



Reportes 2020 en Cirugía Ortopédica y Traumatología



Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia

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

Almería 2020

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 derecho reservados y el reconocimiento de la autoría de la SATO

Coordinación técnica y editorial
Management Consulting and Events
C/ Luis de Morales, 32. Sevilla

ISBN- 978-84-09-19592-3

JUNTA DIRECTIVA SATO

PRESIDENCIA:

Dr. Juan José Ballester Alfaro

PRESIDENCIA FUNDACIÓN SATO:

Dr. Manuel Mesa Ramos

SECRETARÍA:

Dra. Aurora Falcón Sánchez

TESORERÍA:

Dr. Ricardo Mena-Bernal Escobar

DELEGADO DEL SENADO:

Dr. Fernando López Vizcaya

VOCALÍA RELACIONES CON INSTITUCIONES:

Dr. Luis Silva Gallardo

VOCALÍA SOCIEDADES AFINES:

Dr. Miguel Cuadros Romero

VOCALÍA RELACIONES C.O.M.:

Dr. Manuel Zabala Gamarra

VOCALÍA PRÁCTICA PRIVADA:

Dr. José Ángel Ruiz Molina

Dr. Rafael López Arévalo

DIRECCIÓN REVISTA SATO

Dr. Plácido Zamora Navas

REDACTOR JEFE REVISTA SATO

Dr. Tomás Alcántara Martos

VOCALÍAS PROVINCIALES:

Almería:

Dra. Eva López Sorroche

Cádiz:

Dr. Juan José Domínguez Amador

Ceuta:

Dr. Nabil Mawas Terki

Córdoba:

Dr. Alberto Izquierdo Fernández

Granada:

Dra. Rosa Rodríguez Espejo

Huelva:

Dra. Marisol Martínez Vázquez

Jaén:

Dr. Raúl Alcántara Buendía

Málaga:

Dra. Esther Díaz Gálvez

Melilla:

Dr. Fernando Sánchez del Castillo

Sevilla:

Dra. Macarena López Pliego

50

CONGRESO SATO



Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia
XI Congreso Internacional SATO-SOTIMI-SMACOT

Almería, 2020



Presidentes del Comité Organizador:

Dr. Antonio Pablo Rosales Varo
Dr. Antoine Nicolas Najem Rizk

SEDE:

GRAN HOTEL DE ALMERÍA



COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTES:

Dr. Antonio Pablo Rosales Varo
Dr. Antoine Nicolas Najem Rizk

VOCALES:

Dr. Fco. Hita Rodríguez Contreras
Dra. Eva López Sorroche
Dr. José Luis Jumilla Carrasco
Dr. Rafael Moreno Romero
Dr. Isidoro Pascual Molina
Dr. Diego Megías Montañez
Dr. Miguel Ángel Solano Medina
Dra. Rocío Martínez Sola
Dr. Jonathan Alberto Angulo Urbina
Dra. M^a. José Cortés Requena
Dra. Nieves Escudero Bayón
Dra. M^a. Fernanda Galindo Flores
Dr. Ignacio Holgado Macho
Dr. Guillermo Salmerón Vélez
Dr. Javier Olmedo Parra
Dr. Isidoro Pascual Oliver
Dr. Carlos Javier Arrieta Martínez
Dra. Beatriz Soler Vasco
Dra. Julieta Ruiz-Rico Gómez
Dr. Jorge Hernández Peniche
Dr. Antonio Jiménez de Cisneros Gutiérrez
Dra. M^a. del Mar Moral Osuna
Dra. Andrea Álvarez Fernández
Dr. Juan Manuel Fernández Domínguez
Dr. Carlos Cabeza García
Dr. Andrés Trabalón Ramírez

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE:

Dr. Juan José Ballester Alfaro

VICEPRESIDENTES:

Dr. Plácido Zamora Navas
Dr. Juan José González Suárez

SECRETARIA:

Dra. Aurora Falcón Sánchez

VOCALES:

Dr. Tomás Alcántara Marcos
Dra. Yolanda Barón Pérez
Dr. Juan Bautista Aranda
Dr. Javier Cabrera Rosendo
Dra. Pilar Cañedo Martín
Dr. Daniel Donaire Hoyas
Dr. Fco. Javier Estades Rubio
Dr. Simón Fuentes Caparrós
Dr. Carlos Funes Morante
Dr. Abraham García Mendoza
Dr. Juan Miguel Gómez Palomo
Dr. Enrique Guerado Parra
Dr. Juan Jiménez Baquero
Dra. Ana Leal Robles
Dr. Fernando López Vizcaya
Dr. Juan Ribera Zabalbeascoa
Dra. María Dolores Sánchez de la Flor
Dr. Fco. Javier Sotelo Sevillano
Dr. Tomás Vela Panés

CO011

DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE FRACTURAS PERIFÉRICAS Y DE CUELLO DE ASTRÁGALO: MANEJO INICIAL Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LAS COMPLICACIONES.**Autores:** Montero Páez, B.; Jiménez López-Rey, Á.; Blanco Alba, P.A.; Martínez Sánchez, A.**Centro:** Hospital de la Merced, Osuna. Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Se presenta una serie de once pacientes con fracturas de astrágalo “no del cuerpo”, periféricas/peritales y de cuello de astrágalo. Analizamos el patrón de fractura con los sistemas de clasificación más utilizados junto al estudio de complicaciones a largo plazo clínico-radiológicas en este tipo de fracturas que no implican directamente la articulación tibiotalar. Resultados funcionales en relación a la escala AOFAS de retropié y el cuestionario de salud general SF-36.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de once pacientes diagnosticados de fracturas periféricas y de cuello de astrágalo en nuestro hospital en los últimos 30 años. Se proponen diez sistemas de clasificación para tratar de dilucidar el patrón de fractura (AO/OTA, Marti-Weber, Hawkins, Inokuchi, Malvern, Sneppen, Boack/Watanabe, Tinner and Sommer, clasificación anatómica y Gustilo-Anderson). Se describe tratamiento y complicaciones a largo plazo, señalando los casos con cirugías secundarias.

Asimismo, se describe un caso de fractura-luxación posteromedial de cabeza de astrágalo no descrita en la literatura (sólo publicados casos anteromediales).

RESULTADOS:

En los casos de fracturas periféricas existió retraso en el diagnóstico y por tanto en el inicio de la rehabilitación. Sólo tres de las siete fracturas de cuello fueron tratadas de forma quirúrgica. Artrosis postraumática (OA), necrosis avascular (AVN), pseudoartrosis y síndrome de dolor regional complejo conforman las complicaciones secundarias más destacables, siendo la correlación clínico-radiológica una entidad no constante.

Se refleja el estado de salud general del paciente y la efectividad del tratamiento mediante el cuestionario SF-36 y la escala AOFAS de retropié, respectivamente.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas periféricas obtuvieron mejores resultados a largo plazo que las de cuello de astrágalo, aunque inicialmente padecieron retraso en el diagnóstico con complicaciones asociadas.

El cuestionario SF-36 refleja el estado de salud general del paciente, mientras que la escala AOFAS de retropié mide la efectividad del tratamiento. El uso combinado de ambas podría ayudar a mejorar la comprensión de los resultados de estas fracturas, más allá del análisis radiológico de la OA y la AVN o de la actuación propiamente quirúrgica.

El manejo de las fracturas periféricas de astrágalo supone un reto debido a la compleja estructura de este hueso del tarso. Para establecer un diagnóstico es necesario albergar un alto índice de sospecha y, en cualquier caso, hacer uso de la tomografía computarizada para su identificación temprana como herramienta superior a la radiología convencional o la resonancia magnética.

Una clasificación adecuada para desarrollar la mejor estrategia de tratamiento es prioritaria debido a la baja prevalencia y la necesidad de apoyarse en la experiencia de las publicaciones con mayor impacto de la literatura. Los resultados clínicos dependen de factores como el grado de desplazamiento, la demora en el tratamiento inicial o las complicaciones desarrolladas en el tiempo.

El uso concurrente de las escalas AOFAS de retropié y SF-36 podría ayudar a mejorar la comprensión del estado de salud de los pacientes con fracturas de astrágalo.

CO012

PATOLOGÍA METASTÁSICA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN EL HUCA.**Autores:** Pérez Hevia, I.; Collazo Martín, O.; Álvarez Álvarez, S.; Iglesias García, R.A.; Fernández Blanco, B.**Centro:** Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La alta incidencia de metástasis óseas y la grave repercusión funcional que provocan son motivos de constante avance en métodos de evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Analizar la distribución de la patología metastásica ósea en extremidades que fue subsidiaria de tratamiento quirúrgico en nuestro hospital en los últimos 9 años. Evaluar el tipo de tratamiento realizado en cada caso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza estudio observacional retrospectivo de 135 pacientes con diagnóstico de metástasis ósea tanto en extremidad superior como inferior, entre los años 2010-2019. Tras una revisión sistemática de historias clínicas, se recogen datos sobre el tumor primario, y las metástasis óseas, analizando datos demográficos, periodos de tiempo, localización, patrón radiográfico, y tratamiento quirúrgico de las mismas.

RESULTADOS:

El tumor primario más prevalente fue el Cáncer de Mama, seguido del hipernefoma, pulmón y mieloma. La localización mas frecuente fue el fémur en su región trocantérea, seguido del húmero diafisario. El tratamiento de elección mas habitual fue el enclavado. En un 70% de los casos la lesión intervenida apareció en el seno de una enfermedad metastásica conocida. En los pacientes con hallazgo de la lesión sin fractura se analizó el índice de Mirels con una media de puntuación media entre 9-10. La supervivencia media al año fue de 6,2 meses.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad ósea metastásica es un proceso que es complicado de estandarizar. Actualmente con los avances farmacológicos que permiten aumento de la esperanza de vida en este tipo de pacientes, se recomienda realizar una fijación quirúrgica siempre y cuando las expectativas de vida sean mayores que el tiempo estimado para la recuperación funcional del miembro afecto. El objetivo fundamental de este tratamiento tiene que ser paliativo: reducción del dolor y restauración de la función de una manera precoz. En definitiva, una mejora de la calidad de vida.

CO015

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ROTURAS DE BÍCEPS DISTAL. ABORDAJE ÚNICO O DOBLE.

Autores: Jiménez Martín, A.; Najarro Cid, F.J.; Santos Yubero, F.J.

Centro: Hospital FREMAP. Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La rotura de bíceps distal tiene una frecuencia de 1.2 casos por 100000 habitantes. El tratamiento conservador supone un detrimento supinador del 40% y flexor del 30%, al igual que las transferencias al braquial. **OBJETIVOS.** Nuestro objetivo es revisar nuestra experiencia con la reinserción anatómica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio comparativo de cohortes, entre una cohorte histórica, aunque reciente, en la que se aplicó doble abordaje, o de Boyd-Anderson, frente a una cohorte prospectiva donde se aplicó abordaje simple y doble. Tamaño muestral de 80 pacientes. Edad media de $48,9 \pm 5,9$ años. Analizamos lateralidad, tiempos para diagnóstico, prequirúrgico, quirúrgico, tipo de vía, tipo de reinserción, tiempo de rehabilitación, escala Mayo Elbow Performance Score (M.E.P.S.), estudio biomecánico y complicaciones. Seguimiento mínimo en 2 años y máximo en 7 años.

RESULTADOS:

Tiempo para el diagnóstico, con mediana de 4 días. Tiempo prequirúrgico: $12,2 \pm 6,4$ días. Tiempo quirúrgico: $61,9 \pm 15,7$ minutos. Doble vía (Boyd-Anderson-Morrey) en el 78.8%, vía única (Henry) en el 21.2%. Reinserción transósea (45%), con anclaje roscado (40%) y con botón cortical (15%). Tiempo rehabilitador: $91 \pm 29,7$ días. M.E.P.S.: $88 \pm 11,7$ puntos. Déficit de fuerza flexora final del $28 \pm 16,6$ %. Complicaciones: 1 caso de sinostosis radiocubital proximal, 2 neuroapraxias radiales y 5 casos con rigidez residual. Contraste de hipótesis: mejor resultado M.E.P.S. para doble vía ($p=0.009$), con menos complicaciones ($p=0.008$). Mayor dolor con botones corticales ($p<0.05$). Menor tiempo quirúrgico si se operaban antes de 1 semana ($p=0.03$). Riesgo relativo de 0.2 al comparar tipo de abordaje con riesgo de lesión radial, siendo el doble abordaje el que menos lo presentaba y configurando por tanto éste, un factor protector frente a esta lesión.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En nuestra experiencia, consideramos que la reinserción anatómica es un tratamiento eficaz. La doble vía supone mejor resultado en escala M.E.P.S., con menos complicaciones, que en la vía única.

CO022

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ANCIANOS CON ARTROPLASTIA DE CADERA BIPOLAR VS MONOPOLAR TRAS FRACTURA DE CUELLO FEMORAL. REVISIÓN ESTADÍSTICA DE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS.

