandes deformidades de pacientes osteoporóticos en los que la osteotomía de Weill estaría contraindicada.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 371**

TÍTULO: **ONCOCITOMA RENAL COMO METÁSTASIS ÚNICA EN HOMBRO.**

AUTORES: **Alfonso Bravo, C. / Carpintero Lluch, R. / Izquierdo Fernández, A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía**

INTRODUCCIÓN:

El oncocitoma renal en un tumor benigno, generalmente descubierto de forma incidental y diagnosticado tras su estudio histopatológico. Pese a tener características benignas, se han descrito diversos casos de metástasis a distancia.

OBJETIVOS:

Exponer el caso de un paciente con metástasis única de un oncocitoma renal en hombro derecho, no descrito anteriormente en la literatura médica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente varón que comienza con un cuadro de dolor insidioso en hombro derecho de varios meses de evolución. Consulta en múltiples ocasiones en urgencias, siendo diagnosticado de forma clínica de rotura del manguito de los rotadores. Tras ser visto en consultas de Aparato Locomotor y mediante estudio de RMN, se aprecia una masa de características líticas que adelgaza la cortical medial del húmero proximal derecho. El paciente es entonces derivado de forma urgente a consultas externas de traumatología, Unidad de Tumores.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Se realiza biopsia de la lesión siendo catalogada como metástasis de un oncocitoma renal. Dado el buen pronóstico de la enfermedad se decide tratamiento quirúrgico de intención curativa, con resección completa de la masa tumoral y reconstrucción de la articulación glenohumeral mediante injerto óseo y prótesis invertida Delta Xtend.

CONCLUSIONES:

Este tipo de tumores son generalmente benignos, siendo extremadamente raro la metástasis a distancia. No estaba descrito previamente la metástasis ósea del oncocitoma renal.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 372**

TÍTULO: **LUXACION GLENOHUMERAL ERECTA, A PROPOSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Las luxaciones glenohumerales erectas son lesiones sencillas de reconocer, que con frecuencia son mal diagnosticadas debido a su escasa incidencia.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

Las luxaciones glenohumerales erectas son lesiones sencillas de reconocer, que con frecuencia son mal diagnosticadas debido a su escasa incidencia.

CASO CLÍNICO

Mujer de 75 años que sufre atropello por motocicleta con resultado de traumatismo en hombro izquierdo. En la exploración inicial se observa intenso dolor, e impotencia funcional en hombro izquierdo, que se encuentra bloqueado en posición “erecta”. No se aprecia afectación Neurovascular asociada. Estudios de imagen (Radiografía simple y TC): fractura-luxación compleja inferior de articulación glenohumeral izquierda. El intento de reducción cerrada bajo sedoanalgesia en quirófano de urgencias no tiene éxito debido a la complejidad de la fractura, por lo que es ingresada para tratamiento definitivo.

INTERVENCIÓN Y RESULTADOS:

Es sometida a una intervención de Artroplastia Total de hombro derecho.

DISCUSIÓN:

La luxación erecta es una lesion sumamente rara que comprende solo el 0,5% del total de luxaciones glenohumerales. El mecanismo de lesión más frecuente es el indirecto, como resultado de una rápida y violenta abducción del húmero que impacta sobre un acromion que hace de fulcro. Clínicamente el paciente presenta la clásica posición de saludo, con bloqueo de la articulación en abducción de 110-160º, flexión a 45-50 º, la mano por encima de la cabeza y típicamente sostenida por la otra mano para disminuir el intenso dolor. Suele identificarse en la axila y región superolateral de la caja torácica una tumoración correspondiente a la cabeza humeral. Resulta obligada la exploración neurovascular, por la frecuencia de lesiones del plexo braquial, y por la aparición de alteraciones vasculares. Es necesario realizar una serie radiológica del hombro para el diagnostico y tratamiento inmediato. En este momento el tratamiento es indudable, la reducción cerrada bajo sedoanalgesia. Una vez el paciente este preparado se realizarán las maniobras de reducción mediante tracción-contratracción y aducción gradual suave del hombro. Una vez resuelta la urgencia hay que buscar activamente lesiones asociadas mediante Tomografía Computerizada y Resonancia Magnética Nuclear, ya que hasta en el 80% de los casos encontramos otras lesiones asociadas. Presentamos este caso clínico con la finalidad de mostrar una lesion que, aunque tiene una clínica dramática y patognomónica, es frecuentemente mal diagnosticada debido a su escasa incidencia.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 373**

TÍTULO: **FRACTURA-LUXACION ABIERTA DE PTR. A PROPOSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **González Cuadrado, A.V. / Leal Robles, A. / Jiménez Baquero, J.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

La luxación traumática de PTR es una entidad cuya incidencia es extremadamente baja, razón por la que se realiza este trabajo dado que su incidencia vendrá en aumento debido al incremento de artroplastias de rodilla en nuestro medio. En cuanto al diagnóstico inicial lo más importante es descartar una lesión de tipo vascular. Se describen porcentajes de amputación pasadas las 8h sin reperfusión del miembro afectado de hasta el 86%. A la hora de decidir el tratamiento nos encontramos con una doble dificultad: una escasa publicación acerca de la patología y una falta de consenso sobre cual es el mejor tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 84 años que acude a urgencias por caída fortuita en su domicilio con traumatismo en rodilla derecha. AP: intervenido hace 16 días de PTR derecha constreñida. En la exploración presenta impotencia funcional, dolor y deformidad, buen relleno capilar. En Rx Luxación de PTR con fractura abierta grado IIIA de Gustilo. Se realiza angio-TAC urgente que descarta afectación vascular y se coloca fijador externo + antibioterapia empírica.

RESULTADOS:

Evolución favorable del paciente durante su ingreso. A los dos dias se realiza angiografía para comprobar que no hay afectación vascular. Tampoco déficits nerviosos asociados. Se comprueba con Rx posterior fractura de cóndilo femoral medial no desplazada. A las 2 semanas se retira fijador externo y se coloca férula posterior. En la actualidad el paciente camina con un bastón, balance articular 0-110º y no ha vuelto a tener episodios de luxación.

CONCLUSIONES:

La luxación traumática de PTR requiere de un manejo minucioso por parte del cirujano ortopédico, el cual conjuga experiencia y conocimientos. Es de vital importancia en la presencia de esta entidad traumática tener siempre presente la posibilidad de un daño de tipo vascular o nervioso, para lo cual hay que basarse en el examen clínico y medios diagnósticos (Doppler, arteriografía, Angio-TAC). Las variantes de tratamiento están establecidas especialmente en la particularidad y característica de la lesión de cada paciente, tanto la variante conservadora como quirúrgica.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 374**

TÍTULO: **LIGAMENTOPLASTIA EN LA LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR: DESCRIPCIÓN DE CASOS.**

AUTORES: **Bautista Enrique, D. / Martínez Malo, F.J. / Ramos Santos, J. / Sánchez Siles, J.M. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga**

INTRODUCCIÓN:

La luxación de la articulación acromioclavicular es una lesión producida como consecuencia de traumatismos directos o indirectos sobre el hombro, especialmente por la aplicación de una fuerza directa que provoca un descenso brusco del acromion. Rockwood y Matsen establecieron una clasificación teniendo en cuenta el grado de desplazamiento y los ligamentos lesionados, y está muy relacionada con las indicaciones terapéuticas. La indicación de cirugía suele establecerse a partir del grado III de esta clasificación. Hace años, la cirugía consistía en la colocación de agujas de Kirschner desde el extremo distal de la clavícula hasta el acromion. Sin embargo, en los últimos tiempos se le está dando más importancia a la reparación ligamentosa y, especialmente, a la ligamentoplastia. Una de las técnicas utilizadas para tratar estas lesiones es la ligamentoplastia a partir de aloinjerto tendinoso que rodea por debajo a la apófisis coracoides.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se describen 3 casos de luxación acromioclavicular en grados de III y V tratadas quirúrgicamente mediante ligamentoplastia a partir de aloinjerto de tendón tibial anterior, pasando dicho injerto por debajo de la apófisis coracoides y realizando sutura término-terminal del mismo sobre la parte superior del extremo distal de la clavícula. El primer caso es el de un varón de 37 años, albañil de profesión, que al cargar un peso con el miembro superior derecho nota sensación de chasquido, dolor y sensación de masa a nivel de la parte superior de hombro derecho, que le genera impotencia funcional. Fue diagnosticado de luxación acromioclavicular grado V, y fue intervenido mediante la técnica descrita a las 72 horas del traumatismo. Se dio de alta a las 48 horas. Se inmovilizó con charpa durante 2 semanas y pasado ese tiempo se indicaron movimientos pendulares. Posteriormente, se le siguió en consulta al mes, autorizándole movilización progresiva del hombro y a los dos meses de la intervención, indicándole ejercicios de fortalecimiento muscular. A los 6 meses de la intervención se volvió a revisar. El segundo paciente es un varón de 56 años, conductor profesional que sufre caída con bicicleta con traumatismo indirecto sobre hombro izquierdo, siendo diagnosticado de luxación acromioclavicular grado III izquierda. Fue intervenido a las 48 horas del traumatismo mediante esta técnica. Fue dado de alta a las 48 horas de la intervención y seguido en consulta con las mismas indicaciones y periodicidad que el paciente anterior. El tercer paciente es un varón de 27 años, jugador amateur de rugby en activo, que durante un entrenamiento sufre traumatismo directo sobre hombro derecho con sensación de dolor, impotencia funcional y palpación de masa móvil a nivel de la parte superior del hombro. Es diagnosticado de luxación acromioclavicular grado V, y es intervenido a las 48 horas del traumatismo. Fue dado de alta a las 48 horas y fue revisado en consulta al mes, dos meses y seis de la intervención. Se inmovilizó durante las 3 primeras semanas postoperatorias, autorizándose a continuación movimientos pendulares. Posteriormente, a las 4 semanas se indican ejercicios de movilización del hombro. A las 8 semanas se indican ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del hombro, y a los 6 meses se autoriza la carga de peso.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 374**

TÍTULO: **LIGAMENTOPLASTIA EN LA LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR: DESCRIPCIÓN DE CASOS.**

AUTORES: **Bautista Enrique, D. / Martínez Malo, F.J. / Ramos Santos, J. / Sánchez Siles, J.M. / Villanueva Pareja, F.**

CENTRO: **Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga**

RESULTADOS:

Durante el posopteratorio inmediato, no hubo complicaciones reseñables en ninguno de los 3 pacientes, controlando el dolor con analgesia oral. A las 48 horas de la intervención, tras revisar el correcto estado de la herida, fueron dados de alta. Los dos primeros pacientes permanecieron con inmovilización con charpa durante las dos primeras semanas, indicándoles a continuación movilización pendular del hombro. El tercer paciente permaneció con la inmovilización del hombro durante 3 semanas, iniciando movimientos pendulares a partir de este momento. El primer paciente fue revisado al mes, indicándose ejercicios de movilización del hombro. Fue revisado un mes después, indicándose ejercicios de fortalecimiento de la musculatura periarticular. En la revisión a los 6 meses, el paciente es capaz de alcanzarse la nuca con la mano, realiza una rotación externa completa y en la rotación interna es capaz de alcanzar la columna dorsal baja. Se autorizó la carga de peso a partir de ese momento. El segundo paciente fue revisado al mes de la intervención, indicándosele ejercicios de movilización articular. Fue revisado un mes después para comenzar ejercicios de fortalecimiento muscular. Al sexto mes, el paciente presenta abducción del hombro a 100º, rotación externa a 70º y en la rotación interna alcanza a tocar columna lumbar baja. Se autorizó carga progresiva de peso. El tercer paciente siguió las mismas revisiones con las mismas indicaciones que los pacientes anteriores. Siguió un programa de potenciación muscular más exhaustivo a partir del segundo mes. En la revisión al sexto mes, presentaba balance articular completo. Se autorizó la carga de peso progresiva. Se autorizó el retorno a la actividad deportiva a los 9 meses de la lesión.

CONCLUSIONES:

La ligamentoplastia utilizando aloinjerto en la luxación acromioclavicular a partir de grado III, junto con un adecuado programa de rehabilitación ofrece buenos resultados que están en función de factores como la edad o el grado de luxación. La experiencia en nuestro centro así lo dice, pero sería interesante realizar estudios con mayor número de pacientes para confirmar esta tendencia.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 375**

TÍTULO: **TRATAMIENTO DE FRACTURA LUXACIÓN POSTERIOR BILATERAL DE HOMBROS.**

AUTORES: **González Fernández, Á. / Carpintero Lluch, R. / Díaz Miñarro, J.C.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)**

INTRODUCCIÓN:

Presentamos el caso de un varón de 71 años, con antecedentes de valvulopatía aórtica crónica, epilepsia, bebedor habitual, que tras traumatismo fortuito con amnesia del episodio en el contexto de síncope con posible crisis comicial, presentó dolor e impotencia funcional de ambos hombros. Se solicitaron radiografías (figura 1) y una TC (figura 2) con las que fue diagnosticado de fractura-luxación posterior de ambos hombros, en el hombro derecho, fractura luxación en cuatro fragmentos y en el izquierdo luxación en 2 fragmentos bloqueada con lesión de Hill-Sachs inversa de más del 30 %.

MÉTODO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Mediante un abordaje deltopectoral del hombro derecho, y previa escisión de los fragmentos de cabeza humeral, se procedió a la implantación de una prótesis invertida Delta Xtend con cementación del vástago. Se conservó de manera estéril, en suero salino fisiológico, el fragmento de cabeza extraido. En el mismo acto quirúrgico, en un segundo tiempo, mediante abordaje deltopectoral izquierdo, se procedió a la reducción abierta de la luxación. Una vez realizada la medición y tallado del fragmento extraido del hombro derecho, se rellenó el defecto humeral mediante injerto autólogo (figuras 3, 4) tallado de la cabeza humeral previamente extraída; se fijó con 3 tornillos HCS. El tratamiento postoperatorio para el hombro derecho, consistió ejercicios de codo iniciados en la primera semana y de penduleo del hombro en la segunda semana con elevación hasta retirada de la charpa a las 4 semanas. El hombro izquierdo se mantuvo inmovilizado con cabestrillo en rotación externa 6 semanas. A las 6 semanas ambos fueron tratados en rehabilitación.

RESULTADO:

Los resultados por el momento son favorables con controles radiológicos satisfactorios.

CONCLUSIONES:

La técnica explicada es una gran alternativa para este tipo de casos, en los que una de las articulaciones es irreconstruible y la otra se beneficia del autoinjerto para la correcta osteosíntesis de la misma.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 376**

TÍTULO: **FRACTURAS PATOLÓGICAS DE HÚMERO TRATADAS CON ENCLAVADO CON SISTEMA DE BLOQUEO MÚLTIPLE.**

AUTORES: **González Fernández, Á. / Izquierdo Fernández, A. / Gómez Rodríguez, M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas patológicas de diáfisis humeral se han tratado de diversas formas, no existiendo un consenso unánime en el método más adecuado de tratamiento. En el caso del tratamiento paliativo, el objetivo es mejorar la funcionalidad y disminur el dolor que presenta el paciente. Presentamos dos casos tratados mediante enclavado con sistema de bloqueo múltiple.

PACIENTES Y MÉTODOS:

El primer caso es una paciente de 72 años con mieloma múltiple y lesiones líticas óseas. Comenzó con dolor en brazo izquierdo de 2 meses de evolución sin traumatismo previo. En la radiografía se evidenció una fractura de tercio medio de húmero izquierdo con imágenes líticas. Se intervino mediante enclavado intramedular con clavo Multilock con 3 cerrojos proximales y 1 bloqueo distal. Con buen resultado funcional y radiológico al mes de evolución. El segundo caso es un varón de 50 años con dolor en brazo derecho, presentando una lesión lítica en tercio medio de húmero derecho. Con una biopsia positiva para adenocarcinoma de origen desconocido. Se procedió al enclavado profiláctico humeral mediante osteosíntesis con clavo Multilock con 3 tornillos proximales y 1 bloqueo distal. En el mismo acto quirúrgico se procedió al enclavado de la tibia ipsilateral. El resultado postquirúrgico fue satisfactorio. Ambos casos mejoraron clínicamente, con un EVA a la semana de la cirugía de 3 y 2 respectivamente (previos 8 y 7). Con un aumento de la funcionalidad desde el primer día postoperatorio.

DISCUSIÓN:

Se ha publicado mucho al respecto del mejor tratamiento para este tipo de lesiones, ya sea de manera terapéutica o profiláctica. Desde el manejo conservador, a cirugías con exposición de foco y síntesis con placa. Actualmente hay numerosos autores que recomiendan la osteosíntesis con clavo como mejor opción. Nosotros aportamos nuestra experiencia a favor de esta técnica, dados los excelentes resultados clínicos mostrados, con una cirugía poco agresiva y con una recuperación precoz.

CONCLUSIONES:

El enclavado humeral es una alternativa a tener que ofrece resultados muy favorables. El bloqueo múltiple proximal aporta gran estabilidad a la osteosíntesis, lo cual ayuda a mejorar el dolor y la funcionalidad.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 377**

TÍTULO: **FRACTURA INFANTIL DE CONDILO FEMORAL EXTERNO.**

AUTORES: **Campuzano Bitterling, B. / Díaz Moreno, J.M. / Castaños Lasa, J.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)**

ANAMNESIS:

Mujer de 14 años que tras torsión de rodilla practicando volleyball hace 15 días presenta dolor e impotencia funcional de rodilla izquierda.

EXAMEN FÍSICO:

Rodilla izquierda con tumefacción, peloteo rotuliano positivo sin tensión, flexo 15º no reductible y flexión limitada a 40º. No inestabilidad. Vasculo-nervioso distal sin alteraciones

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y DIAGNÓSTICO:

Rx AP y lateral rodilla izquierda: fractura de cóndilo femoral en región posteroexterna. TAC rodilla izquierda: Fragmento osteocondral del cóndilo femoral externo región posterior desplazado 6 mm hacia región anterior e intercondílea. Fractura de Hoffa tipo IIB.

TRATAMIENTO:

Bajo anestesia general se procede a: Artroscopia rodilla: lavado articular y se comprueba irreductibilidad de la fractura. Abordaje medial rodilla: liberación del fragmento, reducción y osteosíntesis con 4 tornillos reabsorbibles a Compresión.

EVOLUCIÓN:

Postoperatorio manteniendo miembro en descarga y ortesis articulada de rodilla izquierda con flexoextensión libre durante 5 semanas. Sesiones diarias de rehabilitación a partir de la 2ª semana. Tras 3 meses presenta atrofia cuadricipital y balance articular 5-80º, TAC de control sin hallazgos patológicos, excepto discreta desmineralización. Por lo que se realiza artrolisis abierta con liberación extensa de fibrosis y aplicación de gel antiadherencias consiguiendo balance articular 3-120º. Tras 8 meses de evolución presenta deambulación sin ayudas, rodilla estable, balance articular flexoextensión de 3-120º, ausencia de dolor y Rx control correcta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Las fracturas de fémur distal suelen asociarse a un mecanismo de alta energía. Las fracturas con trazo en el plano coronal son las menos frecuentes y Hoffa las definió y dio nombre. Entre ellas son más frecuentes las fracturas de cóndilo femoral lateral frente al medial. El objetivo del tratamiento de estas fracturas es conseguir una reducción anatómica y estable que permita una movilización precoz en el postoperatorio. Si el fragmento se encuentra desplazado existe riesgo de osteonecrosis y artrosis precoz. En la mayoría de ocasiones se necesitará cirugía para ello y fijación del fragmento mediante osteosíntesis con tornillos reabsorbibles o sin cabeza. Lewis et al. analizaron en cadáver los 3 tipos de fractura de Hoffa determinados por Letenneur. Concluyendo que los tipos I y III se encuentran unidos a partes blandas y con mejor aporte sanguíneo y las tipo II libres de uniones con mayor riesgo de desplazamiento y necrosis. En nuestro caso se objetiva una correcta osteosíntesis y consolidación de la fractura, con el inconveniente de rigidez postquirúrgica que se solucionó con una artrolisis. A pesar del buen resultado funcional a corto plazo, no se puede descartar que la paciente presente una artrosis precoz como secuela.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 379**

TÍTULO: **CASO CLÍNICO DE TETRAPLEJIA SECUNDARIA A TUBERCULOSIS CERVICAL,¿AÚN EXISTE?.**

AUTORES: **Aliaga Guerrero, M. / Vela Panés, T. / García Guerrero, G. / Andrés García, J.A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)**

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TBC) es hoy en día la infección curable de distribución universal que presenta una mayor tasa de mortalidad. La importancia de la TBC extrapulmonar se ha puesto de relieve en los últimos años en paralelo a un aumento en su frecuencia en relación con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. La TBC ósea y articular puede representar hasta un 35% de los casos de TBC extrapulmonar. En el caso de la TBC de la unión cráneovertebral, la frecuencia es inferior a 0,3–1% de los casos de TBC extrapulmonar, y podría ser menor en paciente inmunocompetentes. Su tratamiento es complejo, y puede requerir de intervenciones quirúrgicas para evitar o tratar el déficit neurológico.

OBJETIVOS:

Presentamos el caso de un paciente con espondilodiscitis tuberculosa con afectación de la unión atlantoaxoidea, lo que constituye una presentación clínica excepcional en nuestro medio.

MÉTODOS:

Caso clínico de paciente varón de 51 años con cervicalgia de semanas de evolución que comienza de manera abrupta con clínica de astenia y debilidad progresiva instaurándose tetraplejia nivel C de ASIA tipo Brond-Sequard en 48h desde el inicio de los síntomas. En estudio de imagen se constata absceso retrofaringeo que produce parada cardiorespiratoria y fractura luxación C1-C2 cervical con imagen de osteomielitis crónica. El paciente ingresa en UCI y en sucesivos días se realiza biopsia cervical guida por TAC y seguimiento evolutivo. Ante la negatividad de los cultivos y la anatomía patológica se mantiene tratamiento antibiótico empírico y tuberculostático debido a la alta sospecha de tubercolisis cervical ya que asociaba lesiones pulmonares de carácter subagudo. A las 6 semanas del ingreso se realiza cirugía de reducción-estabilización y artrodesis ooccipitocervical.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El paciente evoluciona favorablemente pasando de un nivel C de ASIA nivel D en 3 meses sin otras complicaciones añadidas. A pesar de los cultivos negativos se mantuvo el tratamiento tuberculostatico debido a la alta sospecha para este germen que tras cirugía se confirmo en estudio anatomopatológico de muestra intraoperatoria. La lesión tuberculosa ósteoarticular puede ser resultado de la diseminación hematógena de la micobacteria, de la diseminación linfática o por vecindad de otra lesión. Por lo general suele ser secundaria a una fuente de infección activa de tuberculosis, si bien es cierto que éste aspecto se confirma en menos de 50% de los casos.

CONCLUSIONES:

El caso presentado resulta excepcional en nuestro medio, por la localización atlantoaxoidea, ilustrando la importancia de la sintomatología clínica, los procedimientos diagnósticos y el tratamiento a seguir en casos similares.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 382**

TÍTULO: **REVISIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA CON ROTURA DISTAL DE VÁSTAGO ÉXETER.**

AUTORES: **Bergillos Barroso, M. / Leal Robles, A.I. / Fernández Sainz de Rozas, E.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

El vástago cementado Exeter es actualmente el más ampliamente usado en la práctica clínica. La rotura del vástago es una rara complicación postoperatoria. Los factores de riesgo para la rotura se dividen en dependientes del paciente, de la técnica o del componente. La extracción de un vástago roto puede complicar de significativamente la cirugía de revisión de una artroplastia total de cadera. Existen varias técnicas para la extracción del fragmento distal, entre ellas, la retrógrada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos a un varón de 62 años que presenta aflojamiento aséptico de prótesis total de cadera derecha con hundimiento del vástago y rotura de la punta del mismo. Se relizó cirugía de revisión mediante sustitución del inserto de polietileno del cotilo con retención de la carcasa metálica, extracción de la porción proximal del vástago, apertura de una ventana ósea distal a la punta del vástago, extracción de ésta de forma retrógrada y colocación de nuevo implante modular de anclaje metafiso-diafisario,cierre de la ventana ósea con la cortical extraída y cerclaje de Dall-Miles.

RESULTADOS:

15 semanas después, el paciente presenta buena implantación de la prótesis, función conservada, buen balance articular, sin dolor, con dismetría de 10 mm compensada con alza y que no le condiciona su vida habitual.

CONCLUSIONES:

La rotura del vástago Exeter es una rara complicación de la cirugía de artroplastia total de cadera. Los factores de riesgo para la rotura dependen del paciente (obesidad, densidad ósea, canal medular estrecho, edad, nivel de actividad), de la técnica (cementación inadecuada con soporte proximal pobre con porción distal bien fijada, incorrecta elección del tamaño, colocación en varo o aflojamiento del vástago) o del componente (área de sección transversal pequeña, utilización de cabezas +). La extracción de un vástago puede ser extremadamente difícil, aumentar el tiempo quirúrgico y disminuir el stock óseo. Se han descrito varias técnicas para la extracción del vástago roto bien fijado del fémur. Estudios en cadáver demuestran que la resistencia a la compresión y torsión decrecen con la realización de una ventana ósea proximal comparada con la técnica retrógrada.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 384**

TÍTULO: **MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS CONDÍLEAS DE LA ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA PROXIMAL DE LOS DEDOS DE LA MANO.**

AUTORES: **Durán Garrido, F.J. / Esteban Castillo, J.L. / Lázaro García, D.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas condíleas de la IFP son fracturas intra-articular frecuentemente desplazadas e inestables que precisan de tratamiento quirúrgico para evitar la deformidad, rigidez y alteraciones funcionales de la articulación. En base a la dirección de las fuerzas lesivas Weiss y Hastings clasificaron estas fracturas en 4 tipos:

- I Volar oblicua corta
- II Sagital longitudinal.
- III Coronal dorsal
- IV Coronal volar

El tratamiento quirúrgico está indicado cuando no se consigue una reducción estable por métodos conservadores y técnica de elección, aunque discutida, parece ser la RAFI con mini tornillos asegurando la preservación de los ligamentos colaterales y la vascularización del cóndilo fracturado.