Autores: González Cuadrado, A.V; Bergillos Barroso, M; Rodríguez Romero, M.I; Baquero Jimenez, J; Ballester Alfaro, J.J.
Centro: Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Determinar mediante análisis estadístico que tipo de prótesis parcial de cadera está relacionada con una mejor calidad de vida, en pacientes ancianos tras fractura de cuello femoral.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron en el estudio los pacientes ancianos que sufrieron fractura de cuello femoral entre enero de 2015 y enero de 2019, divididos en dos cohortes, una formada por pacientes que fueron sometidos a artroplastia parcial monobloque (APM) y otra formada por pacientes sometidos a artroplastia parcial bipolar (APB). Se realiza el Oxford Hip Score (OHS) a dichos pacientes para evaluar su calidad de vida y funcionalidad al comenzar este estudio.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio se recogieron datos de 151 pacientes (n= 73 APM; n=78 APB). Se realizó la comparación del OHS mediante U Mann-Whitney (APM 30,5/APB 26,8; $p>0,05$) no siendo la diferencia de puntuaciones totales obtenidas estadísticamente significativas. Los resultados menos favorables se obtuvieron en las cuestiones 7, 11 y 4, correspondientes a subir escaleras, dolor en trabajo diario y colocación de calcetines. Los mejores resultados se obtuvieron en las cuestiones 12, 8 y 2, correspondientes a dolor nocturno, dolor al incorporarse del asiento e higiene personal. Como variable secundaria se analizó el tiempo medio de estancia hospitalaria de ambos grupos (APM 6,5/APB 6,8; $p>0,05$), no siendo estadísticamente significativo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La elección de una APB o APM para las fracturas de cuello femoral en el paciente anciano, según nuestro estudio, no va a determinar mejor calidad de vida o resultado funcional. La elección del implante debe basarse en la experiencia del cirujano, experiencia con la técnica, etc. Un estudio sobre coste-efectividad podría estudiarse como factor diferenciador para futuros trabajos.

CO023

RANGO FISIOLÓGICO DEL ÁNGULO DE BOHLER EN LA POBLACIÓN GADITANA.

Autores: González Cuadrado, A.V; Rodríguez Romero, M.I; Carretero Guillén, JA; Perez Campos, M; Ballester Alfaro, J.J.

Centro: Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio ha sido determinar el rango de los valores normales del AB en la provincia de Cádiz, analizando también los posibles factores que pueden influenciarlo, comparando los resultados con los datos recogidos en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analizaron 189 radiografías laterales de pie donde, tras aplicar los criterios de exclusión, se midió el AB por 4 evaluadores independientes. El valor obtenido para el AB medido se comparó entre sexo, lateralidad y 6 grupos de edad en los que se dividió la muestra, usando los test estadísticos pertinentes. El análisis estadístico se realizó mediante IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 25.0

RESULTADOS:

La media del AB observada en la población fue de $33,54 \pm 6,04$ (16-47o). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo ($p= 0,21$) a pesar de presentar valores más elevados en hombres. En cuanto a la lateralidad se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,008$) con valores más elevados en pie izquierdo. En relación a la edad se encontró una relación estadísticamente significativa tanto en el global ($r= -0,19$, $p= 0,02$) como a través de los 6 grupos ($p= 0,02$), de modo que a mayor edad se hallaron menores AB.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Para la población gaditana, la media del ángulo de Böhler es de $33,54^\circ$, con una correlación negativa para la edad y no encontrando asociación con el sexo. Este hallazgo coincide con las publicaciones relacionadas en otras poblaciones, siendo discutido aún su influencia sobre la edad. Futuros trabajos con muestras de pacientes más amplias podrían ayudar a determinar con mayor exactitud estas variables.

CO025

FRACTURAS LUXACIONES INTERFALÁNGICAS. OPCIONES QUIRÚRGICAS.

Autores: de Torres Urrea, F.J.(1); F.J.; Hernández Cortés, P. (2); Salmerón Vélez, G.(3); Cisneros Gutierrez, A.(3); Pradilla Gordillo, P. (4).

Centro: Hospital Mediterráneo, Almería(1). Hospital Clínico, Granada (2). Hospital Torrecardenas. Almeria (3). Hospital Vithas Nisa. Sevilla (4).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Estudio de las fracturas luxaciones IFP de los dedos

MATERIAL Y MÉTODO:

11 casos de fracturas tratadas quirúrgicamente con diferentes sistemas de estabilización articular y ósea.

RESULTADOS:

Han obtenidos buenos resultados en los casos tratados en las tres primeras semanas tras la lesión, En los dos casos más demorados, se alcanzaron peores resultados.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La restitución de la congruencia articular y la estabilidad, es muy importante en las fracturas luxaciones IFP. Es recomendable realizar la intervención en las tres primeras semanas tras la lesión.

Las luxaciones más frecuentes son las que afectan a la articulación interfalángica proximal (IFP) de los dedos. En algunos casos, esta luxación puede ir asociada a una fractura por impactación de la base de la falange media. Según la clasificación de Eaton, la tipo III presenta una fractura articular, siendo el tipo IIIB la que tiene más de 40% de la superficie afectada, considerándose inestables. Se han tratado a 11 pacientes, todos varones, con lesiones tipo III. El tratamiento realizado fue; en tres casos una artroplastia de interposición con la placa volar, injerto autólogo hemihamate en tres casos, en otros tres casos una combinación de fijación externa con agujas de Kirschner y en dos casos síntesis abierta. Se valoran los resultados obtenidos con más de seis meses de seguimiento, tras la finalización de la fisioterapia y la incorporación a la actividad habitual. Se han encontrado mejores resultados en los casos intervenidos de forma precoz respecto a los demorados más de tres semanas. La técnica empleada más laboriosa fue la reconstrucción con hemihamate.

CO027

UTILIDAD DE LA IMPRESIÓN 3D EN TRATAMIENTO DE FRACTURAS COMPLEJAS.

Autores: Corredor Cabello A, García Carmona M, Manzano Sánchez V, Sánchez Aguilera A, Olmo Jiménez JM, Obrero Gaitán D.

Centro: Hospital Universitario de Jaén.

RESUMEN:

La tecnología de impresión 3D nos permite generar modelos exactos de fracturas lo cual nos permite una serie de ventajas y aplicaciones. En primer lugar la correcta clasificación de la fractura, explicar al paciente de forma visual su patología así como su tratamiento y el proceso de recuperación, nos permite la planificación preoperatoria correcta (preparar implantes, medirlos, vías de abordaje), nos facilita la cirugía y disminuye el número de complicaciones tanto por la disminución del tiempo quirúrgico así como de la pérdida hemática, facilita la docencia pregrado y postgrado. De especial interés es su aplicación en las fracturas articulares complejas como las de acetábulo, meseta tibial, tibia distal y húmero proximal.

La posibilidad de la impresión 3D en el mismo hospital es especialmente útil por la rapidez de obtención del modelo, la comunicación con los técnicos que optimiza el resultado y las necesidades y su bajo coste.

En nuestro hospital llevamos varios meses usando estos modelos para las fracturas complejas. Se solicita un TAC y a través de una aplicación informática se solicita el modelo indicando las necesidades y en 3 días aproximadamente tenemos el modelo impreso.

Esto nos ha permitido un mejor estudio y planificación de estas fracturas disminuyendo el tiempo quirúrgico y sin aumentar los costes.

CO031

OSTEOTOMÍA DE PERONÉ COMO MÉTODO PARA LA DESCOMPRESIÓN DEL COMPARTIMENTO MEDIAL EN LA ARTROSIS DE RODILLA.**Autores:** Fernández Alba, G.; Santana Ramirez, S.; Martinez Pardo, F.**Centro:** Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Describir y analizar la técnica de la osteotomía proximal de peroné como método para liberar el compartimento medial en la gonartrosis en varo, así como exponer sus resultados funcionales y radiográficos a corto-medio plazo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Realizamos una búsqueda bibliográfica y de la literatura, encontrando múltiples artículos, todos de publicación en los últimos 4 años, en los que se analizan los resultados, complicaciones y biomecánica del efecto de realizar una OPP.

RESULTADOS:

Con esta técnica se ve reducido el tiempo quirúrgico y sangrado, a la vez que se reduce el tiempo hasta la carga total del paciente y se disminuye de forma notable el dolor así como se mejora la función articular.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La osteotomía de peroné proximal se postula como una técnica segura, principalmente en pacientes con alta comorbilidad, para mejorar la función y calidad de vida en pacientes con gonartrosis en varo.

Se realiza un análisis de la bibliografía reciente, encontrando diversos artículos que analizan el impacto de realizar una Osteotomía de Peroné Proximal para el tratamiento de la gonartrosis en varo.

La OPP se postula como una técnica segura y efectiva para mejorar la calidad de vida en pacientes con AR, retrasando, o incluso evitando la necesidad de realizar una artroplastia de rodilla.

La OP es una técnica que no podemos explicar de forma completa basándonos en los datos biomecánicos disponibles hasta la fecha; no obstante, dados los resultados a medio-largo plazo de los distintos estudios publicados, no podemos ignorar la necesidad fehaciente de realizar nuevos estudios para analizar en profundidad los resultados obtenidos.

Encontramos por tanto de enorme utilidad la descripción y análisis que realizamos de esta técnica, que se encuentra en su fase inicial de estudio y aplicación, pero que, no obstante, arroja unos datos que difícilmente podemos pasar por alto.

CO035

ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS A MEDIO PLAZO ENTRE VÁSTAGOS DE PRESERVACIÓN ÓSEA DE ESTABILIDAD METAFISARIA Y VÁSTAGOS ESTÁNDAR EN LA ARTOPLASTIA TOTAL DE CADERA DEL ADULTO JOVEN.**Autores:** Sotelo Sevillano, F.J.; Carretero Guillén, J.A.; Baña Marcos, E.A.; González Cuadrado, A.V.; Ballester Alfaro, J.J.**Centro:** Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Análisis de resultados a medio plazo en parámetros clínicos, analíticos, radiológicos y las complicaciones en artroplastia total de cadera comparando vástagos no cementados cortos cónicos rectos de estabilidad metafisaria con vástagos estándar anatómicos implantados en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se identificaron 110 pacientes intervenidos con un seguimiento mínimo de 18 meses. La media de edad era de 56 años (30-65). En el grupo analizado con vástago corto (55 casos), se implantó un vástago cónico recto de estabilidad metafisaria (Taperloc-MICRO®, Zimmer-Biomet), mientras que el grupo control (55 casos) se implantó un vástago estándar anatómico, trapezoidal, no cementado (ABG II®, Stryker). Todos los casos de vástago corto analizados fueron implantados por el mismo cirujano y se empleó una vía de abordaje lateral de Hardinge.

RESULTADOS:

La tasa de revisión por cualquier causa fue menor en el grupo tratado con vástago corto. Las causas de cirugía de revisión o rescate de la ATC incluyeron la infección del implante, aflojamiento séptico y/o fractura peri-implante. En el grupo de vástagos cortos 12 pacientes portan artroplastia bilateral con el mismo modelo por satisfacción con los resultados. Las variables dolor de muslo y luxación protésica fueron menos frecuentes en el grupo de vástagos cortos. La EVA disminuyó en 5 puntos de media, WOMAC reducido en 40 puntos de media, OHS se incrementó de media 23 puntos y la escala de Merle d'Aubigné aumentaba de media 6 puntos hasta el último seguimiento.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Según los resultados obtenidos en nuestro centro, los vástagos cortos de preservación ósea son una adecuada opción técnica en pacientes adultos jóvenes menores de 65 años y una ventaja en aquellos casos con fémur Dorr tipo 1. Son

necesarios estudios a largo plazo prospectivos que aseguren la supervivencia de estos implantes y consideramos importante elegir un diseño adecuado de estabilidad metafisaria.

CO038

DISOCIACIÓN ESPINO-PÉLVICA

Autores: Collazo Martín, O.; Iglesias García, R.A.; Pérez Hevia, I.; Álvarez Álvarez, S.; Fernández-Valdés Fernández, J.M.; Paz Aparicio, J.

Centro: Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Analizar el mecanismo de lesión, tratamiento y complicaciones de las disociaciones espino-pélvicas a propósito de dos casos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se revisan de manera retrospectiva descriptiva 2 casos intervenidos en el Hospital Universitario Central de Asturias. Ambos casos son varones que son remitidos a nuestro centro tras un intento autolítico, con edad comprendida entre 40-55 años. Siguiendo el protocolo ATLS ante la sospecha de fractura pélvica se realizó una serie radiológica incluyendo radiografía de pelvis y TAC con reconstrucciones en plano sagital y coronal para un correcto diagnóstico.

RESULTADOS:

Se estratificaron a los pacientes según la clasificación Lumbo Sacral Injury Clasification System (LSICS) y siguiendo sus indicaciones se realiza reducción y estabilización de la fractura. El tratamiento habitual de este tipo de fracturas es el quirúrgico que consiste en una fijación bilateral con tornillos pediculares desde la 4ª vértebra lumbar hasta la región iliaca a no ser que haya una lesión vertebral en los niveles superiores.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Se trata de una lesión infrecuente que puede ser infradiagnosticada sino se realizan las pruebas diagnósticas precisas. Se produce por un traumatismo de alta energía siendo el tratamiento fundamentalmente quirúrgico.

CO047

PTC EN EL ADULTO JOVEN CON SECUELA DE PERTHES.

Autores: Herrera Mármol, R.; Natividad Pedreño, M.; Pérez Fernández, P.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén.

RESUMEN:

Valoración de secuelas de la enfermedad de Perthes en el adulto joven y planteamiento de artroplastia total de cadera en el mismo grupo de pacientes como una solución eficaz y válida.

CO048

CIRUGÍA DE REVISIÓN DE ARTROPLASTIA DE CADERA: ANILLOS DE RECONSTRUCCIÓN EN DEFECTOS ACETABULARES.

Autores: Iglesias Garcia, R.A; Collazo Martín, O; Alvarez Alvarez, S; Prado Garcia, P; Perez Hevia, I.

Centro: Hospital Universitario Central de Asturias.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La revisión de cirugías de artroplastia total de cadera fracasadas como consecuencia de una osteólisis severa a nivel acetabular representa un desafío creciente debido al número cada vez mayor de artroplastias primarias. Nuestro objetivo es estudiar los resultados a corto-medio plazo de la cirugía de revisión de cadera con el sistema MRS-TITAN COMFORT en casos de pérdida ósea acetabular severa.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión retrospectiva de 31 implantes (28 pacientes, 3 con implantes bilaterales), con pérdida ósea acetabular severa (Paprosky IIC, IIIA y IIIB) con diagnóstico de aflojamiento aséptico en 24 implantes y séptico en 7, intervenidos durante el período 2017-2019 (seguimiento mínimo de 12 meses, máximo de 36 meses). Hemos evaluado el descenso del centro de rotación conseguido, la presencia de complicaciones intra y postoperatorias y el resultado (dolor, rigidez, funcionalidad) según la escala WOMAC 24 items.