OBJETIVOS:

Poner de relieve la importancia del correcto manejo de las fracturas condíleas de la IFP y presentar un caso de una fractura tipo IV tratada de forma diferida en nuestro Servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 16 años con traumatismo directo en 2º dedo de la mano izquierda, dominante, consecuencia de una caída casual hacía casi tres semanas. Clínicamente presentaba dolor, inflamación y limitación funcional a nivel de la IFP. Las RX/TC confirmaron la presencia de una fractura condílea desplazada e inestable de la IFP del 2º dedo tipo IV de Weiss y Hasting decidiéndose tratamiento quirúrgico. Se realizó un abordaje dorsal a través del ligamento retinacular transverso y entre las bandeletas central y lateral cubital, para abordando la capsula dorsal exponer y reducir la fractura. La fijación se hizo con el dedo en flexión para evitar los colaterales (Strickland) con un mini tornillo de 1.5 x 10 mm.

RESULTADOS:

Tras una inmovilización con la IFP en extensión durante 2 semanas se inició tratamiento rehabilitador. A los 4 meses de evolución la paciente presenta una pinzas por oposición terminal y subterminal; presa tridigital y prensión palmar funcionales con una limitación de la movilidad IFP (0-50) e IFD (0-50).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas condíleas de la IFP de los dedos son lesiones casi siempre quirúrgicas; en las que la técnica de elección, aunque discutida, parece ser la RAFI con mini tornillos asegurando la preservación de los ligamentos colaterales y la vascularización del cóndilo fracturado. En nuestra experiencia la intervención urgente y la rehabilitación precoz son aspectos críticos para optimizar los resultados funcionales postquirúrgico.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 385**

TÍTULO: **REPARACIÓN DE ROTURA CRÓNICA DE TENDÓN DE AQUILES CON TÉCNICA DE COLGAJO EN V-Y.**

AUTORES: **Bergillos Barroso, M. / Romero Fernández, J. / Fernández Sainz de Rozas, E.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

El tendón de Aquiles es el que más frecuentemente se rompe en los miembros inferiores. Las roturas crónicas asocian un defecto tisular en la zona de ruptura y el tratamiento quirúrgico es el de elección. No hay evidencia sobre la superioridad de una técnica sobre otra. Éstas dependen de la magnitud del defecto tisular residual. Gaps menores de 2 cm permiten la sutura directa. En aquellos entre 2-6 cm la técnica de colgajo de avance en V-Y del gastrocnemio es útil. En gaps mayores de 6 cm, los resultados a largo plazo tienen poca evidencia que las respalden.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos a un varón de 40 años con una rotura crónica del tendón de Aquiles. Mediante estudio ecográfico se identifica un defecto de unos 5 cm. Se decide tratamiento quirúrgico mediante sutura termino-terminal con técnica de colgajo de avance en V-Y del gastrocnemio y refuerzo con tendón del músculo delgado plantar . El plan postoperatorio consistió en férula suropédica 3 semanas en equino. Posteriormente, ortesis tipo Walker en equino decreciente progresivo de 10º cada 3 semanas. A las 6 semanas comenzó con rehabilitación y a las 12 semanas se retira Walker y se colocan taloneras durante 4 semanas más.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El paciente presentó buena evolución clínica a pesar de que se produjo la dehiscencia de una parte de la herida, si bien tuvo buena evolución con tratamiento conservador. A las 20 semanas, el paciente presenta recuperación de la herida cutánea, así como una función con buen rango de movimiento, sin dolor ni complicaciones asociadas.

CONCLUSIONES:

La rotura del tendón de Aquiles es la más frecuente en los miembros inferiores. Aunque con discrepancias, se puede definir como rotura crónica a aquella a partir de las 4 semanas tras la lesión. En roturas crónicas el tratamiento quirúrgico es de elección. Opciones quirúrgicas son: sutura directa, transferencias local de tejido, suplementación con tejidos blandos adyacentes y suplementación con aloinjertos e injertos sintéticos. La técnica de avance en V-Y del gastrocnemio con refuerzo, es útil para gaps de 4-6 cm.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 386**

TÍTULO: **SEUDOARTROSIS FEMORAL FEMORAL TRAS FRACTURA ATIPICA PERIMPLANTE TRATADA CON ALOINJERTO ESTRUCTURAL DIAFISARIO DE TIBIA.**

AUTORES: **Hernández García, S. / Zarzuela Jiménez, C. / Cañada Oya, H.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario (Jaén)**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas atipicas en el anciano estan aumentando su frecuencia de forma exponencial debido al uso, en ocasiones por un tiempo excesivo, de fármacos antiresortivos que provocan una perdida excesiva de los huesos y son especialmente de difícil manejo cuando estas se producen en pacientes con osteosíntesis previas y/o artroplastias. La osteosíntesis biologica sin apertura del foco de fractura es difícilmente realizable lo que conlleva a la reduccion a cielo abierto con el consecuente riesgo de seudoartrosis que ello conlleva.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una mujer de 72 años que tras sufrir una fractura periprotesica femoral, presenta una fractura diafisaria femoral con tercer fragmento en ala de mariposa. Se procede a la reduccion abierta con placa recta de grandes fragmentos femoral con tornillos y cerclajes. Tras obtener un control radiologico aceptable la enferma se da de alta sin apoyo hasta nueva orden. Al cabo de 7 meses se observa una seudoartrosis atrofica de fémur con el consiguiente fracaso de material. Se interviene quirúrgicamente de nuevo realizandose una osteosíntesis con placa Liss femoral de 13 agujeros usando aloinjerto de diafisis tibial, tanto de soporte interno para la desaparecida cortical interna y otro studd en lacortical anterior femoral. Se fijan con tornillos a traves de la placa y se refuerza con cerclajes. Previamente se han obtenido de 90 gramos de esponjosa, chips de esponjosa de condilo femoral, con los cuales se procede al relleno de toda la cavidad femoral vacia que habia quedado tras la seudoartrosis y la retirada del cemento existente. Esta vez si estamos satisfechos con la estabilidad dada a la osteosíntesis, ya que en la cirugia previa igual fue algo insuficiente.

EVOLUCIÓN:

Actualmente la enferma se encuentra sin dolor, con balance articular casi completo de la rodilla, y tras 4 meses de evolucion se observan signos de una consolidación que pensamos ya es efectiva.

DISCUSIÓN:

El tratamiento de la seudoatrosis representa un desafío en la práctica ortopédica cotidiana. Sabemos que entre un 5% y un 10% de las fracturas de los huesos largos que tratamos pueden presentarla. Las alternativas para utilizar son el autoinjerto (esponjoso, cortical, corticoesponjoso), el aloinjerto (molido o estructural). Los injertos de esponjosa tienen una alta capacidad osteoinductora a diferencia de los injertos puramente corticales cuya capacidad osteoinductora se les presupone como nula. Eso si, son capaces de aportar estabilidad mecanica a las fracturas.El lecho sobre el que se deben de asentar los injertos deben ser sangrante y ausente de zonas fibrotica para su correcta integración sumado a una buena estabilidad de la síntesis.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 387**

TÍTULO: **CIRUGÍA DE REVISIÓN PROTÉSICA DE RODILLA EN PACIENTES ALÉRGICOS AL POLIMETILMETACRILATO.**

AUTORES: **Novoa Buitrago, A.T. / Eugenio Díaz, J.I. / Jódar Graus, R.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario Universitario de Granada**

INTRODUCCIÓN:

Las alergias al cemento óseo son mucho menos frecuentes que las alergias a metales en pacientes sometidos a procedimientos ortopédicos. Existe evidencia indirecta que la alergia a los metales y a los componentes del cemento puede ser causa de aflojamiento aséptico protésico en determinados pacientes con clínica compatible y análisis histológicos del tejido periprotésico que muestran reacciones de hipersensibilidad retardada tipo IV, principalmente infiltración linfocítica difusa y perivascular.

OBJETIVOS:

Discutir el procedimiento que debe seguirse frente a una cirugía de revisión protésica de rodilla en pacientes con alergia a los componentes del cemento óseo.

MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente de 68 años de edad que es derivado a nuestra consulta con sospecha de aflojamiento versus infección de prótesis total posteroestabilizada de rodilla derecha. Se realiza recambio en un tiempo a prótesis rotacional cementada por gran descementación en platillo tibial. Los cultivos intraoperatorios son positivos en dos muestras para S. lugdunensis sensible a penicilinas. Existiendo dudas razonables de causa infecciosa, se opta por tratar con cloxacilina IV hospitalaria y secuenciación a Moxifloxacino y Rifampicina durante 8 semanas. La evolución clínica no fue satisfactoria, con movilidad limitada a 10-85º a pesar de negativización de biopsias. Es en este punto que se valora la posibilidad de alergia a los componentes protésicos que revelan una sensibilización a metacrilatos siendo la recomendación de Alergología evitar el PMMA en la cirugía de revisión. Considerando la mala situación clínica y sospechando aflojamiento parcelar de los componentes protésicos se propone nueva revisión, produciéndose una fractura estable del cóndilo femoral externo debiendo optarse por una prótesis rotacional cementada con suplementos de 10 mm y vástagos de 160mm.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El cribado de alergia a metales, componentes protésicos y del cemento óseo sigue siendo controvertido, especialmente por los resultados observados en los registros de prótesis que no muestran un incremento significativo en la tasa de revisión protésica de pacientes alérgicos a los que se implanta una prótesis. Y es que desde luego, el papel de las alergias en la artroplastia moderna es un tema pendiente de evaluación, especialmente al enfrentarnos a una cirugía de revisión de prótesis cementadas en pacientes alérgicos a los componentes. Algunos autores sugieren la realización de pruebas de alergia a diferentes cementos disponibles comercialmente, utilizando en la cirugía de revisión aquél que no genera reacción dermatológica.

CONCLUSIONES:

Es fundamental realizar una historia clínica exhaustiva a cada candidato a una artroplastia. En caso de reacciones alérgicas conocidas a metales, plásticos o gomas, es conveniente realizar las pruebas dermatológicas y advertir al paciente la posibilidad de reacciones a los implantes. Al enfrentarnos a una sospecha de aflojamiento por alergia a los componentes protésicos, deben descartarse razonablemente otras causas como la infección y tras fracaso de medidas conservadoras, realizar cirugía de revisión con prótesis hipoalergénicas.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 388**

TÍTULO: **ARTRITIS SÉPTICA CRÓNICA DE TOBILLO TRAS HERIDA PUNZANTE POR ARECÁCEA.**

AUTORES: **Cánovas Alcázar, E. / Martínez Guerrero, R. / Hernández Torralba, M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)**

INTRODUCCIÓN:

La artritis séptica crónica de tobillo en el paciente inmunocompetente, es una patología infrecuente cuyo diagnóstico puede verse retrasado por la sintomatología larvada que presenta habitualmente.

OBJETIVOS:

Valorar la forma de presentación poco habitual de la artritis séptica crónica de tobillo.

MÉTODOS:

Presentamos un caso de un paciente varón de 75 años de edad con dolor e inflamación en tobillo de 4 meses de evolución que presenta como antecedentes insuficiencia venosa crónica asociada a herida por arecácea (hoja de palmera) de 8 meses de evolución. En la exploración encontramos inflamación generalizada de la articulación, no aumento de temperatura local, impotencia funcional severa asociado a insuficiencia venosa crónica. En estudio analítico se observa: anemia (Hemoglobina: 10,3) PCR: 4,59 y VSG: 91 mm. En radiología simple se aprecian cambios degenerativos en articulación tibioperoneoastragalina con posible afectación metáfisis tibial, peroné distal y astrágalo por osteomielitis. En RMN se aprecian múltiples colecciones heterogéneas en tobillo con afectación de las vainas tendinosas del músculo flexor largo del primer dedo, tibial posterior y adyacente al borde anterior de la articulación tibioastragalina de posible origen séptico. Focos de edema óseo en calcáneo, astrágalo, ambos maleolos y cuboides. Es intervenido realizando abordeje posteroexterno y anterolateral de tobillo realizando exéresis de pseudotumor no purulento que no infiltra estructuras y lavado abundante. Fue diagnosticado de inflamación crónica abscesificada en análisis anatomo patológico y se aisla Staphylococcus hominis hominis resistente a clindamicina y eritromicina tras estudio microbiológico. Se asoció antibioterapia específica intravenosa durante 6 semanas y posteriormente vía oral hasta normalización de reactantes de fase aguda, con un total de 5 meses.

RESULTADOS:

La evolución clínica, analítica y radiológica ha sido satisfactoria, con seguimiento de 46 meses tras la suspensión del tratamiento antibiótico, no presentando episodios de recidiva. Refiere molestias ocasionales que calman con paracetamol y realiza normalmente las actividades habituales.