RESULTADOS:

Se presentaron 5 complicaciones; 2 casos de luxación, 1 caso de pie equino y 2 casos de infección profunda. El descenso medio del centro de rotación fue de 4,2 cm. En la escala WOMAC la dimensión más afectada fue el nivel funcional si bien

mostró resultados similares en media a los respaldados por la bibliografía en casos de artroplastia primaria de cadera. Deambulación efectiva en 27 de los 28 pacientes, si bien 4 requieren de ayuda a la deambulación

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los anillos de reconstrucción suponen una buena solución en los casos de cirugía revisión acetabular, permitiendo restaurar el centro de rotación de la cadera, aliviar el dolor y una adecuada funcionalidad permitiendo una deambulación precoz.

CO054

OSTEOMIELITIS CRÓNICA ASÉPTICA DE RADIO DISTAL EN UN VARÓN DE 14 AÑOS.

Autores: Ávila Calvo, E; Matas Llerena, A; Cómez Acosta, A; Moreno Maroñas, J.M.

Centro: Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Revisar aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos así como el manejo de un paciente de 14 años con OCR.

Mostrar nuestra experiencia con un caso de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 14 años con dolor e inflamación intermitentes en extremo distal de antebrazo derecho de meses de evolución. Las pruebas de imagen son compatibles con OMC o lesión tumoral. Cultivos negativos y biopsia con necrosis ósea sin signos inflamatorios o tumorales.

RESULTADOS:

Debido a la recurrencia del cuadro, escasa respuesta a AINEs y posterior fistulización se optó por exéresis quirúrgica con curetaje. Los resultados de la anatomía patológica fueron negativos. La remisión del cuadro fue completa y actualmente el paciente continúa asintomático.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La OCR aséptica es una enfermedad idiopática de incidencia mundial, autoinflamatoria sin un tratamiento efectivo de elección. Presenta destrucción lítica con bordes escleróticos en metáfisis óseas simulando procesos infecciosos o tumorales. Predomina en mujeres de 4 a 14 años, pero nuestro caso es un varón. La fiebre acompaña al cuadro en un 17-33% de los casos, en nuestro caso ausente. El pronóstico es impredecible, siendo posible la resolución espontánea tras años de evolución. Los síntomas pueden recurrir en una misma localización o nuevas áreas. Cultivos negativos junto a una biopsia indicativa de inflamación crónica confirman el diagnóstico, como se hallaron en nuestro caso. El tratamiento de primera línea lo constituyen AINEs, encontrando de segunda línea corticoides, inmunosupresores y bifosfonatos. En caso de escasa respuesta, como es nuestro caso, podemos optar por curetaje.

La osteomielitis crónica recurrente (OCR) es una entidad poco frecuente, de escasa literatura, caracterizada por lesiones óseas inflamatorias asépticas uni o multifocales. Se desconoce la patogénesis y el diagnóstico se realiza por exclusión con el resto de lesiones óseas inflamatorias crónicas que afectan a la infancia. Cursa con dolor e inflamación local recurrentes, con respuesta parcial a AINEs. Los cultivos son típicamente negativos y debemos considerar la biopsia en casos que no responden a antiinflamatorios.

Presentamos el caso de un paciente de 14 años, varón, con dolor e inflamación intermitentes en extremo distal de antebrazo derecho de varios meses de evolución sin otra sintomatología asociada y analítica en rango de normalidad. Tras completar estudio con radiografía, ECO, TAC, RMN y Gammagrafía encontramos lesión ósea lítica metafisodistal de radio con componente de partes blandas asociado con aumento de actividad osteoblástica, cuyo diagnóstico es compatible con osteomielitis o lesión tumoral.

Los cultivos de aspirado y biopsia ósea que fueron negativos así como la BAAR.

Se realizó biopsia, arrojando resultados de necrosis ósea sin signos inflamatorios ni de tumoración, con posterior fistulización de la puerta de entrada.

La OCR aséptica es una enfermedad idiopática de incidencia mundial que cursa de forma autoinflamatoria sin un tratamiento efectivo de elección.

Presenta destrucción lítica con bordes escleróticos en metáfisis óseas simulando procesos infecciosos o tumorales. Predomina en mujeres de 4 a 14 años, pero nuestro caso es un varón.

La fiebre acompaña al cuadro en un 17-33% de los casos, en nuestro caso ausente.

El pronóstico es impredecible, siendo posible la resolución espontánea tras años de evolución. Los síntomas pueden recurrir en una misma localización o nuevas áreas.

Cultivos negativos junto a una biopsia indicativa de inflamación crónica confirman el diagnóstico, como se hallaron en nuestro caso.

El tratamiento de primera línea lo constituyen AINEs, encontrando de segunda línea corticoides, inmunosupresores y bifosfonatos. En caso de escasa respuesta, como es nuestro caso, podemos optar por cirugía.

CO060

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y RESULTADOS EN FRACTURAS DE MESETA TIBIAL TRATADAS QUIRÚRGICAMENTE EN NUESTRO CENTRO.**Autores:** Matas Llerena, A.I.; Revuelta Romo, J.; Bellido González, E.; Sánchez Martos, M.; Ávila Calvo, E.**Centro:** Hospital Universitario de Valme, Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Analizar los resultados clínicos de pacientes intervenidos de fractura de meseta tibial en nuestro hospital. Valorar nuestra curva de aprendizaje y aprender de los errores cometidos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis observacional descriptivo de resultados clínicos en 73 pacientes intervenidos de fractura de meseta tibial en Hospital Universitario de Valme (Sevilla) 2013 - 2018. Se recogieron datos epidemiológicos, tipo de fractura según clasificación de Schatzker y columnas, mecanismo lesional, hundimiento en mm, patologías concomitantes, tiempo previo a la intervención quirúrgica, tiempo de hospitalización, periodo en descarga, complicaciones y balance articular final.

RESULTADOS:

Se trataron un total de 73 pacientes (38 mujeres y 35 hombres). En 3 casos se trataba de afectación bilateral. La media de estancia hospitalaria fue de 14 días. En las fracturas con afectación de columna posterior que inicialmente no se trataba los resultados en el postoperatorio fueron insatisfactorios.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El hundimiento articular y afectación de la columna posterior se proponen como factores predictores de evolución en fracturas de meseta tibial. Cambio de perfil de paciente con huesos osteoporóticos y mecanismo de baja energía en mujeres de edad media.

Las fracturas de meseta tibial suponen el 1-2 % de todas las fracturas. Son más frecuentes entre los 30-50 años, y el mecanismo de producción más común son los accidentes de tráfico. Estas fracturas se pueden acompañar de lesiones de los meniscos o de los ligamentos de la rodilla. El tratamiento quirúrgico debe adecuarse a las características de la fractura e individualizarse en cada caso.

CO072

REVISIÓN DE 897 FRACTURAS TRATADAS CON CLAVOS PROXIMALES RESULTADOS.**Autores:** Rodríguez Casals, J.; Fernández Palomero, A.; Ávila Dietz, A.; Torres Díez, C.**Centro:** Hospital Comarcal de la Axarquía Vélez-Málaga, Málaga.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Comparar los resultados en nuestras manos de los clavos PFNA y Gamma.

MATERIAL Y MÉTODO:

Comparamos los resultados de los clavos Gamma y PFNA tras casi 900 fracturas de cadera con los meta-análisis, midiendo tiempo de unión, pérdida de sangre, tiempo de RX, estancia hospitalaria, Cut-out de los implantes, tiempo de cirugía, infecciones post quirúrgicas y supervivencia.

RESULTADOS:

El tiempo de unión, la pérdida de sangre, tiempo de fluoroscopia no varía entre los clavos y el meta-análisis tampoco. La estancia media si es algo mayor por el área geográfica y no disponer de internistas integrados en nuestro servicio. El número total de cut-out es de 13 (1.44%) equivalente a otros estudios, infecciones profundas 12 (1.33%) similar a otros estudios. La mortalidad a los dos años está entorno al 20% pero a los 5 años por encima del 90%.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En nuestras manos y tras 9 años y 897 clavos no hay una clara superioridad del clavo PFNA sobre el gamma en términos de pérdida de sangre, fluoroscopia y tiempo de unión. La estancia hospitalaria es algo mayor por el área geográfica y por no tener sistematizados en nuestro servicio los cuidados pre y post operatorios por parte de Medicina Interna. El número de infecciones y cut-out es similar a la de otros estudios, aunque ya hay estudios que rebajan esas cifras.

La fractura de cadera en ancianos a día de hoy constituye una pandemia, con grandes retos y coste, en nuestras manos está el dar una solución rápida y eficaz, tratando de disminuir el número de complicaciones postoperatorias y la carga familiar y económica que implican.

Presentamos una revisión de 470 clavos PFNA y 427 clavos Gamma realizados durante 9 años y con un seguimiento mínimo de 12 meses con resultados similares a otros estudios y meta-análisis pero con una estancia media algo superior probablemente por no contar de manera sistemática con el Servicio de Medicina Interna en los cuidados pre y post.

operatorios y por el área geográfica en la que nos encontramos La fractura de cadera en ancianos a día de hoy constituye una pandemia, con grandes retos y coste, en nuestras manos está el dar una solución rápida y eficaz, tratando de disminuir el número de complicaciones postoperatorias y la carga familiar y económica que implican. Presentamos una revisión de 470 clavos PFNA y 427 clavos Gamma realizados durante 9 años y con un seguimiento mínimo de 12 meses con resultados similares a otros estudios y meta análisis pero con una estancia media algo superior probablemente por no contar de manera sistemática con el Servicio de Medicina Interna en los cuidados pre y post operatorios y por el área geográfica en la que nos encontramos.

CO073

TRAUMATÓLOGO 3.0: INTERNET NO ES EL ENEMIGO. PROYECTO A-BRAZO.

Autores: Moral Osuna, M.M.; Galindo Flores, M.F.; Álvarez Fernández, A.; López Sorroche, E.; Angulo Urbina, J.

Centro: Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Analizar el uso de internet y redes sociales por parte de los pacientes que acuden a las consultas de la unidad de miembro superior de nuestro hospital y explicar el desarrollo de la plataforma web A-Brazo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio descriptivo en el que se evalúa la confianza depositada por el paciente en el médico y en la información transmitida en la consulta. También se busca conocer si el paciente utiliza los recursos que ofrece internet para ampliar sus conocimientos acerca de su lesión. Para ello, se desarrolló una encuesta que se aplicó a los que acudían como primera visita a la consulta de miembro superior durante un periodo comprendido entre septiembre de 2019 y febrero de 2020. Previamente se comenzó el desarrollo del proyecto A-brazo (plataforma web vinculada a redes sociales con comunicación directa entre la unidad de miembro superior y rehabilitación de nuestro hospital y el paciente) Inicialmente se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de las lesiones más frecuentes en mano, muñeca y codo; describiéndolas en temas específicos, adaptando toda la información al paciente. También se tuvo en cuenta las recomendaciones para el cuidado y la rehabilitación tanto en el tratamiento conservador como en el periodo pre y post-quirúrgico mediante material audiovisual en forma de vídeo explicativo. Con ayuda de un desarrollador especializado se llevó a cabo la construcción de la web. Se buscó en todo momento crear una página intuitiva y de fácil acceso, comprobando el correcto funcionamiento de esta en las distintas plataformas y navegadores. Esta web se mantiene en constante actualización por el equipo que forma parte de este proyecto, compuesto tanto por especialistas en ortopedia y traumatología como por especialistas en rehabilitación y medicina física. Durante la realización del proyecto, se aseguró que la web A-brazo cumple los criterios de calidad científica según la HON (Health on Net Foundation).

RESULTADOS:

Los resultados de alcance de la página web A-Brazo se recogieron mediante la herramienta de “google analytics”: - Desde la fecha de lanzamiento hasta la actualidad, ha tenido un alcance total de 760 personas de diferentes países con un total actual de 2400 visitas a la web. - El principal dispositivo por el que se accedió a la misma fue el teléfono móvil en un 81,6% de los pacientes, en comparación con un 15,1% que accedieron desde el pc o un 3,2% mediante Tablet. - El principal rango de edad que accede a los contenidos publicados por A-Brazo en sus diferentes redes sociales se encuentra entre los 25 y 34 años, correspondiéndose a un 72% de los usuarios. Tan solo un 3% de los usuarios son mayores de 65 años. - El contenido más visitado por parte de los usuarios son las tablas y ejercicios de recuperación. Respecto a las encuestas que rellenaron los pacientes: Se recogen un total de 60 encuestas en las que se extraen las siguientes conclusiones: - La media de edad del paciente encuestado son 52 años. - El 75% de los pacientes acudió a la consulta de miembro superior con un diagnóstico previo otorgado por compañeros del servicio de cirugía ortopédica y traumatología desde los centros de especialidades periféricos, y el grado de confianza en el mismo es superior al 85%. - El 20% de los pacientes buscó información extra sobre su patología, dedicando una media de 1 hora en ello, siendo google la fuente de búsqueda más utilizada. Tan solo un 2% de los pacientes encuestados recuerdan la web en la que buscaron información. - El 100% de los pacientes que buscaron información en webs externas, admiten estar interesados en que su médico especialista le facilite el material en internet para consultar acerca de sus síntomas y tratamiento.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Internet puede ser una interesante plataforma para el intercambio de información; el concepto de “e-learning” se basa en el potencial para guiar a una gran cantidad de individuos de forma autónoma a través del contenido multimedia. Con el proyecto de A-brazo no solo se busca llegar al paciente, también se ha llevado a cabo la creación de un espacio para profesionales del ámbito en el cual sea posible compartir conocimientos como videotécnicas quirúrgicas o revisiones de artículos.