CONCLUSIONES:

La artritis séptica crónica de tobillo es una patología infrecuente, Staphylococcus aureus es el germen productor más habitual, siendo los coagulasa-negativos más frecuentes tras artroplastia. Staphylococcus hominis es un microorganismo comensal que suele producir infección en pacientes inmunocomprometidos. Pensamos que tratamiento quirúrgico con exéresis completa asociado a tratamiento antibiótico prolongado es adecuado para disminuir el número de recidivas en este tipo de casos.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 389**

TÍTULO: **ARTRITIS SÉPTICA BILATERAL DE RODILLA TRAS ARTROPLASTIA.**

AUTORES: **Cánovas Alcázar E. J. / Martínez Guerrero, R. / Hernández Torralba, M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)**

INTRODUCCIÓN:

La artritis séptica de rodilla es una complicación infrecuente aunque muy severa tras la artroplastia, existiendo pocos casos de afectación bilateral. La forma presentación más común es la postquirúrgica precoz (60%), siendo la diseminación hematógena por bacteriemia procedente de un foco a distancia menos frecuente.

OBJETIVOS:

Valorar la incidencia de artritis séptica bilateral en artroplastia total de rodilla por diseminación hematógena precoz con sepsis secundaria y resultado del tratamiento mediante lavado y cambio de polietileno.

MÉTODOS:

Presentamos un caso de un paciente varón de 70 años con gonalgia bilateral, mal estado general, fiebre e hipotensión arterial asociados a afonía con odinofagia de 3 días de evolución. En la exploración observamos dolor, inflamación e impotencia funcional muy intensa en rodilla derecha, menos intensa en izquierda. Como único antecedente presenta artroplastia total de rodilla bilateral. Se realiza artrocentesis de ambas rodillas hallando líquido purulento del que se obtienen Cocos gram positivos en cadenas aislando Streptococcus Pneumoniae. Fue tratado de Urgencias ante la septicemia que presentaba realizando lavado con cambio de polietileno, sistema de lavado continuo 4 días e ingreso en UCI para estabilización. Antibioterapia específica intravenosa durante 4 semanas y posteriormente vía oral hasta normalización de reactantes de fase aguda, con un total de 3 meses.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La evolución clínica, analítica y radiológica han sido satisfactorias, con seguimiento de 52 meses tras la suspensión del tratamiento antibiótico, no presentando episodios de recidiva de la infección, ni clínica de aflojamiento de los implantes.

CONCLUSIONES:

La incidencia de artritis séptica bilateral en artroplastia total de rodilla por diseminación hematógena precoz por Streptococcus Pneumoniae con sepsis secundaria es muy baja (<1%), frente al 13% de infecciones unilaterales por este microorganismo. Un diagnóstico y tratamiento precoz es de vital importancia en estos casos para la estabilización del paciente, debiendo retirar los implantes si el paciente no mejora. El lavado y cambio de elementos móviles asociada a antibioterapia adecuada, ofrece buenos resultados dado que no se ha formado el biofilm que permite al microorganismo adherirse y sobrevivir sobre superficies sintéticas, al igual que sucede en la forma posquirúrgica precoz, por lo que no suele precisar retirada del implante.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 391**

TÍTULO: **COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE FRACTURA ATÍPICA DE FÉMUR.**

AUTORES: **Hernández García, S. / Cañadillas Rueda, R.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario (Jaén)**

Los bifosfonatos son considerados actualmente un tratamiento de primera elección de la enfermedad osteoporótica. Su reconocida eficacia antifractura en todos los tipos de osteoporosis y su presencia en el mercado desde hace varios años, hacen que sean los fármacos de uso más extendido para el tratamiento de la enfermedad. En la última década han aparecido una serie de efectos adversos relacionados con esta medicación que han encendido la voz de alarma sobre la conveniencia o no de mantener el tratamiento continuado con estos fármacos durante un largo período de tiempo. Entre estos efectos se encuentra la aparición de una serie de fracturas consideradas atípicas por su localización y apariencia radiológica que se manifiestan en pacientes tratados de forma crónica con bifosfonatos. Estas fracturas que comparten una serie de características clínicas comunes, no cumplen el clásico perfil de la fractura por fragilidad osteoporótica. La prolongada inhibición del remodelado óseo podría ser el sustento fisiopatológico para su explicación, aunque todavía no está claramente establecida esta relación causal. Se presenta el caso de una paciente diagnosticada de osteoporosis, en tratamiento prolongado con ácido alendrónico, que acude a urgencias de nuestro centro en reiteradas ocasiones por dolor en el muslo izquierdo, diagnosticándose de artromialgias inespecíficas. Tras sufrir traumatismo accidental de baja energía, la paciente es traída a nuestro centro diagnosticándose de fractura femoral sobtrocantérea/diafisaria de características morfológicas atípicas según los criterios de la ASMBRI (transversa, con espícula medial, corticales engrosadas, canal medular disminuído y refuerzo de cortical medial), por lo que es atribuída al tratamiento prolongado con aminobifosfonatos. Se realiza tratamiento quirúrgico urgente, consistente en enclavado intramedular anterógrado de fémur izquierdo con clavo femoral bloqueado a trocánter menor. Tras la buena evolución inicial, la paciente consigue caminar con autonomía y sin dolor, la fractura consolida, y al cabo de 12 meses, sufre nuevo traumatismo por el que es traída a nuestro centro, diagnosticándose de fractura pertrocantérea probablemente por estrés provocado por el implante. Se somete a nueva intervención quirúrgica, realizándose retirada del clavo femoral, y nuevo enclavado intramedular anterógrado con clavo céfalomedular. La evolución es satisfactoria, y la paciente recupera la marcha sin apoyo y con autonomía semanas después. Aqueja molestias, y en los controles radiológicos seriados meses después, se aprecia retardo de consolidación, que termina en pseudoartrosis aséptica de fractura pertrocantérea. 12 meses después, la fractura no ha consolidado, y se realiza retirada del clavo intramedular, nuevo fresado y nuevo enclavado. La paciente sufre infección del material de osteosíntesis, por lo que se retira el nuevo clavo y se deja sin implante alguno hasta controlar la infección. Una vez controlada, se realiza resección de la cabeza y el cuello a nivel de la fractura, y artroplastia total de cadera izquierda. Debido al disbalance muscular provocado por la inactividad prolongada durante la sedestación y decúbito, la paciente sufre episodio de luxación posterior de PTC, por lo que se reduce de forma urgente, y se comprueba correcta orientación de los componentes. Se somete a tracción contínua suave durante 3 semanas hasta cicatrización de pates blandas, y posterior programa de rehabilitación intenso. Actualmente está asintomática, deambula con autonomía e independencia, vive sola y es capaz de desarrollar sus actividades de la vida cotidiana con normalidad.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 392**

TÍTULO: **FRACASO EN LA OSTEOSINTESIS DE UNA FRACTURA-LUXACION BIARTICULAR DE C6-C7.**

AUTORES: **Leal Robles, A. / Vela Panes, T. / García Guerreo, G.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas luxaciones cervicales requieren tanto una reducción como una estabilización mediante fijación-artrodesis hasta la consolidación ósea. Dentro de las complicaciones inmediatas relacionadas con la instrumentación encontramos la aparición de hematoma, infección, fístula de LCR y la colocación defectuosa de los tornillos que puede provocar lesiones neurológicas o vasculares.

OBJETIVOS:

Reportar un caso de fracaso en la osteosíntesis de una fractura-luxación biarticular de C7, que ilustra una de las complicaciones más temidas al tratar este tipo lesiones mediante osteosíntesis, la colocación defectuosa de los tornillos provocando una lesión de la arteria vertebral. Además de no conseguir una suficiente estabilidad de la lesión altamente inestable, lo que puede provocar una re luxación de la lesión.

MÉTODOS:

Paciente de 32 años que ingresa en nuestro hospital trasladada desde Bali, tras sufrir un accidente de barco por explosión, donde fue diagnosticada de fractura-luxación biarticular de C7 que se trató mediante fijación-artrodesis C6-T1 por vía posterior. A su llegada a nuestro hospital presenta una exploración en la que destaca una paresia del MSI con afectación severa de deltoides, tríceps y leve de flexores dedos, situación neurológica no reflejada en el informe de traslado. Una vez en nuestro hospital se realizan radiografías y TAC cervical de control donde se aprecia luxación biarticular C6-C7 además de una mal posición de los tornillos de osteosíntesis columna posterior con Invasión de forámentes transversos, marcada por el tornillo derecho C6 y parcial por los tornillos izquierdos de C6 y C7. Presenta a demás un fragmento intracanal que procede el cuerpo de C7 que condiciona una importante estenosis central del canal medular. A nivel C7-D1 se aprecia una listesis cuerpos vertebrales.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

La paciente preciso nueva cirugía realizándose una cirugía planificada en en tres tiempos quirúrgicos en el mismo acto.
1º Tiempo posterior en decúbito prono con soporte Mayfield en el que se realiza EMO de sistema GS Medical apreciándose la mal posición de todos los tornillos y consecuentemente la falta de sujeción y estabilidad. Además se agrava la situación por falta de banda de tensión posterior (apófisis espinosas, ligamentos …) resecada en primera cirugía. Se realiza tras la extracción, colocación de tornillos a masas articulares cervicales desde C5 y pedicular en dorsal D1 del sistema Synapse de Depuy, sin colocar barra de conexión.
2º Tiempo Anterior en decúbito supino con tracción craneal de 5 Kg en el que se realiza cervicotomia anterior derecha por vía Smith-Robinson, corporectomia subtotal de C7, extrayéndose fragmento suelto posterior del cuerpo vertebral que comprime médula espinal cervical. Artrodesis intersomática C5-D1 con autoinjerto tricortical de cresta iliaca derecha. Entre C6 y D1 caja Solis de 12x4 mm rellena de esponjosa de cresta iliaca entre C5 y C6. Osteosintesis con placa Aviator de Striker entre C5 y D1.
3º Tiempo posterior en decúbito prono con soporte Mayfield en el que se realiza colocación de barras del sistema Synapse y artrodesis posterior C5-D1 con autoinjerto óseo.

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 392**

TÍTULO: **FRACASO EN LA OSTEOSINTESIS DE UNA FRACTURA-LUXACION BIARTICULAR DE C6-C7.**

AUTORES: **Leal Robles, A. / Vela Panes, T. / García Guerreo, G.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

CONCLUSIONES:

Las fractura-luxaciones cervicales son lesiones de una gravedad extrema y que deben de ser atendidas por equipos quirúrgicos altamente cualificados. Su atención de urgencias es fundamental para el pronóstico de estas lesiones, mas cuando la acompaña una lesión neurológica.La cirugía puede realizarse por vía anterior o posterior o combinada. Complicaciones de mal posición de material de osteosíntesis en esta región anatómica puede traer consecuencias catastróficas, por lo que debe realizarse en centros especializados y con experiencia.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 393**

TÍTULO: **ALTERNATIVA QUIRÚRGICA EN GRANDES DEFORMIDADES DE MIEMBROS INFERIORES DE ORIGEN INFECCIOSO.**

AUTORES: **Ruiz Sanz, J. / Del Fresno Molina, J.A. / Dussán Arango, D.M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)**

INTRODUCCIÓN:

La sepsis meningocócica era una entidad clínica de elevadísima mortalidad, sobre todo en los niños de menos de 1-2 años. En las últimas décadas los tratamientos médicos han conseguido mejorar mucho su pronóstico vital, lo que ha hecho que actualmente veamos muchas más secuelas a medio-largo plazo. Dentro de éstas destacan las lesiones fisarias múltiples, generalmente a nivel de rodillas y tobillos, que pueden generar graves deformidades angulares de carácter progresivo.

OBJETIVOS:

Presentar el tratamiento quirúrgico llevado a cabo en paciente con graves deformidades en miembros inferiores, secundario a secuela de sepsis meningocócica.

MÉTODOS:

Paciente de 18 años, con antecedente de sepsis meningocócica a los 14 meses de edad. Desde la infancia se ha sometido a múltiples intervenciones, como alargamientos de fémur y tibia con elongadores monolaterales. Actualmente el paciente presenta un genu varo bilateral, antecurvatum bilateral de tibia, flexo de rodilla derecha de 10º, crepitación en el tracking rotuliano derecho con flexión de >60º, balance articular de tobillo derecho de 0-10º con rigidez en retropié. Ante la gran deformidad se propone como alternativa de corrección el fijador circular tipo hexápodo, para lograr una corrección tridimensional progresiva de la deformidad con una sola intervención. Apoyados en la impresión 3D de la tibia derecha, tras realización de telemetría y TC, se planifica una doble osteotomía diafisaria, y colocación de fijador circular tipo hexápodo de 3 aros.

RESULTADOS:

La corrección de la deformidad se consigue en 50 días, alcanzándose la consolidación evidenciada radiográficamente (3 de 4 corticales a nivel de las dos osteotomías) a los 9 meses postoperatorio. EVA al final de tratamiento de O, corrección de flexo de rodilla, adecuado tracking de rodilla. Mejoría general del ciclo de la marcha.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

En estos casos, las desepifisiodesis son realmente impredecibles. Los frenados fisarios sólo consiguen detener la progresión de las deformidades pero no corregirlas. Las osteotomías aisladas en niños inmaduros con frecuencia deben repetirse por las recidivas de la deformidad.
Por ello, en caso de graves deformidades una de las opciones más razonables es completar el cierre fisario y asociarlo a osteotomía correctora, que en caso de dismetría, también puede aprovecharse para realizar un alargamiento.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 394**

TÍTULO: **MANEJO QUIRURGICO DE LA INESTABILIDAD RECURRENTE DEL CODO.**

AUTORES: **Elizondo Esposito, D. / Alegre Ramos, M.A.**

CENTRO: **Hospital Punta de Europa**

INTRODUCCIÓN:

La inestabilidad del codo comprende un gran espectro que puede ir desde la subluxacion a la luxación del mismo, siendo el patrón mas común de la inestabilidad recurrente del codo, la “Inestabilidad Rotatoria Posterolateral”. En la mayoría de los casos sigue a una luxación traumática como resultado de una curación inadecuada de los tejidos blandos o una deficiencia ósea tanto en la coronoides como en la cabezada radio. Puede también aparecer de forma tardía por estiramiento continuo de los tejidos o por una sobrecarga repetitiva.

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es presentar un curioso caso sin antecedentes traumáticos recientes, con pruebas de imágenes negativas, clínica de luxaciones recurrentes del codo derecho, unas 15 al año y hacer un repaso de esta entidad, así como aportar el resultado de una técnica quirúrgica novedosa, poco invasiva y con excelentes resultados.

MÉTODOS:

Paciente de 39 años de profesión carnicero acude a consultas externas de nuestro hospital refiriendo unos 15 episodios de luxacion- subluxacion del codo derecho, mientras intenta levantar a su niña, se manifiesta preocupado, con clínica de “chasquidos” y dolor. No antecedentes traumáticos que recuerde, excepto una caída cuando tenia 9 años de edad con un niño encima de su codo. Se le practican RX simples AP, lateral y oblicua sin observarse alteraciones en el eje, coronoides y cabeza del radio sin alteraciones. RMN negativa que describe complejos ligamentosos normales, ante la exploración con la prueba de aprehensión positiva, se solicita una Artro- RMN que también es normal.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

A pesar de los resultados de las pruebas de imagen, apoyados meramente en la clínica del paciente se decide la exploración quirúrgica del mismo, realizandose mediante anestesia general la prueba del desplazamiento lateral del pivote observándose la subluxacion casi completa de la cabeza del radio. Abordaje lateral de Kocher visualizandose una rotura circunferencial del ligamento identificándose como el haz cubital del mismo laxo, que presenta una desinsercion y caída del mismo llegando incluso a la rotura del ligamento anular en su porción mas lateral. La tecnica quirúrgica mas tradicionalmente empleada es la reconstrucción isométrica de su origen en el epicondilo lateral y la fijación ósea en sus dos extremos mediante la creación de túneles óseos en numero de cinco utilizando como plastia el tendón del palmar largo o algunos autores el semitendinoso. Nosotros nos decantamos por una técnica quirúrgica novedosa, menos invasiva y con excelentes resultados finales: InternalBrace de una conocida casa de implantes, ofrece un sistema que utiliza una cinta a modo de plastia que se ancla en hueso mediante dos tuneles óseos y dos anclajes tipo SwiveLock con un hilo especial proporcionando un excelente agarre y gran resistencia. Tras 12 meses de seguimiento el paciente, incorporado a su trabajo en el sexto mes no ha presentado hasta el momento nuevo episodio.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 394**

TÍTULO: **MANEJO QUIRURGICO DE LA INESTABILIDAD RECURRENTE DEL CODO.**

AUTORES: **Elizondo Esposito, D. / Alegre Ramos, M.A.**

CENTRO: **Hospital Punta de Europa**

CONCLUSIONES:

En pacientes sospechosos de tener una inestabilidad rotatoria posterolateral sintomáticos revisión quirúrgica, a pesar de pruebas de imagen negativas. La prueba mas fiable es el desplazamiento lateral del pivote, difícil de realizar con el paciente despierto, por lo que recomendamos realizarla en quirófano inmediatamente antes de la exploración quirúrgica.
Creemos que la técnica utilizada puede proveer excelentes resultados de la misma manera que la técnica quirúrgica convencional con menos invasión y menos iatrogenia. La parte mas importante de la intervención es localizar el origen isométrico sobre el epicondilo lateral. La parte mas dificultosa de la técnica fue mantener la tensión adecuada del implante a la vez que se mantiene el codo a una flexión de 40 grados y pronacion casi completa.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 396**

TÍTULO: **ALOINJERTO INTRAMEDULAR DE PERONÉ PARA LA PSEUDOARTROSIS DE FRACTURA DE DIAFISIS HUMERAL.**

AUTORES: **Cordero Arriaza, F.J. / Tallón López, J. / Herrero López, J.A. / Páez Romero, A. / Andrés García, J.A.**

CENTRO: **Hospital Universitario Puerta del Mar**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas diafisarias de húmero constituyen sobre el 5% de todas las fracturas, con una tasa de pseudoartrosis independientemente del tratamiento de entre el 3 y el 13%, agravadas cuando existen factores de riesgo como el tabaco, alcohol, la obesidad, uso de AINES/corticoides e inmunodeficiencia, llevando a una consecución de intervenciones quirúrgicas que implican una morbilidad elevada y una pérdida importante de función en el paciente. No existe consenso a la hora de un tratamiento estándar, y se individualiza según el caso y las comorbilidades existentes. Clásicamente se ha utilizado RAFI con placa a compresión con aporte de autoinjerto, aunque existen otras opciones de tratamiento como el enclavado intramedular y la fijación externa, con un tiempo medio de consolidación de 6 meses en la mayoría de casos.

OBJETIVOS:

Analizar las complicaciones que existen en los distintos tratamientos y determinar la efectividad de los más usados exponiendo nuestro caso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Informe de caso consistente en una paciente mujer de 52 años con antecedentes de obesidad mórbida, HTA, tabaquismo e hipotiroidismo con pseudoartrosis atrófica de diáfisis humeral izquierda tras sufrir fractura tratada de forma ortopédica en un primer tiempo. Tras el diagnóstico de pseudoartrosis, se interviene mediante RAFI con placa de neutralización y autoinjerto de cresta ilíaca complicándose con un proceso infeccioso. Tras la resolución del cuadro, no se consiguió la consolidación del foco, optándose por la fijación externa y cruentación de bordes óseos, sin signos de evolución favorable al cabo de 6 meses. Finalmente, la utilización de placa LC-DCP con aloinjerto intramedular de peroné tras fresado medular fue el tratamiento escogido. Se ha realizado un seguimiento total de 30 meses, con controles radiológicos seriados. Los últimos controles radiológicos se realizaron 9 meses tras la última intervención, observándose signos de consolidación ósea.

RESULTADOS-CONCLUSIÓN:

Actualmente no existen signos de infección, y la paciente mantiene una función aceptable del miembro. En nuestro caso, ha sido una técnica que aporta una doble fijación, intramedular con aloinjerto y placa dinámica de compresión, con la que se ha conseguido signos de consolidación. El tratamiento, tanto de la fractura diafisaria humeral, como de la temida pseudoartrosis, debe individualizarse según las características del paciente y del medio en el que se encuentra.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 398**

TÍTULO: **OSTEOTOMÍA DE DUNN**

AUTORES: **Manzano Sánchez, V. / Cañadillas Rueda, R. / Olmo Jímenez, J.M. / Olmo, A.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario (Jaén)**

ABSTRACT:

La epifisiolisis proximal del fémur constituye un desplazamiento del núcleo epifisario en relación con el cuello del fémur, generalmente progresivo, en un cartílago casi siempre al final de su crecimiento (que señala el envejecimiento prematuro del cartílago). La causa de la epifisiólisis de cadera es desconocida, pero son dos hipótesis las que hasta el momento han prevalecido, una es de origen puramente mecánico y otra hormonal. Es la más utilizada, se basa en la duración de la sintomatología que presenta el paciente. Predeslizamiento. No existe deslizamiento, siendo los síntomas escasos o nulos y la exploración física normal. Existen signos sugestivos en esta etapa: la radiografía presenta ciertas irregularidades en las metáfisis, siendo la placa de crecimiento ancha. Los predeslizamientos son comunes en la cadera contralateral de un adolescente con una epifisiólisis previa. Epifisiólisis aguda. El desplazamiento epifisario tiene lugar en pacientes cuyos síntomas datan de menos de 3 semanas. Muchas veces, su inicio es brusco, con un dolor intenso asociado o no a un traumatismo previo. En las radiografías no se observan signos de remodelación en la zona metafisaria del cuello femoral. Deslizamiento agudo sobre crónico. Los síntomas datan de menos de 3 semanas, pero existen signos radiográficos de remodelamiento metafisario en el cuello femoral. Es, por tanto, un deslizamiento agudo sobre otro crónico ya existente. Deslizamiento crónico. Es el tipo más frecuente. La aparición de los síntomas data de más de 3 semanas, existiendo además fenómenos de remodelación y pudiendo estar la epífisis cerrada. En general, existe una historia de varios meses de evolución con los síntomas, pero van empeorando de forma paulatina a medida que progresa el deslizamiento. Puesto que la continuidad entre el cuello femoral y la epífisis de la cabeza del fémur se mantiene, los síntomas no son intensos y el niño puede caminar con una marcha ligeramente antiálgica en rotación externa. Todo paciente diagnosticado de epifisiólisis de cadera debe ser hospitalizado y sometido a tratamiento quirúrgico precoz, con el fin de evitar la progresión del deslizamiento, deformidades y complicaciones evolutivas potenciales. La evolución espontánea de la epifisiólisis de cadera es hacia la agravación. Sin un tratamiento ortopédico correcto, el deslizamiento acaba por estabilizarse y la epifisiólisis se consolida, dejando actitudes viciosas. Los objetivos del tratamiento son: 1) estabilizar y prevenir un mayor deslizamiento; 2) estimulación del cierre precoz de la epífisis; 3) prevención de complicaciones evolutivas. Los 2 primeros objetivos son fáciles de obtener con un tratamiento quirúrgico precoz, la prevención de las complicaciones sin embargo, resulta extrema damente difícil. El tratamiento no quirúrgico de la epifisiólisis de cadera no ha tenido éxito. Por tanto, todo paciente, tan pronto como se haga el diagnóstico de epifisiólisis de cadera, debe ser hospitalizado y sometido a un tratamiento quirúrgico; ya que, si la cadera no se descarga, se puede producir una mayor deformidad de la misma. La reducción debe ser suave y progresiva mediante un material de osteosíntesis muy ligero. Hay que fijar la epífisis sobre el cuello femoral y restablece una anatomía normal para favorecer la fusión del cartílago de crecimiento. Si la epífisis está abierta y el deslizamiento es leve o moderado, se suele realizar la fijación de la epífisis con tornillos. Cuando el deslizamiento es grave, debe recurrirse a osteotomías. En caso de epífisis cerradas, siempre es mejor recurrir a osteotomías correctoras a nivel trocantérico. Se presenta el caso de un varón de 14 años que es remitido a consultas externas de nuestro servicio, derivado de su pediatra de zona por cojera. Mide 145cm y pesa 67 kg. La cojera comenzó de forma insidiosa hace un año, dependiente de la cadera izquierda, motivo por el cual ha acudido en varias ocasiones a urgencias de su centro de salud, diagnosticándose de artromialgias inespecíficas, y recomendándose reposo deportivo, analgesia y reincorporación a sus actividades habituales. Al llegar a nuestro centro, se le realizan radiografías apy axiales de ambas caderas, observándose desprendimiento fisario grado III en cadera izquierda, por lo que es programado para intervención quirúrgica urgente. Inicialmente se intenta reducción cerrada suave para fijación percutánea, pero ante la imposibilidad técnica por el acortamiento y retracción mantenidas durante meses, se planifica cirugía abierta para realizar osteotomía de Dunn modificada.Bajo anestesia general, colocado el paciente en decúbito lateral derecho, abordaje lateral directo y osteotomía del trocánter mayor, se abordó el cuello del fémur, refrescado de bordes, reducción hasta posición anatómica y fijación con 3 tornillos canulados de 6.5mm. Tanto el control radiológico posterior como la evolución han sido satisafactorias. El niño a conseguido apoyo completo sin soportes, deambula sin cojera y se ha incorporado a su actividad cotidiana. Se ha seguido

continúa en la siguiente página ...