CO109

ARTRODESIS SUBASTRAGALINA SECUNDARIA TRAS FRACTURA DE CALCÁNEO. NUESTRA EXPERIENCIA.**Autores:** Vivas Pastor, A.; Jiménez Martín, A.; Chaqués Asensi, F.J.**Centro:** Hospital FREMAP, Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Evaluar la incidencia de artrodesis subastragalina secundaria tras fractura de calcáneo. - Comparar la incidencia de artrodesis subastragalina secundaria tras fractura de calcáneo en pacientes tratados de forma conservadora y quirúrgica. - Describir la frecuencia de factores que influyen en el desenlace de artrodesis subastragalina tras fractura de calcáneo en cada grupo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo. Presentamos 204 pacientes con fractura de calcáneo tratados en nuestro centro. Se subdividen entre tratamiento conservador y quirúrgico, y, a su vez, en los que precisaron artrodesis subastragalina secundaria o no. Encontramos 37 pacientes tratados de forma conservadora, de los cuales 20 (54%) precisaron artrodesis subastragalina secundaria. Contamos 137 pacientes que fueron tratados con cirugía de inicio tras descartar la artrodesis primaria. De estos, 25 precisaron artrodesis subastragalina secundaria (18,2%). Extraemos las variables de edad, tiempo de inmovilización, inicio de la carga, tipo de fractura con la clasificación de Sanders, complicaciones, AOFAS y tipo de alta; para observar su distribución en los cuatro grupos.

RESULTADOS:

La artrodesis subastragalina secundaria tiene una incidencia en nuestro centro de un 25,8%. La edad, el tiempo de inmovilización y el de inicio de la carga no presentaron grandes diferencias entre grupos. Respecto al tipo de fractura, la artrodesis subastragalina secundaria presenta mayor porcentaje de casos con fracturas tipo III y IV de Sanders (30% vs 0% en tratamiento conservador; 55% vs 46% en el tratamiento quirúrgico). El tipo de alta y el AOFAS presentan mejores resultados entre los pacientes sin artrodesis subastragalina. Para las artrodesis secundarias, hay gran diferencia entre aquellos con tratamiento conservador previo (10% alta por mejoría), y aquellos que partían de una cirugía primaria (44% de altas por mejoría).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El porcentaje de artrodesis subastragalina secundaria en nuestro centro es similar al encontrado en la literatura. La artrodesis subastragalina secundaria se da en fracturas más complejas. El AOFAS tiene mejores resultados para tratamiento conservador, mientras que el tratamiento quirúrgico presenta más altas por mejoría. Teniendo en cuenta las últimas tendencias en la literatura, el siguiente paso será comparar artrodesis subastragalina primaria con artrodesis subastragalina secundaria.

CO120

LEIOMIOSARCOMA ENDOTELIAL ARTERIAL EN MUSLO IZQUIERDO.**Autores:** Márquez Ruiz, F.J.; Olcina Meseguer, M.A.; Román Torres, M.**Centro:** Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Presentar un caso de leiomioma endotelial en cara anterior del muslo con MTX pulmonar con tratamiento curativo

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente varón de 56 años que presenta tumoración de dos meses de evolución en raíz anterior de muslo izquierdo. Tras realización de RMN (masa intramuscular que afecta a psoas ilíaco y musculatura aductora de unos 10 x 12.9 x 11.5cm, que tras la administración de contraste presenta un marcado realce periférico de porciones sólidas, sugerente de leiomioma), se realizó estudio de extensión y exéresis de metástasis única en LSD (AP diagnóstico de MTX de leiomioma). Posteriormente recibió quimioterapia y RT previa a la cirugía (formación de pseudocapsula). Tras ello se realizó exéresis con toma de biopsia de ganglios adyacentes.

RESULTADOS:

Se realizó exéresis de la pieza tumoral mediante abordaje anterior de muslo siendo necesaria la disección del ligamento inguinal (junto con C. Vascular), presentando bordes libres en la anatomía patológica. Se realizó biopsia de 6 ganglios adyacentes que no presentaban signos de malignidad. Estadío IV: T2b N0 M1 G2. Actualmente el paciente se encuentra libre de enfermedad aunque durante el posoperatorio inmediato presentó una linforrea a nivel de la herida tratada por parte del servicio de C. Cardiovascular.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Valorar la importancia de un manejo multidisciplinar (comité de tumores) de estos pacientes y este tipo de patologías tan infrecuentes, siendo preciso conocer el manejo y características tan infrecuentes del leiomioma endotelial

CO122

NUEVAS TECNOLOGÍAS EN COT: OPTIMIZACIÓN DE IMÁGENES 3D E IMPORTANCIA EN LA TOMA DE DECISIONES Y PLANIFICACIÓN EN COT.**Autores:** Almirón Santa Bárbara, R.; Martín Moya, M.A.; Verdejo Parrilla, M.; Espejo Reina, M.J.; Passini Sánchez, J.**Centro:** Área Sanitaria Norte de Málaga. Hospital de Antequera.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Las nuevas tecnologías 3D están irrumpiendo de manera inevitable en el ámbito de la medicina, siendo la especialidad de COT, según diversos estudios, aquella en la que mayor trascendencia están teniendo estos avances.

En el presente trabajo exponemos nuestra experiencia con la reconstrucción de estructuras en 3D y su optimización a través de diversos Freeware, mostrando la utilidad de estos recursos que sólo requieren de un ordenador y la instalación de software gratuitos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se tomaron imágenes de TC de pacientes que suponían un desafío en la decisión diagnóstico-terapéutica. Se realizó una reconstrucción de los archivos DICOM, obtenidos desde la plataforma Carestream del SAS, mediante el programa InVesalius, creando una imagen optimizada a nuestro gusto en la que se aíslan sólo las densidades Hounsfield deseadas. A posteriori, se somete la pieza a un segundo tratamiento con el programa Meshmixer, permitiendo retocar el modelo 3D obtenido, pudiendo así cambiar texturas, tomar medidas, quitar elementos óseos que interfirieran en la zona conflicto... consiguiendo finalmente la imagen que deseamos sin necesidad de depender de una reconstrucción por terceros.

RESULTADOS:

En todos los casos expuestos en sesión clínica se obtuvo un feedback positivo de la experiencia por parte del resto de compañeros del servicio de COT, consiguiéndose nuevos matices de cara al tratamiento o, en caso de requerirse, sobre la técnica quirúrgica a realizar, obteniéndose un mejor conocimiento del tipo de lesión de los pacientes.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La reconstrucción 3D ha venido para quedarse, por ser útil, con una corta curva de aprendizaje y exenta de costes. Esta técnica podría mejorar el funcionamiento de cualquier servicio de COT, especialmente en la toma de decisiones de casos límites en los cuales se necesita recabar más información de la que obtenemos con las pruebas de imagen convencionales. Esta técnica es aplicable en cualquier servicio, incluso en hospitales en los que, como en nuestro caso, no disponen de impresora 3D.

CO143

ERRORES DE DIAGNÓSTICO, INDICACIÓN Y REALIZACIÓN EN LAS PRÓTESIS TRAPECIOMETACARPÍANAS TIPO ARPE.**Autores:** de Torres Urrea, F.J.; Angulo Urbina, J.A.; Jiménez de Cisneros Gutiérrez, A.; Arrieta Martínez, J.; Salmerón Vélez, G.**Centro:** Hospital Mediterráneo, Almería. C.H. Torrecárdenas. Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Identificación de errores en el tratamiento con prótesis trapeziometacarpiana.

Desde el año 2002 hemos contabilizado 437 implantes trapeziometacarpianos tipo ARPE colocados principalmente en dos centros, C.H. Torrecárdenas y Hospital Mediterráneo.

Revisando las hojas operatorias y los resultados obtenidos, pudimos encontrar una serie de errores en el diagnóstico, en la indicación y en la realización de estas intervenciones.

Respecto al diagnóstico observamos que pudieron ser diagnosticados de rizartrosis pacientes con Tenosinovitis de D'Quervain, con Artrosis ETT, o con un Síndrome de Wartemberg. Observando a posteriori, al no mejorar la sintomatología, que ambas patologías estaban presentes en el paciente.

En los errores de indicación, observamos que se había indicado una artroplastia Arpe en pacientes con fase avanzadas de la enfermedad, estadio IV de Eaton, en pacientes que precisaban uso continuo de bastones, y en un caso de alergia al cromo.

Por último, en los errores de realización, más relacionados con la propia técnica quirúrgica y la experiencia del cirujano, observamos problemas con el componente metacarpiano, con el componente trapecial, con el tipo de cuello y con la actuación sobre la articulación metacarpofalángica.

En esta comunicación intentamos plasmar todos estos errores y se dan pautas para evitarlos.

CO151

RESULTADOS DE 233 FRACTURAS DE RADIO DISTAL TRATADAS CON PLACAS VOLARES DE ANGULO FIJO EN NUESTRO CENTRO.**Autores:** Najarro Cid, F.; Jiménez Martín, A.; Navarro Martínez, S.; Gómez de los Infantes Troncoso, J.G.**Centro:** Hospital FREMAP, Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La fractura de radio distal representa el 10-25% de todas las fracturas. La anatomía normal determina que el 80% de las cargas pasen a través del radio y el 20% a través del cúbito, de ahí que una correcta reconstrucción articular sea fundamental ante una fractura de radio distal. Nuestro objetivo es revisar fracturas tratadas en nuestro centro mediante reducción abierta y osteosíntesis con placa volar de ángulo fijo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 233 fracturas de radio distal. Analizamos edad, tiempo para la cirugía, escalón final, varianza, tilt volar, inclinación radial, escala de la clínica Mayo, tiempo de baja, tipo de lesiones asociadas, clasificación de Fernández, entre otras variables.

RESULTADOS:

Análisis estadístico mediante SPSS 15.0, de los resultados obtenidos. Edad media de 42.7 ± 9.4 años, tiempo previo a la cirugía de 18 ± 24.2 días, escalón final de 0.5 ± 0.8 mm, varianza radiocubital distal de 1 mm, tilt volar de $7.9 \pm 4.3^\circ$ y ángulo de inclinación radial de $18 \pm 6.3^\circ$. Mano dominante en el 45.5% y lesiones asociadas en un 3% de los casos. Escala de la clínica Mayo de 78.5 ± 16 puntos, siendo resultados excelentes y buenos en el 69.9%, regulares en el 19.2% y malos en el 10.9%. Necesidad de retirada de material de osteosíntesis en el 30.4%. Clasificación de Fernández: Tipo I (13.3%), II (26.1%), III (49.1%), IV (6.6%) y tipo V (4.9%).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La osteosíntesis con placas de ángulo fijo ha supuesto una gran mejoría en el tratamiento de estas fracturas. Así, para Musgrave, que revisó 32 fracturas, tratadas con placas volares, la media de pérdida de reducción fue de 0° de tilt volar, 1° inclinación radial, 0 mm de longitud radial. Esta osteosíntesis permite el inicio de movimientos entre 8 y 14 días post-intervención, con flexo-extensión final hasta un arco de 112° y prono-supinación final hasta un arco de 151° . Para Orbay, la osteosíntesis con placa de ángulo fijo (DVR) alcanza un tilt volar de 6° , radial de 20° , acortamiento radial de < 1 mm, dorsiflexión media de 58° , flexión volar media de 55° , con fuerza del 77% comparada con lado opuesto. El abordaje volar determina una curación fracturaria precoz, menor necesidad de injerto óseo y menor daño tendinoso.

CO154

¿NOS APORTA ALGÚN BENEFICIO LA COMBINACIÓN DE LA FIJACIÓN EXTERNA MONOLATERAL Y LOS CLAVOS INTRAMEDULARES RÍGIDOS Y FLEXIBLES EN LA ELONGACIÓN ÓSEA MEDIANTE CALLODIASTASIS?**Autores:** Hernández Peniche, J.; Abad Lara, J.A.; Serrano Rivas, M.; Ruiz Sainz, J.**Centro:** Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Presentar cuatro casos de elongación ósea mediante la combinación fijador externo monolateral con clavo intramedular, dos casos con clavo intramedular flexible y dos con clavo intramedular rígido.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se intervinieron dos pacientes de 14 y 15 años, con diagnóstico de fémur corto congénito y hemiparesia espástica respectivamente, ambos con dismetría femoral superior a 5 centímetros, en los que se realizó combinación de fijación externa monolateral y clavo intramedular estándar rígido. En los otros dos pacientes, se usó clavo intramedular flexible de titanio en combinación con la fijación externa monolateral, uno de 11 años de edad con diagnóstico de hipoplasia peronéa y dismetría de 7cm, y el otro de 13 años con diagnóstico de fémur corto congénito con dismetría de 5,5cm.

RESULTADOS:

En los cuatro pacientes se consiguió la resolución de la dismetría, con un regenerado óseo completo en la zona de calodiastasis, sin desaxación del foco de elongación, sin fractura posterior del regenerado óseo, y disminuyendo en todos los casos en tiempo de fijación externa. Esta disminución fue mucho más significativa en los casos en los que se usó clavo intramedular rígido (el tiempo de fijación externa fue inferior a 2 meses y medio). En los casos que se usó fijación intramedular elástica, el tiempo de consolidación fue también significativamente menor que cuando se usó fijación externa aislada, retirando el fijador externo a los 8 meses y medio en el caso de la elongación tibial de 7 cms, y a los 6 meses en el caso de la fijación externa femoral (con una tasa de consolidación y mantenimiento del fijador externo de 28 días por centímetro elongado, mucho inferior respecto a la media de 40 días por centímetro elongado que se necesita cuando la calodiastasis se ha usado solo mediante fijación externa aislada).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Esta técnica ha demostrado aumentar la estabilidad del segmento de calodiastasis, con disminución de las complicaciones de las elongaciones con fijación externa aislada como las desviaciones axiales, deformidades plásticas y fracturas, así como una mayor rapidez de consolidación, efecto que se ve favorecido por la acción osteogénica que induce el titanio en los casos en los que se uso los clavos intramedulares flexibles.

CO161

CONDROMASTOSIS SINOVIAL DE RODILLA. REVISIÓN DE UN CASO Y DE LA BIBLIOGRAFÍA.

Autores: Sánchez Sánchez, B.; Fuentes Salguero, L.; Figueroa de Mata, A.

Centro: HGB de la Serranía, Ronda. Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La condromatosis sinovial (CS) es una lesión benigna poco frecuente y de localización generalmente monoarticular de la membrana sinovial (1,2). Afecta a 1 de cada 100.000 habitantes, siendo más frecuente en hombres (2:1) de 30-50 años y en la rodilla (70%). En ciertos casos se ha asociado a mutaciones cromosómicas (p21.3 y 12q13). Puede ser primaria o secundaria a patología artrósica, traumatismos, enfermedades reumatológicas, etc. (3). La transformación maligna hacia condrosarcoma sinovial es muy poco frecuente, aunque hay algunos casos descritos en la bibliografía, sobre todo en rodilla (4).

El objetivo de este trabajo es revisar el caso de un paciente de 30 años atendido en nuestro centro con el diagnóstico de CS. Igualmente vamos a revisar la bibliografía al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 30 años con antecedentes de asma bronquial y pericarditis de repetición. Refiere gonalgia izquierda de 3 años de evolución. Dice que comenzó con una torsión de rodilla mientras practicaba snowboard. Durante un tiempo mejoró los síntomas. Actualmente acude por gonalgia, bultoma en cara anterior superoexterna de rodilla y cuadros de bloqueo repetitivos.

En la exploración se palpa tumoración de consistencia dura móvil de 1 cm aproximadamente. Balance articular completo y sin tope, rodilla estable, maniobras meniscales negativas.

La radiografía es normal. La RNM informa de hallazgos compatibles con hipertrofia sinovial y tumoraciones sugestivas de material condroide, recomendándose solicitar TC de rodilla para completar valoración. La TAC informa de imágenes redondeadas densidad partes blandas con imágenes puntiformes en si interior, con la sospecha de material condroide calcificado.

Se realizan un total de 3 artroscopias en las que se extraen cuerpos libres de material condroide en las dos primeras. La anatomía patológica los describe como tejido cartilaginoso con moderada fibrosis sin signos de malignización. Tras las dos primeras artroscopias el paciente refiere persistencia de molestas por lo que se realiza una tercera artroscopia en la que no se aprecian cuerpos libres, pero si gran cantidad de sinovial proliferativa. Se realiza una resección de la sinovial redundante y de una plica medial. Tras la tercera artroscopia el paciente refiere mejoría y niega episodios de bloqueo. Sigue en seguimiento en las consultas externas de ortopedia de nuestro hospital.

La CS es una patología infrecuente. El índice de sospecha debe ser alto a la hora del diagnóstico. El diagnóstico diferencial incluye patologías que produzcan cuerpos libres intraarticulares y proliferación sinovial como osteocondritis disecante, depósitos de cristales, artritis reumatoide, tumores de partes blandas, etc. (1).

La mejor forma de ver los cuerpos libres intraarticulares es con la realización de tomografía computarizada (TC) ya que detectan, incluso, los nódulos no calcificados, que no son visibles en la radiografía simple. La TC se utiliza para visualizar la localización precisa de los cuerpos osteocartilaginosos, y de esa forma realizar la planificación operatoria (5). La resonancia magnética (RM) confirma el diagnóstico en la mayoría de los casos y permite evaluar el grado de deterioro articular, detecta la presencia de los nódulos, el aumento del líquido sinovial, la membrana inflamada y la presencia de erosiones óseas (6).

En nuestro caso, tanto la RNM como la TAC propusieron la CS como principal diagnóstico de sospecha. El tratamiento de la CS consiste en extracción de cuerpos libres, ya sea mediante cirugía abierta o artroscópica (2). En la actualidad se prefiere el tratamiento artroscópico porque se consiguen resultados similares en cuanto a extracción de cuerpos libres con una menor morbilidad. La tasa de recidiva es similar entre el tratamiento artroscópico y el abierto (1). La cirugía abierta se reserva para los casos en los que los cuerpos libres son demasiado grandes o numerosos y la cirugía artroscópica sería tediosa e inefectiva.

La recomendación actual es que el tratamiento artroscópico se lleve a cabo cuanto antes para evitar la destrucción articular, así como los síntomas.

No está claro que la sinovectomía artroscópica ofrezca una ventaja adicional, aunque muchos autores la llevan a cabo dentro de los límites que permita la visualización artroscópica, dado que no añade tiempo, complicaciones o complejidad sustancial al procedimiento. En las recidivas parece estar más claro que se debe llevar a cabo una escisión generosa de la sinovial (1).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La CS es una patología infrecuente en la que el manejo no siempre está claro. Parece ser que lo más adecuado es una escisión temprana de los cuerpos libres de manera artroscópica. No está claro que la realización de la sinovectomía en un primer tiempo suponga una ventaja adicional. La tasa de transformación maligna no es muy alta, pero se debe tener un control estrecho de estos pacientes.

CO165

NECROSIS AVASCULAR DE CADERA INDUCIDA POR CORTICOIDES EN EDAD PEDIÁTRICA: TRATAMIENTO MEDIANTE CIRUGÍA DE PRESERVACIÓN DE CADERA.

Autores: Martínez Sañudo, B.; Andrés Cano, P.; López Muñoz, L.; García Mendoza, A.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La NAV conduce al colapso articular e incapacidad de no ser tratada. El objetivo es evitar el máximo tiempo posible la artroplastia, realizando cirugía de preservación de cadera.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de una paciente de 12 años que en 2015 sufre traumatismo abdominal cerrado grave con bicicleta con larga estancia en UCI precisando altas dosis de corticoides. Durante el seguimiento es diagnosticada de NAV de cadera derecha. Se realizó descompresión cadera y terapia con PRP y células madre sin mejoría evidente. RX: NAV IIB pre colapso RM: Osteonecrosis de cabeza femoral derecha Se realizó artroscopia de cadera visualizando integridad de cartílago con leve deformidad. Se decide cirugía de preservación de cadera utilizando luxación controlada. Osteocondroplastia de remodelación de cabeza y cuello. Apertura de flap en cartílago femoral, objetivando necrosis extensa subcondral que se desbrida. Relleno de cabeza femoral con autoinjerto de trocánter mayor esponjoso a través de una ventana ósea (trap door approach) y osteotomía varizante con placa lámina para modificar eje de carga.

RESULTADOS:

Postoperatorio sin incidencias. Al año la paciente camina con ayuda de bastón, mejoría del Harris Hip Score en 41 puntos con buen control del dolor, aunque refiere molestias derivadas del material de osteosíntesis, planteándose retirada.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento de la NAV de cadera es un proceso complejo que no siempre tiene buenos resultados. En estadíos Ficat I y II y precoces Ficat III está indicado el uso de injerto no vascularizado. Itoman y Tamamoto consiguieron buenos resultados mediante trap door en 61% de pacientes a los 9 años de seguimiento. Meyers y Convery tuvieron excelentes resultados en 8 de 9 pacientes tratados en estadio III con trap door a los 3 años de seguimiento. Asociado al injerto, las osteotomías pretenden alejar el segmento necrótico del área mayor de carga; en lesiones mediales se puede utilizar la osteotomía intertrocanterea varizante. Se pueden conseguir buenos resultados, de hasta un 74% a los 11 años de seguimiento. La técnica de desbridamiento de la zona necrótica mediante trap-door a través de la luxación controlada de cadera es por tanto una técnica reciente con resultados prometedores.

CO169

ARTROPLASTIA DE RODILLA CON BISAGRA DE PIVOTE CENTRAL INTERCONDÍLEO.

Autores: Passini Sánchez, J.; Farfán Gil, J.J.; González Parada, C.; López Camacho, A.

Centro: Hospital de Antequera, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Analizar los resultados de la utilización de un diseño de bisagra rotatoria de pivote central intercondileo en artroplastia de rodilla primaria y de revisión. Describir las características que aportan posibles ventajas de ese tipo de diseño.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo que incluye 15 pacientes en quienes se realizó una artroplastia de rodilla primaria o de revisión utilizando el diseño de bisagra rotacional EnduRo® (Bbraun). Se realiza el análisis estadístico de variables clínicas, funcionales y radiológicas, así como del grado de satisfacción percibida por el paciente. Caracterización del diseño utilizado.

RESULTADOS:

En todos los casos presentados se demuestra una mejoría objetiva de la función y disminución del dolor en estos pacientes. Así mismo se observó una clara mejoría de las escalas clínicas y funcionales. El seguimiento medio a 27 meses no ha mostrado signos indirectos de aflojamiento o complicaciones relacionadas con la alineación y estabilidad

de la prótesis. Uno de los casos tratados presentó una infección en el 8º mes de seguimiento, controlado satisfactoriamente con terapia supresiva debido a situación clínica del paciente. El grado de satisfacción fue elevado en todos los pacientes.

La utilización de este diseño permitió una mayor conservación de tejido óseo y ligamentoso. Así mismo se observó una biomecánica mas similar a diseños postero-estabilizados convencionales disminuyendo el grado de constricción.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La utilización de un diseño de bisagra rotatoria de pivote central en este estudio ha demostrado buenos resultados en términos biomecánicos, clínicos y funcionales, con un alto grado de satisfacción percibido por los pacientes.

Los diseños protésicos con alto grado de constricción tipo bisagra rotatoria han sido clásicamente utilizados en cirugía de revisión de fracasos de artroplastia de rodilla, sin embargo, en muchas ocasiones el compromiso severo de estructuras ligamentosas, las grandes deformidades o las pérdidas de tejido óseo de soporte hacen necesaria la utilización de estos diseños en artroplastia primaria de rodilla.

En términos generales existen dos tipos de estos diseños: diseños de pivote condileo posterior, y diseños de pivote central intercondileo con excelentes resultados en series publicadas en la literatura.

CO179

FRACTURA-LUXACIÓN RADIOCARPIANA VOLAR TRATADA MEDIANTE AGUJAS DE KIRSCHNER.

Autores: Rovira Ortega, R.; Blanco Alba P.A.; Calvo Lillo, C.; Martínez Sánchez, M.A.

Centro: Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La luxación radiocarpiana es una entidad poco frecuente que se asocia a un daño articular complejo en la que no hay consensuada una actuación quirúrgica estándar. Se presenta un caso clínico de fractura-luxación radiocarpiana volar y los aspectos clínicos y radiológicos considerados para la elección del procedimiento quirúrgico definitivo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se describe el caso de un paciente de 53 años que tras caída casual desde su propia altura presentó fractura-luxación radiocarpiana volar. Se practicó reducción cerrada de forma urgente y fijación interna diferida con tres agujas de Kirschner y control escópico dinámico para comprobar la estabilidad de la articulación radiocarpiana.

RESULTADOS:

Tras realizar seguimiento durante 7 meses y tratamiento rehabilitador, se ha evaluado mediante la escala de Green modificada por Cooney el grado de movilidad de la muñeca con aceptables resultados clínicos. Se constató mediante TAC la presencia de un discreto escalón en la cara articular del radio y tolerable inestabilidad escafolunar sin gran repercusión clínica en la actualidad.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La fractura-luxación radiocarpiana volar es una lesión poco frecuente donde puede haber afectación de las estructuras vasculonerviosas y osteoligamentosas integrantes. Tras la reducción y siguiendo las líneas de tratamiento de Dumontier y Moneim, podemos realizar distintos métodos de estabilización siendo los principios generales que deben guiar el tratamiento: la reducción concéntrica, la identificación y el tratamiento de las lesiones intercarpianas y la reparación de avulsiones osteoligamentosas.

La actitud quirúrgica en el tratamiento de la fractura-luxación radiocarpiana no esta claramente definido en la literatura. Son lesiones raras, con pronóstico poco predecible y graves secuelas. Tomando de referencia las clasificaciones de Dumontier y Moneim y algoritmos de tratamiento propuestos en publicaciones recientes, presentamos un caso de fractura-luxación volar describiéndose el manejo de la fractura-luxación de la articulación radiocarpiana (ARC). A los tres principios de estabilidad propuestos anteriormente se añaden: la descompresión de estructuras neurovasculares lesionadas, desbridamiento de fragmentos intraarticulares y exploración incisiva de la articulación radiocarpiana y la columna cubital. Basándonos en estos criterios, tras la reducción de la fractura-luxación, se propone como opción de estabilización la fijación con agujas de Kirschner observando aceptables resultados clínicos.

CO181

TUMOR DE NORA: UNA LESIÓN POCO FRECUENTE.**Autores:** Rovira Ortega, R.; Martínez Sánchez, A.; Calvo Lillo, C.**Centro:** Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla).**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La enfermedad de Nora o proliferación osteocondral atípica es una enfermedad benigna poco frecuente, sin transformación maligna, con pocos casos descritos en la literatura. Se describe el caso clínico de una paciente con lesión de Nora en falange proximal del cuarto dedo sobre la que se decidió realizar exéresis quirúrgica de la tumoración.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de una paciente de 60 años con tumoración en cara volar de falange proximal de cuarto dedo mano izquierda de 3 años de evolución. Se propone intervención quirúrgica por sintomatología recurrente, dolor y limitación funcional para la flexión de la falange.