COMUNICACIÓN **PÓSTER 398**

TÍTULO: **OSTEOTOMÍA DE DUNN**

AUTORES: **Manzano Sánchez, V. / Cañadillas Rueda, R. / Olmo Jímenez, J.M. / Olmo, A.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario (Jaén)**

estechamente la cadera contralateral, sin necesidad de fijación profiláctica. En esta ocasión no se ha producido la complicación más temida, la necrosis avascular de la cabeza femoral. La evolución hasta el momento es de un año, pudiendose descartar casi de forma completa.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 399**

TÍTULO: **FRACTURA LUXACIÓN ABIERTA DOBLE DE LISFRANC Y ESCAFOCUNEANA.**

AUTORES: **Manzano Sánchez, V. / Cañadillas Rueda, R. / Olmo Jiménez, J .M. / Obrero Gaitán, D.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario (Jaén)**

ABSTRACT:

Las fracturas luxaciones del mediopié son entidades patológicas poco frecuentes pero de extrema gravedad, no sólo por el problema que representan en sí, sino también por la dificultad diagnóstica que implican en multitud de ocasiones, siendo tratadas de forma diferida con resultado más pobre, o con intención paliativa en fase de secuelas. En función de las articulaciones implicadas, los dos grandes grupos de fracturas luxaciones del mediopié incluyen las fracturas luxaciones de Lisfranc y de Chopart. Las lesiones de las articulaciones tarso-metatarso, comúnmente conocidas como lesiones de Lisfranc, pueden ser causada por un traumatismo directo o indirecto. El mecanismo indirecto implica la carga axial de un pie en flexión plantar y el mecanismo directo implica una carga pesada aplastando la cara dorsal del pie. Las lesiones de Lisfranc varían son variables y pueden presentarse de distintas formas, desde afectar de forma individual a algún o algunos radios, así como a toda la articulación de Lisfranc Debido a su baja incidencia y complejidad, las lesiones de las articulaciones tarso-metatarso a menudo se pierden en la evaluación inicial. Retrasos en el tratamiento causadas por un diagnóstico incorrecto representan el 20% de los casos de lesiones en esta región del cuerpo. Lesiones en las articulaciones de Lisfranc se describen comúnmente en trs tipos, según la clasificación Quenu y Küss, modificada por Hardcastle. Tipo A se caracteriza por una dislocación de las bases de todos los huesos metatarsianos en un plano. Tipo B se asemeja a tipo A en que las juntas se desplazan en la misma dirección, pero se afecta de de uno a cuatro radios, nunca a todos ellos. En el más grave y menos común de tipo C, que consiste en dislocaciones dentro de la articulación de Lisfranc en diferentes direcciones. Si el desplazamiento es divergente de uno en relación a alguno de los otros cuatro radios sería un tipo C parcial. La articulación mediotarsiana, también conocida como de Chopart, está formada por dos articulaciones: la articulación astrágalo-escafoidea (entre los huesos astrágalo y escafoides) y la calcáneo-cuboidea (entre los huesos calcáneo o del talón y el cuboides). La lesión de estas articulaciones es rara, pero suele verse con mayor frecuencia en gimnastas, futbolistas y otros deportes que tienen que ver con los saltos. Se presenta el caso de un paciente varón de 25 años que tras sufrir traumatismo accidental en relación con accidente de moto, es traído a urgencias de nuestro centro apreciándose herida anfractuosa en cada plantar y dorso del pie izquierdo, con exposicion ósea y fragmentos óseos libres que se desprenden desde las heridas. En los estudios complementarios, se concluye la existencia de dislocación de las articulaciones cuneanas y talocuneanas, combinada con fractura luxación de lisfranc completa, ambas abiertas por la planta y por el dorso. La pérdida de sustancia es tal, que no solo afecta a tegumentos blandos, sino que se aprecia la pérdida de fragmentos óseos que comprometen a segmentos de las cuñas. Estos fragmentos han sido escindidos y son imposibles de recuperar. De igual forma, se aprecia exposición tendinosa de los aparatos extensores de los dedos y de la almohadilla plantar. Se presenta el manejo y el resultado de este caso. Inicialmente se desbridaron los tejidos desvitalizados por el traumatismo intenso, se tratan las partes blandas y se reconstruyen aparatos tendinosos. En segundo lugar, se reduce articulación por articulación y se fija provisionalemtne con agujas de Kirschner. Esta maniobra resultó realmente dificultosa por la completa desestructuración del pie. Posteriormente se cubre con las partes blandas remanentes las estructuras óseas expuestas. Durante el postoperatorio, el paciente seufre infección muy severa que casi terminó en amputación. Se programaron desbridamientos quirúrgicos seriados hasta control de la misma, aunque como resultado evolutivo, se produjo necrosis cutánea extensa en la planta y en el dorso del pié. Afortunadamente las articulaciones permanecieron reducidas y el material no migró. El paciente precisó tratamiento quirúrgico por cirugía plástica para cobertura cutánea de las zonas necrosadas y no cubiertas. Una vez realizada esta, se procedió a tratar la bóveda plantar con ortesis para inicio de la marcha y mantenimiento del arco plantar. En la actualidad el paciente está asintomático y la función del pié es completa.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 400**

TÍTULO: **FRACTURA CÓNDILO FEMORAL EN ADOLESCENTE. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

AUTORES: **García Fuentes, X.D. / González López, M. C. / Saval Benítez, J. M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)**

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de las fracturas traumáticas condrales y osteocondrales en la rodilla y el papel que éstas juegan en el desarrollo de la degeneración articular no es del todo conocido. Los adolescentes están predispuestos a este tipo de lesiones, generalmente de carácter deportivo debido a las propiedades mecánicas de la unión hueso-cartílago en este rango de edad. Existe una asociación bien definida entre la luxación aguda de rótula y las fracturas condrales y osteocondrales. El objetivo del tratamiento es la restauración de las superficies articulares. De acuerdo con la literatura actual se describe la fijación interna como el método más adecuado para el tratamiento de estas fracturas.

OBJETIVOS:

Varón de 14 años que sufre traumatismo de rodilla y es atendido en el área de urgencias siendo inicialmente diagnosticado de luxación de rótula e inmovilizado con férula inguinopédica. Dos semanas después acude a revisión en traumatología de zona. Continúa con dolor y con limitación del balance articular por lo que se solicita RMN siendo diagnosticado de fractura osteocondral de condigo femoral externo. Acude derivado a nuestro servicio desde dichas consultas donde solicitamos TAC de rodilla y programamos cirugía.

MÉTODOS:

Mediante abordaje anterior y artrotomía interna se realiza reposición del fragmento osteocondral y fijación mediante cuatro tornillos Fixos (Stryker). Se cursa interconsulta urgente al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

RESULTADOS:

El paciente presenta un BA previo a cirugía de 5.0.90 grados. Se indican ejercicios isométricos y de mantenimiento de BA tobillo desde el día siguiente a la intervención. En la primera visita al servicio de rehabilitación, una semana después de la operación, presenta un BA 0.0.30º limitado por dolor. Se indican nuevamente ejercicios, liberación de rodilla y se permite carga parcial. A los tres meses observamos una mejoría importante presentando un BA 0.0.110º. Continuará con ejercicios de liberación articular.

DISCUSIÓN:

La cirugía está garantizada en la mayoría de los casos de fractura osteocondral. Dependiendo del tamaño, la condición y la localización de la lesión, las opciones incluyen la reducción del fragmento y la fijación interna o la extirpación. El objetivo del tratamiento en este tipo de lesiones es el restablecimiento de la congruencia de las superficies articulares. Se han documentado buenos resultados clínicos de la fijación de fragmentos con una amplia variedad de implantes. Estos incluyen pines bioabsorbibles, sutura, tornillos metálicos, tornillos bioabsorbibles sellador de fibrina y clavijas óseas.

CONCLUSIONES:

En la fijación de fracturas condrales y osteocondrales se pueden obtener buenos resultados clínicos y la cicatrización condral. El uso de tornillos metálicos sin cabeza es una estrategia adecuada para lograr una fijación estable en tales fracturas y debe considerarse en el manejo de estas lesiones poco frecuentes.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 401**

TÍTULO: **LIPOMA EXTRAARTICULAR Y COMPRESIÓN NERVIOSA.**

AUTORES: **Gutiérrez Castro, J.A. / Alcántara Buendía, R. / Valverde Cano, C.R.**

CENTRO: **Complejo Hospitalario (Jaén)**

INTRODUCCIÓN:

Los lipomas son los tumores de tejidos blandos más frecuentes del organismo, pudiéndose presentar en cualquier localización. Habitualmente son asintomáticos, pero en ocasiones pueden producir clínica de compresión nerviosa. Conocer el diagnóstico diferencial de los tumores periarticulares es importante porque la mayoría se presentan como una monoartritis crónica con signos, síntomas y alteraciones en las pruebas de laboratorio inespecíficas. En la mayoría de los casos es necesario realizar una RM para establecer el diagnóstico diferencial, define el origen anatómico y las características tisulares. Ante la presencia de clínica de nerviosa junto con tumoración de crecimiento lento debemos sospechar el diagnóstico de lipoma. Es muy importante la planificación quirúrgica adecuada, ayudada por las pruebas de imagen.

OBJETIVOS:

Exponer el caso de una mujer de 52 años con gonalgia inespecífica de meses de evolución y sintomatología de parestesias e hipoestesias en mismo miembro. Habiéndose realizado RMN de columna lumbar para descartar discopatía degenerativa. Tras la aparición de tumoración en hueco poplíteo de crecimiento lento se solicitó RMN de rodilla evidenciándose tmoración de partes blandas en hueco poplíteo, cercano a gemelo externo de 6X3,5 cm compatible con lipoma. Dado el empeoramiento con clínica compresiva se decidió tratamiento quirúrgico preferente que consistió en la extirpación completa de la tumoración. Durante la cirugía, se prefirió comenzar por la disección de las estructuras nerviosas y vasculares de proximal a distal, hacia la tumoración. Una vez aisladas y separadas del lipoma estas estructuras, se efectuó la exéresis de la tumoración. Respetándose estructuras nerviosas. En posteriores revisiones la mujer expresaba recuperación clínica completa, desaparición de parestesias y buen balance articular.

CONCLUSIONES:

Ante una clínica sugerente de compresión nerviosa junto con la presencia de una tumoración de crecimiento lento, debemos sospechar siempre el diagnóstico de lipoma. Es muy importante la planificación quirúrgica adecuada, ayudada por las pruebas de imagen (RNM), puesto que las estructuras nerviosas pueden estar incluidas dentro del lipoma.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 402**

TÍTULO: **RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO AL CROMOSOMA X.**

AUTORES: **Mesa-Ramos, M. / Maquieira, C. / Mesa-Ramos, F. / Mateos, M.D. / Copete, S.I. / Sánchez Pozuelo, P.**

CENTRO: **Unidad de Gestión Clínica del Aparato Locomotor del Área Sanitaria Norte de Córdoba Hospital "Valle de los Pedroches". Pozoblanco (Córdoba)**

INTRODUCCIÓN:

El raquitismo hipofosfatémico ligado al cromosoma X se caracteriza fundamentalmente por alteraciones en la mineralización de las placas del crecimiento y de los huesos lo que determina deformidades óseas graves, en especial de los miembros inferiores. El objetivo del trabajo es poner de manifiesto la necesidad de un enfoque multidisciplinar de ésta y otras patologías que condicionan la aparición de trastornos musculoesqueléticos, siendo preciso tratar adecuadamente en tiempo y forma la causa y las consecuencias.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 42 años con deformidades graves de ambos miembros inferiores (MMII) secundarios al raquitismo hipofosfatémico autosómico dominante ligado a la presencia en el gen PHEX del cromosoma X de la variante nucleotídica c.1735G>A (p.Gly579Arg) en heterocigosis. Enfermedad que padece, al igual que su hija, hermana y madre. Clínicamente mostraba una báscula pélvica con escoliosis toracolumbar, cadera dch. en aducción, rotación interna y flexión, una deformidad asimétrica en espejo con desaxación de ambos MMII. El miembro inferior (MI) dch. en valgo con inestabilidad medial e impotencia para la flexo-extensión de la rodilla, hemianquilosis de tobillo con marcha en equino con un hallux varus y el MI izq en varo con laxitud lateral de la rodilla lo que prácticamente le imposibilita caminar y estar en bipedestación. Con técnicas de imagen se comprueban las deformidades axiales, la rotura del ligamento interno dch., la luxación de la rótula dch. y la existencia de una importante degeneración articular. Tras sopesar riesgos y beneficios se somete a la paciente a un complejo tratamiento: osteotomías múltiples en ambos fémures, tibias y peronés, realineación femoropatelar dch, cuadricepsplastia dch doble, artroplastia total constreñida de rodilla dch, y correción del hallux varus. Tras superar algunas complicaciones: necrosis cutánea, infección limitada y una patella baja que requirió una plastia del tendón rotuliano con tendón de Aquiles, la paciente ha recuperado la marcha sin ayuda 3 años después, quedando una laxitud residual del ligamento externo en la rodilla izq.

REFLEXIÓN:

Esta intervención es extremadamente compleja e infrecuente, solo hay 2 casos de características similares intervenidos en la Mayo Clinic.

CONCLUSIONES:

El tratamiento del raquitismo debe tener un planteamiento multidisciplinar en el que el cirujano ortopédico juega un papel esencial. Las graves alteraciones musculoesqueléticas con que cursan hace preciso realizar un diagnóstico y un tratamiento ortopédico y quirúrgico precoz.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 404**

TÍTULO: CONTRAFUERTE CORTICAL COMO RECURSO TÉCNICO EN LA OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURAS PERIPROTÉSICA DE RODILLA

AUTORES: Valverde Cano, C.R. / Cañadillas Rueda R. / Obrero Gaitan, D.