RESULTADOS:

Se decide realizar resección de lesión tumoral ante aparición de clínica limitante en la paciente. El estudio anatomopatológico confirmó la naturaleza benigna de la lesión y el diagnóstico de tumor de Nora. Tras meses de seguimiento, la paciente ha recuperado la movilidad completa de la falange y, actualmente, no existen signos radiográficos de recidiva.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La enfermedad de Nora o proliferación osteocondromatosa paraostal atípica es una enfermedad infrecuente, con muy pocos casos descritos en la literatura. A pesar de ser benigna, debe realizarse un diagnóstico diferencial con patología maligna. Su tratamiento es quirúrgico si presenta síntomas, pero tiene un alto riesgo de recidiva.

CO182

LESIÓN ARTERIAL EN FRACTURA DIAFISARIA DE HÚMERO TRATADA MEDIANTE REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA.**Autores:** Rovira Ortega, R.; Blanco Alba, P.A.; Calvo Lillo, C.; Martínez Sánchez, M.A.; Ayuso González, M.**Centro:** Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla).**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El abordaje lateral en la reducción de fracturas diafisarias de húmero es, a veces, necesaria, pero no esta exenta de riesgos por posibles lesiones iatrogénicas de estructuras vasculares y nerviosas. Se expone un caso clínico de fractura diafisaria de húmero en el que se realizó reducción abierta y fijación interna de la fractura que presentó en el postoperatorio inmediato sangrado activo de la herida quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se describe el caso de una paciente de 77 años con fractura diafisaria de humero que precisó reducción abierta del foco a través de abordaje lateral de húmero y enclavado endomedular. En el postoperatorio presenta sangrado activo de herida quirúrgica. Tras sospecha de lesión vascular, se decide realizar angio-TAC con contraste que confirmó la lesión de una rama directa de la arterial humeral. Tras realizar interconsulta a servicio de radiología intervencionista, se realiza arteriografía y se identifica formación de pseudoaneurisma. Se practica embolización con un coil 1mmx2cm y serie de control satisfactoria de la lesión.

RESULTADOS:

Tras embolización selectiva de la lesión arterial causante del sangrado, la evolución clínica de la paciente fue favorable y no se produjeron nuevos resangrados de la herida quirúrgica. Se realizaron revisiones periódicas para evaluar la evolución de la herida y la ausencia de complicaciones. Posteriormente, se inició tratamiento rehabilitador logrando un grado de movilidad aceptable.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La reducción abierta de las fracturas es una técnica que, a veces, precisamos realizar para poder reducir los extremos fracturarios en algunas fracturas de húmero, pero no esta exenta de riesgos, siendo las lesiones vasculares y nerviosas la principal iatrogenia a considerar. La detección precoz de las mismas mediante exploración vasculonerviosa y el uso adecuado de las pruebas complementarias, en nuestro caso el angio-TAC y la arteriografía, son fundamentales.

Las fracturas diafisarias de húmero, en ocasiones, precisan reducción abierta mediante abordaje lateral y posterior fijación para su estabilización. La principal complicación de este abordaje es la lesión de estructuras vasculonerviosas y, en concreto, la lesión del nervio radial, que se debe identificar y preservar correctamente durante toda la cirugía. También son frecuentes las lesiones de estructuras vasculares, en nuestro caso, la rotura de una rama de la arteria

humeral, que pueden ocasionar sangrado incoercible de la herida quirúrgica. El diagnóstico de la lesión mediante exploración vasculonerviosa y las pruebas complementarias como angioTAC o arteriografía permitirán una actuación precoz así como una evolución clínica favorable.

CO187

REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA EN FRACTURAS DE ESCÁPULA.

Autores: Beloso Moreno, I.; Tallón López, J.; Díaz Martín, P.; Mantic Lugo, M.; Samaniego Regalado, M.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Analizar nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico de fracturas de escápula

MATERIAL Y MÉTODO:

Serie de casos retrospectiva de pacientes intervenidos quirúrgicamente de fractura de escápula en nuestro centro. Se recogen las siguientes variables demográficas, tipo de fractura, tiempo transcurrido desde traumatismo hasta cirugía, balance articular, balance motor y dolor.

RESULTADOS:

Se obtienen un total de 5 pacientes que presentan fracturas de escápula intervenidas quirúrgicamente. Secundarias en todos los casos a traumatismos de alta energía en el contexto de accidente de tráfico, con un tiempo medio desde el mismo hasta la cirugía de 13,2 días. Se realiza osteosíntesis mediante doble placa lateral-medial. Balance articular completo en 4 casos, siendo incompleto en un paciente por limitación dolorosa en últimos grados de movimiento. En ninguno de ellos se observa pérdida de fuerza en un seguimiento medio de 11 meses. Respecto a complicaciones, uno de los casos presentó una infección local de la herida quirúrgica que resolvió mediante antibioterapia oral.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La intervención quirúrgica de fracturas de escápula en nuestra serie presenta buenos resultados funcionales con un índice bajo de complicaciones.

CO189

RESULTADOS DE ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO, CONTROLADO CON PLACEBO Y DOBLE CIEGO PARA EVALUAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO TÓPICO EN AHORRO DE PÉRDIDAS SANGUÍNEAS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA PROTÉSICA DE RODILLA.

Autores: Beloso Moreno, I.; Oliva Moya, F.; Vélchez Fernández, J.M.; Casas Ruiz, M.M.; Andrés García, J.A.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Comparar la seguridad y eficacia de la administración del ácido tranexámico tópico en la Cirugía Protésica de Rodilla en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO:

Sometimos a 150 pacientes a Ensayo Clínico aleatorizado, fase III, unicéntrico, nacional, doble ciego, controlado con placebo y de dos grupos paralelos de tratamiento (75 pacientes por brazo) para comparar la eficacia y seguridad de ácido tranexámico en pacientes sometidos a cirugía primaria de prótesis de rodilla en términos de ahorro de pérdidas sanguíneas (Pérdida de Sangre Total TBL). Se analizaron variables demográficas y antropométricas, variables clínicas como inicio de deambulación, días de ingreso hospitalaria, Escala Visual Analógica al mes y variables analíticas, pre y postquirúrgica; así como variables de seguridad (dehiscencia de herida quirúrgica, infección superficial o profunda, aparición de hematoma).

RESULTADOS:

Se intervinieron 106 mujeres (70,7%) y 44 hombres (29,3%), con una edad media de 69 años. peso medio de 82,88 kg, talla 1,59 m, IMC de 32,73.

Los resultados analíticos pre y postquirúrgico siguieron una distribución normal (hemoglobina y hematocrito previo). La TBL para el grupo de placebo fue de 831,5 ml y de 662,3 ml en el grupo de TRX, con una diferencia de 169,2 ml (IC95 de -264 ml – 71,48 ml), lo que supone una disminución de la TBL del 20,4%; siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

No obtuvimos diferencias significativas en cuanto al inicio a la deambulación ($p=0,55$), días de ingreso ($p=0,14$) o EVA al mes postquirúrgico ($p=0,9$).

Presentamos 9 pérdidas por los siguientes motivos: ITU prequirúrgica, 3 fallos de selección, debilitamiento rotuliano, inestabilidad protésica, fractura tibial intraquirúrgica, cambio de indicación a unicompartimental y ausencia de analítica

de control postquirúrgica.

Hubo una única complicación no relacionado con el fármaco en investigación (globo vesical).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Tras la realización de nuestro Ensayo Clínico concluimos que la administración tópica de ácido tranexámico reduce las pérdidas de sangre, sin presentar ninguna complicación en nuestro medio.

CO196

PROTETIZACIÓN SECUNDARIA DE PATELA TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA DOLOROSA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN 22 CASOS.

Autores: Jiménez López-Rey, A.; Rovira Ortega, R.; Blanco Alba, P.A.; Martínez Sánchez, M.A.

Centro: Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Hospital de la Merced, Osuna. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Búsqueda de factores predisponentes en el contexto clínico-radiológico de pacientes sometidos a una artroplastia total de rodilla primaria (ATR) con preservación del ligamento cruzado posterior (CR) en los que se estimó necesaria la protetización de la patela de forma secundaria.

MATERIAL Y MÉTODO:

La protetización de patela (PP) —resurfacing en la literatura anglosajona— en un segundo tiempo tras artroplastia total de rodilla fue examinada desde el punto de vista clínico y radiológico retrospectivamente en 22 pacientes (rodilla: 14 derecha/8 izquierda) durante un periodo de seguimiento de 4.8 años de media (rango 1-10 años). Por sexos, se estudiaron 4 varones y 18 mujeres entre 54 y 76 años ($x = 67.18$ años), con un índice de masa corporal (IMC) de 32.64 kg/m². 3 pacientes presentaban algún tipo de enfermedad por acúmulo de cristales, mientras 1 padecía una artropatía inflamatoria autoinmune. Se analizó el balance articular postoperatorio, presencia de flexo persistente, dolor anterior o de características femoropatelares (escaleras, levantarse de silla). En la radiografía AP previas, postoperatoria y tras la segunda cirugía, se analizó el patrón de artrosis (compartimentos afectados), el porcentaje de genu varum (90%) y la alineación de los componentes. En las radiografías L, de la misma forma, se estudiaron los signos de estrechamiento de la articulación femoropatelar, grosor de la patela, esclerosis y osteofitosis, quistes subcondrales, flexión o extensión del componente femoral, grosor del componente femoral (overstuffing), posición anterior del componente tibial, pendiente tibial e índice de Insall-Salvati. En nuestra serie se realizó preservación patelar en todos los casos mediante esponjialización de la rótula (en diversos grados). La prótesis total de rodilla implantada en 18 casos fue la Triathlon® de Stryker. De forma secundaria, se realizó el resurfacing con un botón de PE de tres tetones cementado y en el 68.18% de los pacientes se llevó a cabo la liberación del alerón externo según técnica de Ficat por maltracking femoropatelar.

RESULTADOS:

Durante el periodo de seguimiento, entre 20 y 135 meses ($x = 4.86$ años), en un 53.33% de los pacientes se constató persistencia del dolor anterior tras la protetización patelar en aquellos con mala evolución clínica tras la ATR. Ninguno de los parámetros radiológicos estudiados obtuvo relevancia significativa suficiente en cuanto a su relación con la necesidad de reintervención.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El dolor anterior es una causa común de malestar tras la cirugía de ATR y puede responder a múltiples causas. A pesar de la reintervención, sólo la mitad de los pacientes mejoraron y no hemos encontrado en esta serie con los medios utilizados la causa de la persistencia del dolor en el resto. Con seguridad, otros estudios que incidan en la comprensión del aparato extensor como la proyección axial de las rótulas de forma rutinaria, o el uso de TAC para valorar la rotación interna de los componentes, podría ayudar en la toma de decisiones quirúrgicas.

CO201

EVALUACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CASOS CON EL SISTEMA NOVEDOSO FNS PARA OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURAS DE CUELLO FEMORAL.

Autores: Ruiz-Rico Gómez, J.; Moral Osuna, M.; Arrieta Martínez, C.; Galindo Flores, M.; Salmerón Vélez, G.

Centro: Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Estudio de los resultados en todos los casos intervenidos en el año 2019 en nuestro hospital con fracturas de cuello femoral tratados mediante osteosíntesis con FNS, y compararlos con sistemas ya conocidos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo basado en un total de 8 casos intervenidos en 2019 en nuestro hospital, mediante osteosíntesis con FNS por fracturas tipo 31-B de la clasificación AO, Pauwels I-III y Garden I-III; a todos se les realizó

radiografía simple anteroposterior (AP) pre- y postoperatoria, y se les administró profilaxis antibiótica y antitrombótica. Los pacientes fueron intervenidos por 5 cirujanos diferentes, todos fueron colocados en mesa de tracción radiotransparente, y las 8 cirugías fueron asistidas bajo escopia. El implante utilizado fue Femoral Neck System de DePuy Synthes, el programa utilizado para recoger nuestros datos fue el sistema de historia clínica Diraya (registrando edad, sexo, tipo de fractura, osteoporosis ya diagnosticada, fractura por caída o no, días hasta la cirugía, tiempo quirúrgico, y tiempo de estancia hospitalaria); y el usado para analizar los datos fue el software Excel y SPSS. En las consultas de revisión se analizaron los resultados por medio de 2 variables: consolidación a través de existencia de puentes óseos en radiografía AP, y la carga parcial al mes de la cirugía (aunque los pacientes se visitan también a los 3 y 6 meses de la cirugía).

RESULTADOS:

En cuanto a nuestros resultados, de estos 8 casos (fractura de cuello femoral tipo 31-B de la clasificación AO), 4 fueron hombres y 4 mujeres, (considerando una de ellas fractura patológica por un quiste óseo a nivel del cuello femoral, diagnosticado a partir de la fractura); que pertenecen a un intervalo de edad entre 40 y 70 años; 7 de los pacientes se fracturaron por caída desde su propia altura y 1 por atropello; sólo 2 de los pacientes habían sido diagnosticados previamente de osteoporosis. La espera hasta la cirugía fue entre 0 y 7 días; también fueron visitados todos los pacientes en el postoperatorio por el servicio de rehabilitación, autorizando de forma conjunta la carga parcial progresiva con ayuda. El tiempo quirúrgico de ninguna intervención superó las 2 horas, el de estancia hospitalaria fue entre 4 y 8 días. Actualmente todos los pacientes revisados en consultas, excepto uno, realizan carga parcial con ayuda de andador o muletas; y en el control radiográfico AP al mes se objetiva en un 73% la formación de algún puente óseo. Las fracturas de cuello femoral son cada vez más usuales en nuestro medio, predominan en mujeres y en la raza blanca, siendo descrita como la fractura más cara de tratar por persona (1); forman un 3,6% de todas las fracturas, y un 53% de todas las fracturas de cadera (2). Son intracapsulares, y la preocupación mayor es mantener la irrigación de la cabeza femoral por medio de la arteria circunfleja femoral medial (mayor contribuidora), para que nuestra cirugía, lo más conservadora posible, tenga los mejores resultados a corto y largo plazo. Para ello se han descrito diversas técnicas, tanto de osteosíntesis como de tipos de artroplastia, las cuales entran en controversia en cuanto a superioridad se refiere; tomando como principales factores en la decisión: la edad del paciente y el patrón de fractura. En un metaanálisis que comparaba los efectos clínicos y las complicaciones postquirúrgicas de la osteosíntesis con múltiples tornillos canulados vs placa DHS en fracturas de cuello femoral, concluyó que el riesgo intraoperatorio, la tasa de complicaciones postquirúrgicas y la necesidad de reintervención, fue mayor en los tornillos canulados que en DHS en todos los estudios revisados, incluyendo pacientes con osteoporosis (2). En una revisión que comparaba los tornillos canulados vs TFN, los resultados de fracaso de la osteosíntesis y la necesidad de reintervención en el primer año, fueron peores en el grupo de tornillos canulados, aunque la movilidad y el dolor fueron similares en ambos grupos (con la limitación explícita de que hay pocos estudios publicados con el sistema TFN) (3). En otro artículo de revisión que plantea un método novedoso de osteosíntesis en 36 pacientes, basado en un sistema dinámico de compresión con bloqueo (que excluía fracturas patológicas y en menores de 50 años), no tuvieron ningún caso de reintervención, ni de complicaciones en 24 meses de seguimiento; concluyendo así, que puede ser una buena alternativa de fijación estable de este tipo de fracturas, aunque está aún en fase preliminar (4). Un estudio con modelos de cadáver humano, que comparaba el sistema FNS con tornillos canulados y DHS (tanto lámina como tornillo) en fracturas inestables tipo III de Pauwels, demostró resultados similares en cuanto a la evaluación de los diferentes parámetros biomecánicos respecto al DHS, y significativamente superior a los tornillos canulados (5). El objetivo de esta revisión bibliográfica es dar a conocer los buenos resultados de un nuevo implante que aún no está extendido en el mercado para fracturas de cuello femoral, ya que el FNS combina las ventajas de los sistemas ya conocidos, como la posibilidad de realizar una cirugía mínimamente invasiva, conservar el mayor hueso viable posible, y la consolidación dinámica de este tipo de fracturas, permitiendo al paciente un nivel de actividad moderado desde el inicio.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas de cuello femoral son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, las diferentes alternativas de tratamiento permiten una consolidación precoz sin necesidad de sacrificar la cabeza femoral en población no anciana. El desconocido FNS ha demostrado mejores resultados que los tornillos canulados en este tipo de fracturas, y similares a los sistemas dinámicos ya estandarizados.

CO203

ALGORITMO TERAPÉUTICO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL MANEJO DE LAS FRACTURAS DE ODONTOIDES.

Autores: Díaz Martín, P.; Vela Panés, T.; Belloso Moreno, I.; Pérez Cobo, A.; Martínez Najarro, C.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de odontoides son las fracturas más frecuentes de la columna cervical en la población geriátrica, existiendo una gran controversia en el manejo terapéutico debido a las frecuentes comorbilidades asociadas y al elevado riesgo quirúrgico. Se ha demostrado que presentan una tasa de mortalidad similar a la fracturas de cadera, con un porcentaje del 10-25% durante el primer mes y del 20-50% durante el primer año. Las fracturas de odontoides en adultos jóvenes quedan limitadas a traumatismos de alta energía como los accidente de tráfico o las precipitaciones.

La clasificación de Anderson y D'Alonzo de 1974, que se basa en la localización anatómica de la fractura, sigue siendo a día de hoy la más aceptada y utilizada. Las tipo I (fracturas de la punta) y las tipo III (fracturas con extensión al cuerpo de C2) suelen ser las de mejor pronóstico con buenos resultados tras el manejo conservador con ortesis. Las tipo II (fracturas de la base) que representan aproximadamente el 60%, son las que presentan mayor controversia en la decisión del tratamiento debido a su elevada tasa de pseudoartrosis con el manejo conservador y al elevado riesgo quirúrgico en pacientes ancianos.

Entre las opciones de manejo conservador disponemos del: Halo-chaleco, considerada como la ortesis más estable disponible, con una menor tasa de pseudoartrosis y un gran control sobre la flexo-extensión y rotaciones cervicales, pero catalogada en algunos artículos como “una sentencia de muerte en ancianos”, de los collarines cervicales semirrígidos (Miami o Philadelphia) o las ortesis cervicotorácicas (Minerva) mucho mejor tolerados que el halo pero con un mayor porcentaje de pseudoartrosis al permitir un mayor movimiento.

Con respecto al tratamiento quirúrgico, se puede optar por: el atornillado vía anterior (1 ó 2 tornillos tipo AO interfragmentario), que proporciona una estabilidad inmediata a la fractura preservando la movilidad de la articulación atlantoaxial, pero que por contra exige una considerable destreza quirúrgica con dificultad para la reducción y la obtención de imágenes intraoperatorias. A parte, está contraindicado en las fracturas crónicas mayores de 6 meses. La otra opción es la artrodesis posterior mediante las técnicas de: Magerl (tornillos transarticulares C1-C2 o de Goel-Harms (tornillos a las masas laterales de C1 y pediculares en C2, interconectados con barras) con tasa de unión cercanas al 100% pero con la desventaja de una reducción de la rotación axial de la columna cervical de aproximadamente un 50%. Es el tratamiento de elección en los casos de pseudoartrosis.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes diagnosticados de fractura de odontoides tratados de forma ortopédica y quirúrgica entre los años 2009- 2018 con un seguimiento posterior de al menos 2 años (intervalo 24-90 meses), en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. Se revisaron las bases de datos de todos los pacientes diagnosticados de fractura de odontoides en dicho período, obteniéndose 30 pacientes. Del total, 18 fueron tratados de forma ortopédica y 12 fueron intervenidos quirúrgicamente. En el grupo de los tratados ortopédicamente había 10 hombres (55.5%) y 8 mujeres (44.5%) con un media de edad de 56.7 años (intervalo 13-80 años) Se clasificaban en 1 fractura tipo I (5.5%) 9 fracturas tipo II (50%) y 8 fracturas tipo III (44.5%) Con respecto a la ortesis utilizada, 16 (88.9%) fueron tratados con un collarín cervical semirrígido (Philadelphia o Miami) 1 (5.5%) con una ortesis cervicotorácica (Minerva) y 1 (5.5%) con un halo-chaleco. En el grupo de los tratados quirúrgicamente había 9 hombres (75%) y 3 mujeres (25%) con un media de edad de 55.2 años (intervalo 37-74 años). En el 100% de los casos se trataban de fracturas tipo II. 7 pacientes (58.3%) fueron intervenidos mediante atornillado anterior (1 solo tornillo en todos los casos), mientras que 5 (41.7%) fueron sometidos a una artrodesis vía posterior (3 mediante la técnica de Magerl y 2 mediante la técnica de Goel-Harms)

RESULTADOS:

En el 100% de los pacientes tratados quirúrgicamente se apreció en los controles radiológicos una consolidación ósea completa, presentando 10 de ellos (83.3%) un grado de satisfacción elevada. Los 5 casos de artrodesis vía posterior, fueron debido a 4 casos de pseudoartrosis mal toleradas (todas ellas fracturas tipo II desplazadas en la que se descartó inicialmente la cirugía por las características del paciente) y 1 por las características de la fractura y/o preferencias del cirujano De los 18 pacientes tratados de forma ortopédica (22 si incluimos los 4 casos finalmente intervenidos por la presencia de pseudoartrosis mal toleradas) 13 (72.2%) presentaron en las revisiones posteriores un grado de satisfacción alta, con nulas o escasas molestias cervicales ocasionales y una estabilidad de la fractura (unión fibrosa u ósea) en los controles radiológicos. 3 pacientes (16.6%) han mostrado durante el seguimiento la persistencia de cervicalgia de grado medio/alto y disfagia ocasional, en los que se ha descartado la intervención quirúrgica por la edad avanzada y las comorbilidades asociadas En el grupo de los tratados ortopédicamente hubo 2 casos de éxito (11.1%) y ninguno en el grupo de los tratados quirúrgicamente.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Basándonos en la bibliografía existente hasta el momento y en nuestros resultados obtenidos, podemos afirmar que el gran debate en el tratamiento de las fracturas de odontoides se centra en las tipo II, por lo que se debe individualizar cada caso de forma metódica. Concluimos que todas las fracturas tipo II desplazadas, conminutas o con una lesión neurológica asociada, deben ser tratadas quirúrgicamente siempre y cuando el paciente presente las condiciones óptimas (edad, comorbilidades, lesiones asociadas...) para soportar una cirugía de dicho nivel. La elección de abordarlas por vía anterior o posterior se debe basar en las características de la fractura, fenotipo del paciente y preferencias del cirujano; debiéndose optar siempre por la artrodesis vía posterior en los casos de pseudoartrosis.

CO206

RECONSTRUCCIÓN CAPSULAR SUPERIOR ARTROSCÓPICA EN ROTURA MASIVA IRREPARABLE POSTEROSUPERIOR DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES.**Autores:** Mejía Zea, J.; Simón Sánchez, F.J.; Cardona Santana, J.R.**Centro:** Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Revisar el resultado de la reconstrucción capsular superior artroscópica (RCSA) en paciente con rotura masiva irreparable posterosuperior del manguito de los rotadores.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente varón de 47 años con omalgia izquierda postraumática tras caída en 2015. A la exploración apreciamos maniobra de Jobe positiva y maniobra de rotación externa resistida positiva. Diagnosticado mediante RM de rotura del tendón supraespinoso e infraespinoso con una retracción de 3 cms sin infiltración grasa muscular. En la radiografía apreciamos una artrosis glenohumeral Hamada tipo I. Tras el fracaso de un tratamiento conservador durante 6 meses decidimos intervención quirúrgica. Realizamos RCS con aloinjerto de matriz dérmica extracelular de forma artroscópica. Inmovilizamos al paciente con cabestrillo durante 6 semanas, a partir de ese momento iniciamos rehabilitación mediante ejercicios pasivos, activos-asistidos y activos de forma progresiva. Iniciamos ejercicios de fuerza a partir del sexto mes.

RESULTADOS:

Escala visual analgésica preoperatoria de 8 puntos, y a los 20 meses postoperatorios de 1 punto. Evaluación postoperatoria funcional mediante la American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES) Score de 83,32 y el cuestionario Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) de 8,3 a los 20 meses de la cirugía

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La RCSA en pacientes sintomáticos con roturas masivas irreparables posterosuperiores del manguito de los rotadores disminuye el dolor de hombro de forma significativa y proporcionan una mejoría funcional significativa tanto en la escala ASES como en DASH.

CO217

SUBLUXACIÓN POSTERIOR INVETERADA (TUBS SOBRE AMBRI).**Autores:** Calvo Lillo, C.; Jiménez López-Rey, A.; López Lobato, R.; Martínez Sánchez, M.A.**Centro:** Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y C. Ortopédica del Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La inestabilidad sintomática de la articulación glenohumeral y la hiperlaxitud suelen ser independientes entre sí. Ambas muestran un espectro de diversidad clínica, y no hay una prueba diagnóstica única para determinar la presencia de uno u otro cuadro. Esta complejidad aumenta cuando las dos coexisten en el mismo paciente. Tradicionalmente, se ha considerado que la inestabilidad en un paciente con hiperlaxitud articular era infrecuente y una indicación de tratamiento conservador prolongado. No obstante, en la actualidad se diagnostica cada vez con más frecuencia este cuadro, y los avances tecnológicos recientes han permitido que se disponga de más opciones de tratamiento quirúrgico.

El objetivo de la comunicación es el de presentar un caso diferente de inestabilidad multidireccional inadvertida y recalcar la importancia del correcto diagnóstico y tratamiento de la misma, aportando material fotográfico y videográfico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 13 años de edad que tras sufrir caída con traumatismo en hombro derecho comienza con cuadro de importante omalgia y gran limitación funcional de hombro derecho. Acude en varias ocasiones a urgencias pasando inadvertida dicha patología. A los 7 meses acude aportando RMN que objetiva subluxación posterior de cabeza humeral. Se propone para cirugía reparadora por artroscopia de hombro. Durante la misma, se aprecia gran laxitud capsular anterior y posterior sin alteraciones estructurales. Se realiza plicatura capsular posterior con 2 arpones iconix 1.4mm comprobando correcto retensado. Plicatura anterior incluyendo capsula, LGHM y labrum anterior con 2 arpones iconix 1.4mm, comprobando el correcto centralo gleno-humeral. Se mantiene inmovilizado el miembro mediante férula en avión durante 6 semanas.

RESULTADOS:

A los 4 meses de la operación y habiendo realizado fisioterapia precoz a partir de la 6ª semana, el paciente está subjetivamente muy bien con un balance articular completo y sin sensación de inestabilidad. Se encuentra realizando sus actividades básicas y deportivas sin ningún tipo de limitación.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La inestabilidad gleno-humeral, supone una limitante patología en los pacientes que la sufren, ya que limita sobremanera, no solo la actividad deportiva, sino también las ABVD.. También cabe destacar la posibilidad de que se produzca una lesión traumática (TUBS) sobre una inestabilidad multidireccional atraumática (AMBRIL) lo que pone de manifiesto la importancia de un correcto diagnóstico y tratamiento de las mismas.