CENTRO: Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas alrededor de los implantes protésicos de rodilla continúan aún hoy día como objeto de debate, con importantes tasas de complicación, por lo que el resultado funcional se verá comprometido. Una sistematización y clasificación permitirá la toma de decisiones terapéutica. Aparte de los factores sistémicos del paciente existen otros factores, donde la alineación desempeña el papel más importante. Los tipos de implantes utilizados en la actualidad con el concepto de modularidad y el amplio arsenal terapéutico existente en la traumatología de la rodilla hacen que la planificación sea realizada de una forma individualizada desde el tipo de paciente y desde el tipo de fractura. Los clavos retrógrados y los distintos tipos de fijación mediante clavo-placa ocupan un lugar preferente en el manejo quirúrgico, pero el tratamiento ortopédico continúa presentando la terapéutica de elección en algunas ocasiones. LA artroplastia de rodilla se ha convertido en una de las cirugías con mayor éxito en el campo de la cirugía ortopédica, haciendo de ella un uso cada vez más extendido, y provocando una mayor prevalencia de pacientes con prótesis de rodilla implantadas y así han aumentado los problemas relacionados con ellas, el aflojamiento, la infección y las fracturas periprotésicas. De igual modo, se ha producido en los últimos años un aumento en las indicaciones de artroplastias de revisión, constreñidas, con aumentos, sistemas de anclaje metáfiso o diafisario. La incidencia de complicaciones a su vez, hace más difícil la cirugía de salvamento en caso de imprevistos, tanto técnicos como biológico, los pacientes candidatos a artroplastia de revisión cada vez son más ancianos, la calidad de hueso es peor, y sobre ellos asienta el grave problema de la osteoporosis. Se presenta el caso de una paciente que es sometida a artroplastia total de rodilla derecha hace 20 años (RotaGlide), con buen resultado quirúrgico y funcional. Hace 5 años, por aflojamiento aséptico del componente femoral, y desgaste del polietilieno, se somete a artroplastia de revisión, implantándose prótesis total de rodilla tipo Nexgen LCCK .El resultado conseguido fue muy bueno, aunque debida a la osteolisis en las zonas de interfase, y a la mala calidad del hueso subyacente, se tuvo que usar injerto óseo heterólogo para aumento mas cementación de componentes. La paciente sufrió en su domicilio con fractura periprotésica de fémur derecho, en el que existe un componente femoral con vástago cementado de 15 cm, bien anclado al hueso, por lo que se descartó el recambio en un tiempo, el enclavado retrógrado y la osteosíntesis con placa simple, al no poder usarse tornillos convencionales. Se optó por usar placa de soporte de 4.5 por vía lateral, con tornillos bloqueados en la epifisis condilea, tornillo unicorticales en diáfisis y cerclajes anclados a la placa, consiguiéndose la reducción anatómica de la fractura. Debido a la gran osteoporosis que presentaba la paciente, no se aplicaron los cerclajes directamente sobre el hueso, por el elevado riesgo de desmontaje del sistema y refractura por el efecto de siega del cable sometido a extrema tensión, por lo que se optó por suspender los cerclajes sobre placa de injerto heterólogo de banco, usando una hemidiáfisis tibial de 10 cm como contrafuerte medial.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 405**

TÍTULO: MANEJO QUIRÚRGICO DE LA RÓTURA DEL BICEPS DISTAL MEDIANTE TÉCNICA TENSIÓN SLIDE.

AUTORES: Elizondo Esposito, D. / Bolaños Aguilar, R. / Hidalgo Martin, Y.

CENTRO: Hospital Punta de Europa

INTRODUCCIÓN:

La rotura del tendón distal del bíceps constituye una lesión poco frecuente, característica de varones de edad media con predominio del brazo dominante, aunque en los últimos años, se ha observado un aumento de las mismas hasta casi el 10 % como resultado de las excesivas demandas aplicadas al miembro superior, particularmente laborales y deportivas. Tabaco y Esteroides están directamente relacionados.

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro trabajo es analizar los resultados funcionales obtenidos en un grupo de pacientes tratados con idéntica técnica quirúrgica: “Tension Slide” mediante reanclaje en posición anatómica con BicepsButtonTM, (Arthrex) mas tornillo interferencial mediante abordaje único.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisaron un total de 11 pacientes intervenidos en dos centros hospitalarios diferentes entre julio del 2015 siendo el ultimo en enero de 2017, varones entre 32 y 45 años de edad.La reconstrucción se realizó dentro de las primeras 4 semanas (período agudo) en los 10 pacientes, en uno a las 6 semanas. Misma técnica quirúrgica, idéntico protocolo postoperatorio: comienzo de RHB a los 7 días , hasta las 12 semanas permitiendo al paciente sostener únicamente el peso de una taza de café.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Revisando la literatura, encontramos que las roturas parciales o de la unión músculo-esquelética deben tratarse de forma ortopédica pero en las roturas completas, el tratamiento conservador no es una primera opción, especialmente en pacientes activos y jóvenes, ya que está demostrado que se asocia a disminución de la resistencia en flexión y supinación combinadas de forma secundaria a la rotura. La reparación primaria con una reinserción anatómica del tendón lesionado en la tuberosidad biccipital del radio fue nuestro tratamiento de elección. En una serie de 10 pacientes, Morrey y cols. compararon los resultados con tratamiento conservador (3 pacientes), reinserción anatómica en período agudo (5 pacientes) y reconstrucción luego del mes (2 pacientes, uno con reinserción anatómica y el otro con sutura al braquial anterior). Los pacientes sometidos al tratamiento conservador tuvieron una pérdida del 40% de la fuerza de supinación y del 30% de flexión; las reinserciones en el período agudo recuperaron, al año de la intervención, una fuerza normal.
De nuestros 11 pacientes solo se pudo realizar el seguimiento en 9 de ellos, de los cuales recuperaron la fuerza de flexión y supinación combinadas a los 12 meses, reincorporándose a sus actividades laborales a los 3 meses y a las deportivas a los 6 meses.

continúa en la siguiente página ...

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 405**

TÍTULO: **MANEJO QUIRÚRGICO DE LA RÓTURA DEL BICEPS DISTAL MEDIANTE TÉCNICA TENSIÓN SLIDE.**

AUTORES: **Elizondo Esposito, D. / Bolaños Aguilar, R. / Hidalgo Martin, Y.**

CENTRO: **Hospital Punta de Europa**

CONCLUSIONES:

La reinserción por técnicas vía única ha demostrado unos excelentes resultados clínicos y una recuperación de la fuerza en flexión y supinación. La tasa de complicaciones es baja, constituyendo el principal riesgo asociado a este tipo de reparación la lesión del nervio interóseo posterior. Las modificaciones recientes de la técnica proporcionan una mejor estética y disminuyen el riesgo de sinóstosis radiocubital asociada a las técnicas convencionales de doble incisión. La reinserción del tendón mediante esta técnica es sencilla, segura y reproducible, proporciona una fijación fuerte que permite una rehabilitación precoz por lo que es el método de elección en pacientes jóvenes y activos.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 406**

TÍTULO: **SCREENING DE OSTEOPOROSIS POR ULTRASONOGRAFIA CUANTITATIVA (QUS) TIBIAL.**

AUTORES: **Mesa-Ramos, M. / Mesa-Ramos, F. / Copete, S.A. / López, C. / Muñoz, L. / Márquez, I.M.**

CENTRO: **Unidad de Gestión Clínica del Aparato Locomotor del Área Sanitaria Norte de Córdoba Hospital "Valle de los Pedroches". Pozoblanco (Córdoba)**

INTRODUCCIÓN:

Se estima que más del 75% de los pacientes con osteoporosis no son diagnosticados y no recibe tratamiento para su condición. Su diagnóstico es normalmente hecho con DEXA en grandes hospitales, algo que limita extraordinariamente su uso por las demoras y las distancias existentes. El dispositivo de ultrasonidos BINDEX® proporciona el valor del grosor cortical y la densidad ósea de la tibia. Una extrapolación de estos datos, combinados con otros (edad, sexo, peso,...), permite estimar la DMO de la región de la cadera.

OBJETIVOS:

Validar los valores densitométricos estimados con BINDEX® en una población española, pues está validado para pacientes de raza caucásica nórdica. Presentamos aquí los resultados de un estudio preliminar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El estudio consiste en comparar los valores densitométricos del fémur total obtenidos con DEXA con los obtenidos en tibia proximal mediante ultrasonografía mediante un análisis de correlación concurrente. El ultrasonómetro expresa el valor densitométrico en g/cm2 tras calcular el grosor cortical, valores medios de 5 determinaciones consecutivas. Se han realizado sendas mediciones en 150 mujeres mayores de 50 años de edad (66.7 ± 8.3 años), con y sin criterio de osteoporosis densitométrica (Tscore -2,5).

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En el estudio no se ha tenido en cuenta el hecho de tener o no osteoporosis densitométrica, dado que se trata de un análisis de correlación de un parámetro teóricamente igual facilitado por dos máquinas diferentes. Los valores obtenidos en tibia y fémur han tenido una elevada correlación significativa (r= 0,79). Este grado de correlación permite que se pueda emplear como método de screening de una densidad mineral ósea baja en fémur.

DISCUSIÓN:

Esta medición tiene un elevado riesgo de error intra y extraobservador si no se ha realizado una formación y entrenamiento adecuado, en personas entrenadas es un método fácil, rápido y reproducible (Behrens). Los umbrales de sensibilidad y especificidad previamente establecidos por Karjalainen et al. 2016 permiten identificar al 90% de los pacientes con osteoporosis y osteopenia, aunque un porcentaje (30%) de estos últimos pueden quedar bajo sospecha de sufrir una osteoporosis y precisar una DEXA.

CONCLUSIONES:

El dispositivo BINDEX® es una herramienta coste efectiva a la hora de diagnosticar una osteoporosis en medios asistenciales con dificultad para acceder a la DEXA, atención primaria y hospitales comarcales, y facilita en gran manera los estudios de cribado poblacional.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 409**

TÍTULO: **DISOCIACIÓN ESPINO-PÉLVICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Barón Barrera, C. / López Morales, M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

La disociación espino-pélvica se produce en fracturas complejas de sacro con un componente transversal. Este tipo de lesión provoca dos fragmentos principales: uno formado por la columna y el fragmento sacro central y otro formado por la pelvis y el fragmento sacro periférico. En las fracturas sacras en H puede existe una inestabilidad pélvica posterior con una inestabilidad espino-pélvica debido a la extensión distal de los trazos verticales.

OBJETIVOS:

Aportar a la literatura un caso de una patología tan poco común como la disociación espino-pélvica con nuestra experiencia en el tratamiento y control evolutivo de la misma.

MÉTODOS:

Revisión de la historia clínica de un paciente precipitado de 6 metros de altura que presentó a su llegada a Urgencias una fractura sacra compleja en H con su consiguiente disociación espino-pélvica. Además el paciente presentaba fractura de apófisis odontoides, fracturas costales bilaterales con contusión pulmonar y SDRA, fractura de cabeza humeral izquierda en tres fragmentos, fractura de olécranon izquierdo, fractura-estallido de L1 y aplastamiento de T9, fractura de cotilo izquierdo y hematoma retroperitoneal; por lo que requirió su ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos para su estabilización.

RESULTADOS:

Se realizó un tratamiento integral del paciente solventando en primer lugar la patología emergente. Se trataron de manera conservadora las fracturas de odontoides, fracturas costales, cabeza humeral y de olécranon, La fractura de cotilo izquierdo requirió una estabilización mediante fijación externa. Se realizó un tratamiento quirúrgico de las fracturas vertebrales mediante una artrodesis a dos niveles: T12-L2 y L4-L5-S1-pala ilíaca.

CONCLUSIONES:

Destacamos la importancia de una valoración integral inicial en un paciente politraumatizado, decidiendo qué patología requiere un tratamiento emergente. En todo paciente precipitado debemos descartar inestabilidades a nivel vertebral desde el inicio, ya que pueden pasar desapercibidas por la clínica silente de las mismas y por la atención inmediata que requieren otras lesiones concomitantes.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 410**

TÍTULO: **FRACTURA DE APÓFISIS ODONTOIDES TIPO III DE ANDERSON Y D'ALONSO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Barón Barrera, C. / López Morales, M.**

CENTRO: **Hospital Universitario Virgen de la Victoria**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de odontoides se deben por lo general a un traumatismo de alta energía. El dolor en cuello es el hallazgo clínico más frecuente, no existiendo clínica neurológica en la mayoría de los casos. En pacientes politraumatizados esta fractura se asocia a menudo a lesiones craneoencefálicas cerradas que pueden dificultar la exploración clínica, por lo que en numerosas ocasiones pasa desapercibida. Las lesiones medulares tan solo afectan al 10-16% de los pacientes.

OBJETIVOS:

Aportamos a la literatura un caso de la única fractura de odontoides sintetizable.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de la historia clínica de un paciente de 44 años que sufre accidente de motocicleta usando casco protector, que presentó a su llegada a Urgencias fractura no desplazada de apófisis odontoides y arco anterior de atlas, fractura estallido con pequeño fragmento intracanal de L1 y fracturas de tres arcos costales con contusión pulmonar que no requirió ingreso en UCI.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

El tratamiento quirúrgico de la fractura de odontoides requirió un abordaje antero-lateral de la columna cervical, realizándose una osteosíntesis de la apófisis odontoides mediante un tornillo de compresión interfragmentaria. Además en un segundo tiempo se realizó artrodesis T12-L2.

CONCLUSIONES:

El estudio TAC sustituye a la radiología simple en caso de pacientes politraumatizados con sospecha de lesión vertebral. En las exploraciones TC es muy importante evaluar la reconstrucción sagital y coronal, ya que la fractura de odontoides puede localizarse en uno de estos planos pasando desapercibida si sólo se analiza uno de ellos. Es importante la valoración inicial, el manejo en las transferencias del paciente y la correcta inmovilización hasta descartar fracturas inestables.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 411**

TÍTULO: OPCIONES DE TRATAMIENTO EN GENU VALGO SEVERO.

AUTORES: Fernández Sainz-Rozas, E. / Jiménez Baquero J. / González Cuadrado, A.

CENTRO: Hospital Universitario de Puerto Real

INTRODUCCIÓN:

El genu valgo severo constituye una de las indicaciones principales para artroplastia total de rodilla. Puede ser de origen degenerativo, reumático o postraumático. La elección del implante, así como la necesidad previa de osteotomías correctoras, depende de un estudio individualizado del paciente. En cuanto a la técnica quirúrgica, si bien Ranawat y Whiteside popularizaron protocolos para equilibrado sistemático de partes blandas, se han propuesto otras opciones interesantes a este respecto.

OBJETIVOS:

Mostrar las opciones de tratamiento de los genu valgus severos, así como la experiencia en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos tres casos de genu valgo severo
Caso 1: mujer años, con historia de osteoporosis en tratamiento intravenoso y dos fracturas previas sobre miembro inferior derecho (pertrocantérea y de metáfisis tibial). Parálisis del CPE del miembro contralateral. Padece valgo severo por fractura de cóndilo femoral lateral que pasó desapercibida. Se coloca un implante tipo bisagra rotacional cementado.
Caso 2. hombre 60 años, con genu valgo derecho postraumático (fractura antigua supraintercondílea de fémur). Se coloca un implante tipo condilar constreñido, no cementado. No se usan suplementos.
Caso 3. hombre 57 años, con genu valgo bilateral degenerativo. Se coloca implante tipo condilar constreñido, no cementado. Se usan suplementos distales en cóndilo femoral externo.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

En los tres pacientes el resultado postquirúrgico en cuanto a alineación fue satisfactorio. Mantienen balance articular de 0-90º como mínimo sin problemas. No han precisado transfusión sanguínea en el postoperatorio. Presentan dismetrías < 1 cm y se encuentran satisfechos con los resultados.

CONCLUSIONES:

La elección del implante y la técnica quirúrgica en el caso de genu valgo severo depende de la experiencia del cirujano y del estado de los complejos ligamentosos mediolaterales. Hoy en día algunos autores apuestan por usar implantes cada vez con menos nivel de constricción con lo que la pauta de equilibrado de partes blandas debe seguir un razonamiento cada vez más exhaustivo. Por otro lado, los implantes tipo bisagra rotacional continúan teniendo indicaciones concretas. En nuestro caso los resultados obtenidos en los tres casos han resultado satisfactorios.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 413**

TÍTULO: **LUXACIÓN INVETERADA DE CODO EN ADOLESCENCIA.**

AUTORES: **Martínez de la Torre. M.Á.**

CENTRO: **Hospital Costa Del Sol, Marbella (Málaga)**

INTRODUCCIÓN:

El codo, tras el hombro, es la segunda articulación que más se luxa de la economía humana. Frecuentemente, se tratan de luxaciones simples, sin fracturas ni otras lesiones asociadas que permiten la reducción cerrada; pero, en ocasiones, la presencia de estas lesiones complican el tratamiento y el pronóstico.

MÉTODOS:

Varón de 15 años que sufre caída accidental sobre muñeca izquierda en extensión con deformidad y dolor intenso en codo ipsilateral e impotencia funcional para flexo-extensión y prono-supinación, sin evidencia de lesiones neurovasculares. Tras el estudio radiográfico, se observó una luxación posterolateral de codo izquierdo, sin fracturas óseas aparentes. Se procedió a una reducción cerrada (tracción longitudinal del antebrazo acompañado de presión en olecranon y flexión de codo simultánea) que fue efectiva tras varios intentos. Se inmovilizó con una férula de yeso braquio-antebraquial con codo a 90º, que se retiró a las dos semanas. Presentaba aún dolor con flexo-extensión limitada a 100-70º con pronosupinación libre. A la semana, acudió de nuevo a urgencias por comenzar con sensación de parestesias en región cubital de la mano.

PROCEDIMIENTO:

Se derivó a rehabilitación con escasa mejoría del dolor ni del rango de movilidad tras dos meses de fisioterapia. Se solicitó una TC donde se objetivo la persistencia de la luxación lateral del codo izquierdo, inveterada, con fragmento óseo interarticular, que correspondía al núcleo de osificación epitróclear. Se intervino quirúrgicamente mediante reducción abierta de la luxación y osteosíntesis de epitróclea con trasposición del nervio cubital.

EVOLUCIÓN:

A la semana de la cirugía, desaparece el dolor pero aun continúa con déficit sensitivo y motor en territorio cubital, que recuperó en semanas sucesivas. Respecto al rango de movilidad, comenzó realizando ejercicios de flexo-extensión inmediatamente tras la intervención, alcanzando un rango de movilidad 115º-35º al mes postquirúrgico y pronosupinación libre. A los tres meses, la recuperación fue completa.

CONCLUSIÓN:

Ante casos de luxaciones complejas, de difícil reducción o inestables, debemos ser conscientes de que otras lesiones pueden estar presentes y de que la reducción abierta más osteosíntesis y/o reparación ligamentosa puede ser necesaria. Hay que vigilar posibles lesiones de la arteria braquial. La ausencia de pulsos distales no contraindica la reducción cerrada, pero si no se reestablece el flujo tras la misma, se debe valorar una reparación quirúrgica. Son poco frecuentes las lesiones nerviosas asociadas (nv. cubital, mediano,…) por elongación o por atrapamiento tras la reducción. Las nueroapraxias se recuperan en el 90% de los casos.

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

COMUNICACIÓN **PÓSTER 414**

TÍTULO: **SECUENCIA DE SISTEMAS DE OSTEOSÍNTESIS EN FRACTURAS ABIERTAS DE TIBIA PROXIMAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Rodríguez Romero, M.I. / Fernández Sainz-Rozas, E. / Jiménez Baquero, J.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de tibia proximal son un hallazgo habitual en pacientes politraumatizados. Su tratamiento habitual consiste en reducción abierta y fijación interna en los tipos II, IV, V y VI. Los tipos I y III pueden ser eventualmente tratados mediante técnicas conservadoras, artroscópicas o percutáneas. Por otro lado, la adecuada evaluación de las partes blandas perilesionales es de vital importancia y puede condicionar los métodos de tratamiento, como es el caso de la historia que presentamos.

OBJETIVOS:

Describimos el tratamiento secuencial en un paciente con Fractura Abierta.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso de un paciente de 55 años , varón, que sufre un atropello en la vía pública. Presenta graves lesiones de piel y músculo en ambos miembros inferiores, y una fractura abierta grado IIIb de Gustilo de la metáfisis tibial izquierda. Se acompaña de fractura transindesmal cerrada del peroné izquierdo. El mismo día del traumatismo se realizó fijación externa puenteando la rodilla y síntesis percutánea del peroné con una aguja de Kirschner. El objetivo de esta fase fue facilitar la labor de los cirujanos plásticos. A las 4 semanas postraumatismo se realiza cambio de fijación externa por un sistema híbrido para facilitar el trabajo de movilidad articular sin dañar las zonas de piel injertadas. Con ello se consigue un balance de 0-90º. A los 4 meses del traumatismo, sin aparición clara de un callo óseo visible, se decide cambiar el sistema de fijación externa híbrido por un enclavado endomedular tibial para permitir carga. A los 8 meses del traumatismo se observa desviación progresiva en varo del foco de fractura, con retardo de consolidación asociado. En este momento se realiza extracción del clavo intramedular y osteosíntesis abierta con placa lateral de tibia proximal y aporte de injerto autólogo.

RESULTADOS:

A los dos años del traumatismo se observa callo de fractura en radiología convencional y TAC. El paciente presenta cojera y deambula con un bastón debido a una rigidez secundaria del tobillo izquierdo.

CONCLUSIONES:

En el caso de fracturas abiertas el estado de la piel y partes blandas circundantes a la lesión condiciona el tipo de tratamiento a elegir. La necesidad de cirugía plástica, el desarrollo de síndrome compartimental o la aparición de infecciones pueden retardar el momento de una cirugía definitiva.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 415**

TÍTULO: **FRACTURAS ATIPICAS RELACIONADAS CON EL USO PROLONGADO DE ALENDRONATO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Leal Robles, A. / Romero Fernández, J. / González Infantes, A. / Noya, J. / Cabrera Rosendo, J.**

CENTRO: **Hospital Universitario de Puerto Real**

INTRODUCCIÓN:

El alendronato es un bifosfonato de segunda generación que inhibe la actividad de los osteoclastos y la resorción ósea. No solo previene la perdida de hueso sino que origina su endurecimiento. Su utilidad en el tratamiento de la osteoporosis está demostrada, pero en los últimos años su uso prolongado también está siendo relacionado con la aparición de fracturas definidas como atípicas.

OBJETIVOS:

Reportar un caso de fractura atípica por alendronato, en una paciente con tratamiento prolongado con dicho fármaco.

MÉTODOS:

Paciente de 85 años que acude a urgencias por dolor e impotencia funcional de cadera tras caída accidental desde su propia altura.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

A su llegada al hospital la paciente presenta acortamiento y rotación externa de MI. En la radiografía de pelvis se aprecia una fractura subtrocanterea de fémur.

CONCLUSIONES:

Las fracturas atípicas relacionadas con el uso prolongado de alendronato tienen muy baja incidencia, se localizan habitualmente en el tercio proximal de la diáfisis femoral, se producen tras un traumatismo de baja energía. Se han establecido unos criterios mayores y menores para su clasificación.

COMUNICACIÓN **PÓSTER 417**

TÍTULO: **PIOMIOSITIS EN ESCLERODERMIA SISTÉMICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: **Caballero Angulo, J.A. (1) / Quintero López, C. (2) / Medina León, N. (2)**

CENTRO: **(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)**
(2) Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

INTRODUCCIÓN:

La esclerodermia sistémica o síndrome de CREST (Calcinosis, Raynaud, Disfunción esofágica, Esclerodactilia y Telangiectasia) es una enfermedad inflamatoria reumática rara que conlleva múltiples asistencias tanto a urgencias como a consultas externas de múltiples especialidades médico-quirúrgicas, entre ellas COT. Una enfermedad con múltiples complicaciones con las que el Cirujano Ortopédico y Traumatólogo no está familiarizado como la Miositis Infecciosa.

OBJETIVOS:

Dar a conocer, a través de un caso clínico, la esclerodermia sistémica y su relación con complicaciones que competen a nuestra especialidad.

MÉTODOS Y RESULTADOS:

Paciente de 38 años diagnosticada de síndrome de CREST que acude al servicio de urgencias por presentar fiebre y celulitis con signos de infección profunda y superficial en la región lateral de la pierna izquierda. Exploración neurovascular del miembro dentro de la normalidad. En la RX se objetiva calcinosis en todos los compartimentos del muslo. Se realiza RMN previa a cirugía para objetivar extensión de lesiones y localización y límites de ésta confirmándose la presencia de Piomiositis por calcinosis en el compartimento externo y posterior del muslo. Es revisado por el equipo de Medicina Interna de Guardia decidiendo ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso y actitud expectante en cuanto a la herida motivo por el que se avisa a Traumatología de Guardia. Se procede a desbridamiento más limpieza quirúrgica, dada la falta de sustancia se deja sistema de aspiración VAC que ha de retirarse por exudado purulento activo durante el POP. Es necesaria la ayuda del equipo de Endocrinologia, Medicina Interna, ORL, COT y Cirugía Plástica.

CONCLUSIONES:

La esclerosis sistémica (Sindrome de CREST), a pesar de ser una enfermedad poco frecuente y que sale de nuestra práctica diaria, pueden conllevar complicaciones, como la piomiositis presentada en este caso, que debemos tener en cuenta y ser capaces de manejar esta patología en un enfoque multidisciplinar.



SATO 2017



SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

SATO 2017

SECRETARÍA TÉCNICA

MANAGEMENT CONSULTING & EVENTS
C/ Luis de Morales,32 Edif. Forum Planta 3. Mods 14-16-18. Sevilla - 41018
Telfs.: 954 417 108 - 607 012 720
secretaria@eventosmce.es /secretaria@portalsato.es /www.eventosmce.es