CO222

ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL SOBRE EL USO DE MEGAPRÓTESIS TUMORALES EN PATOLOGÍA NO TUMORAL DE RODILLA: NUESTRA EXPERIENCIA.

Autores: Gómez Haccart, P.; Barrena Sánchez, P.; Gómez Haccart, J.

Centro: Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El desarrollo de nuevas megaprótesis para el tratamiento de defectos óseos importantes ha supuesto una opción importante en cirugía oncológica para el reemplazo de patología ósea tumoral. Sin embargo, también puede ser una opción exitosa en aquellos casos con grandes defectos segmentales en pacientes que, por revisión o traumatismo, han precisado varias cirugías de rescate en rodilla, donde subsisten pocas alternativas y cuyo posible desenlace sería la amputación.

El objetivo de esta comunicación es evaluar de forma retrospectiva los resultados clínicos y radiológicos en pacientes intervenidos en nuestro centro, sometidos a una cirugía de revisión mediante megaprótesis con patología primaria no tumoral.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de una muestra de 28 pacientes, intervenidos desde 2007 en nuestro hospital, mediante megaprótesis tumoral tipo OSS (Biomet) o GMRS (Stryker) de fémur distal y tibia proximal, con antecedente de cirugía primaria de rodilla que han presentado complicaciones, principalmente movilización séptica o aséptica de alguno de los componentes. Dicha muestra forma parte de un estudio multicéntrico nacional.

La cirugía se ha realizado tanto en uno como en dos tiempos según la condición del paciente y se han medido parámetros radiológicos, analíticos y clínicos con un seguimiento medio de 3 años para valorar el éxito de la cirugía de revisión.

RESULTADOS:

En la mayoría de los pacientes, se ha logrado un resultado satisfactorio tanto a nivel radiológico como personal medido en escalas de satisfacción clínica, logrando una buena calidad de vida con un aumento de supervivencia de la edad media de la prótesis con respecto a otras alternativas. Algunos han presentado complicaciones menores que no han precisado de nueva cirugía y sólo en pocos casos se ha necesitado de intervenciones como la amputación por complicaciones mayores.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La implantación de una megaprótesis tumoral como cirugía de rescate de rodilla puede ser una alternativa en pacientes seleccionados donde ha fallado la cirugía primaria y otros métodos de rescate, permitiendo un aumento de tiempo de supervivencia de la prótesis con respecto a otras opciones protésicas y una mejora en calidad de vida de los pacientes frente a la amputación.

CO225

REPARACIÓN PERCUTÁNEA DE SINDESMOSIS POR ECOGRAFÍA, COMO NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Autores: Pérez Hevia, I.; Iglesias García, R.A.; Collazo Martín, O.; Álvarez Álvarez, S.; Fernández Blanco, B.; Paz Aparicio, J.

Centro: Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de tobillo son una patología frecuente en nuestro medio, con un alta incidencia en paciente joven, sobre todo en la práctica deportiva.

La rotura de la sindesmosis se asocia a un 10-13% de es tipo de fracturas.

La lesión sindesmal a pesar de aparecer un ente de fácil manejo, su mal tratamiento puede repercutir a corto/medio plazo en la articulación del tobillo, generando dolor, inestabilidad, artrosis temprana, con la con siguiente limitación de la vida diaria del paciente, terminado en una artroplastia o artrodesis de tobillo.

Se han desarrollado numerosos métodos de tratamiento para acortar el plazo de recuperación, entre ellos esta el sistema

de estabilización dinámica de la sindesmosis, pero en el que diferentes artículos/estudios han demostrado una lesión vascular (V. Safena) en un 20% de los casos.

Siendo una técnica que está siendo abandonada por muchos cirujanos ante la necesidad de realizar una incisión para ver el paquete V/N medial del tobillo.

Con el retorno al uso de tornillos de 3 o 4 corticales, con la con siguiente rigidez a la sindesmosis, tiempo en descarga y necesidad de una 2ª intervención para retirar el material, además de los riesgos que esta técnica conlleva, rotura del tornillo, no corrección de apertura de la sindesmosis.

Por lo que se ha optado por desarrollo de una nueva técnica ecoguiada para la evitar ese riesgo vasculo-nervioso. El objetivo es comprobar la viabilidad de una técnica quirúrgica no invasiva, acortando el tiempo de recuperación, la posibilidad de infección de herida quirúrgica, el riesgo de dehiscencia, al no realizarse una incisión medial para ver la vena safena o el nervio sural. Para ello nos aprovecharemos del aumento del uso y conocimientos del ecografo en la cirugía ortopédica y traumatológica. Pudiendo utilizar sistemas de fijación percutáneos de sindesmosis, con sus conocidas ventajas, no inmovilización, carga temprana, poca agresividad al tobillo y la no necesidad de una 2ª intervención.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presentan 10 casos de 6 varones y 4 mujeres con fractura tipo Maissonneuve, tratadas en nuestro hospital. Todos ellos fueron ingresados con una inmovilización mediante férula suropédica. Ante de realizar la incisión se localiza con ecografo la localización de la vena safena y se realiza unas marcas con rotulador para orientarnos mas rápido a la hora de colocar el ecografo durante la intervención. Se realiza una incisión lateral a nivel de peroné distal menor de 1 cm, se comprobó mediante escopia localización correcta por encima de la articulación del tobillo. Se coloca aguja guía de peroné a tibia con una angulación desde peroné de abajo a arriba de unos 30º aproximadamente y posterior fresado con broca de 3,7. Tras fresado se introduce tighRope hasta pasar la cortical media de tibia momento el que se despliega el botón cortical, bajo visión ecografica centrada la pantalla del ecografo en la vena safena, en 9 casos no se aprecio roce o compresión contra la cortical tibial de la vena safena, mientras que en uno de ellos se aprecio una movilización de vascular, retirándose el dispositivo y realizando la maniobra otra vez, sin movilización en esta ocasión de la vena safena. Tras el tensado del dispositivo, se comprueba bajo escopia una correcta reducción de la articulación tibio-peronea distal. Se coloca una grapa a nivel de herida qx y se coloca un vendaje compresivo. A los 15 días se retira grapa y se permite apoyo parcial a las 3 semanas, con apoyo total a la 5ª semana. En las posteriores revisiones no alteración de sensibilidad ni vascular, mediante el estudio mediante doppler.

RESULTADOS:

Tras los resultados obtenidos por nuestra parte y otros estudios/revisiones a nivel mundial se puede observar una disminución en el numero de complicaciones por parte del sistema dinámico de sindesmosis, pero no es este el objetivo del trabajo. En el caso que nos ocupa tras la realización de 10 casos de reparación de sindesmosis percutánea ecoguiados, se puede observar en el control de los 3 meses, la no alteración a nivel vascular ni neurológica. A nivel neurológico no se observa una alteración sensitiva ni alteración cutánea. En cuanto a la alteración de V. Safena no se aprecia alteración de esta en el flujo medido por doppler, con lo que nos encontramos con un éxito del 100% en cuanto a la protección de las estructuras vasculo-nerviosas mediales del tobillo. Siendo la técnica descrita más rápida, percutánea y menos agresiva a nivel de partes blandas que las técnicas previas, además de permitir un recuperación funcional mas temprana, que es el objetivo principal de cualquier cirugía. Ante los excelentes resultados, continuemos poniendo en práctica esta técnica, con el objetivo de minimizar el daño al paciente, en cuanto se tenga un muestra mas grande y un tiempo de observación mayor, se realizara otro análisis de resultado, para ver la viabilidad del proceso y recomendación a otros cirujanos a incorporarla a sus practicas habituales.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En los días que corren hay dos aspectos fundamentales. El primero de ellos es la importancia de una rápida reincorporación a nuestra vida diaria con una capacidad funcional alta, similar o incluso igual al estado previo a la lesión que el paciente ha sufrido. Y segundo la utilización de nuevos métodos, desde ecografia, 3D, técnicas guiadas por ordenador, etc. Por lo que estamos ante un reto diario, donde debemos realizar un tratamiento correcto, con una técnica adecuada, poco invasiva, donde consigamos una estancia hospitalaria mínima, una disminución en la necesidad de curas y de revisiones posteriores. Siendo un individuo totalmente pleno a las pocas semanas del proceso.

CO230

¿PUEDE EL CAMBIO DE MODELO DE IMPLANTE AUMENTAR LAS COMPLICACIONES?. NUESTRA EXPERIENCIA EN ARTROPLASTIA PARCIAL DE CADERA PARA FRACTURA SUBCAPITAL.

Autores: Martínez Pardo, F.; Santana Ramírez, S.; Fernández Alba, G.; Crespo Agea, J.; Montilla García, Z.
Centro: Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El procedimiento de recambio parcial de cadera tras fractura de cuello femoral es uno de los más habituales y rutinarios en COT, pero las posibles complicaciones pueden ser devastadoras para los pacientes con este tipo de fracturas, que habitualmente son ancianos. Existen pocos estudios que analicen los factores de riesgos para estas complicaciones. Analizar los posibles factores de riesgo para las complicaciones de este procedimiento en nuestro centro motivado por el reciente cambio de modelo de implante.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se revisa retrospectivamente los pacientes intervenidos de artroplastia parcial de cadera entre Enero de 2015 y Diciembre de 2018, siendo 202. Se clasifican según implante: 123 Furlong® (MBA), 57 Exeter® y 22 ABG II® (Stryker); todos cementados y con cabeza bipolar.

Se analizan los casos de complicaciones más relacionados con la cirugía: luxaciones, infecciones, fracturas periprotésicas intraoperatorias y postoperatorias; así como los principales factores de riesgo.

RESULTADOS:

Se aprecia una mayor proporción de luxaciones con modelo Exeter: 7% frente al 4'06% de Furlong y 0'22% de ABG II. En todos los casos de Exeter no se encontraron factores de riesgo prequirúrgicos; asociándose a factores mecánicos, fundamentalmente, la discrepancia de offset.

Proporción de infecciones del 2'47%. Proporción de fracturas periprotésicas intraoperatorias 0'99%, exclusivamente con Furlong. Proporción de fracturas postoperatorias 0'99%, exclusivamente con Exeter.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En nuestro caso el cambio de modelo de implante para artroplastia parcial de cadera en fracturas de cuello femoral ha supuesto un aumento de luxaciones sin factores de riesgo prequirúrgicos. Es preciso aumentar el tamaño muestral para establecer significancia estadística. Nuestra incidencia del resto de complicaciones es similar o menor a las publicaciones.

CO256

LAS FRACTURAS DE HOLSTEIN LEWIS. BYE BYE NERVO RADIAL.

Autores: Rodríguez Ferri, A.; Zarzuela Jiménez, C.; Cañada Oya,

Centro: H. Complejo Hospitalario de Jaén.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas del tercio distal del húmero siguen siendo un desafío para el cirujano a día de hoy. La osteosíntesis con placas vía posterior continúa siendo el gold estándar. Los abordajes actuales mínimamente invasivos (MIPO) aplicados al húmero distal están completamente condicionados por el nervio radial y han mostrado un alto riesgo de lesión del mismo. El objetivo de este trabajo es desarrollar un nuevo abordaje de MIPO anteromedial distal para tratar este tipo de fracturas de manera más segura.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio anatómico en 16 brazos de especímenes para determinar las distancias de las estructuras vasculares y nerviosas que podrían estar en riesgo, y para definir la técnica. Se usó una placa LCP extraarticular de codo (EADHP, Synthes-Depuy®) premoldeada para aplicarla correctamente a una nueva área anatómica, la cara anterior plana de la epitroclea.

Se realizaron dos incisiones. El abordaje proximal correspondía al abordaje clásico Mipo.

Distalmente, se realizó nuestro novedoso abordaje anteromedial MIPO modificado. A través de una ventana muscular del pronator teres, se creó un túnel distal sub-braquial y se introdujo retrógradamente la placa hacia proximal. Se midieron varios parámetros anatómicos durante la disección para garantizar la seguridad y la viabilidad del abordaje.

RESULTADOS:

Desde Marzo de 2017 hasta Enero de 2020, 15 pacientes fueron tratados con esta nueva técnica. 10 de ellos fueron incluidos en un estudio prospectivo con un seguimiento mínimo de 6 meses (Rango 6-36 meses). Las características demográficas de los enfermos y las complicaciones se registraron para todos los pacientes. La escalas DASH, MEPS, CONSTANT además de la escala de dolor (VAS) se registraron y analizaron a los 2 - 6 - 12 - 24 - 36 meses.

Resultados: El estudio anatómico mostró que los vasos y nervios relevantes del brazo no están en peligro durante el procedimiento. La distancia desde el borde más distal del epicóndilo medial hasta el borde proximal de la fosa coronoidea fue de 3.35 cm (IC 95%, 3.22 - 3.49 cm). Se pueden insertar tres tornillos en esta área y hasta cinco cuando se extiendan 2 cm proximalmente a la fosa.

La anchura del epicóndilo medial fue de 2,16 cm (IC 95%, 2,02 - 2,30 cm), espacio suficiente para la fijación distal de la placa.

El nervio cubital estaba en riesgo solo con la punta del tornillo distal (2,70 mm, IC del 95%, 2,01 - 3,39 mm) en especímenes con un área epicondilar medial muy estrecha (menos de 2 cm).

El estudio clínico mostró que todas las fracturas consolidaron y no hubo parálisis radial iatrogénica.

La escala DASH final fue de 7.5 (rango 2-15), el CONSTANT fue 96 (rango 94-98) y el promedio de Meps fue 96 (rango 85-100). Todos correspondieron a excelentes resultados.

Las radiografías postoperatorias revelaron una alineación normal en el plano coronal en siete casos. Se produjo una deformidad en valgo en 2 pacientes con un promedio de 5° y una deformidad en varo de 6° en otro.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El nuevo abordaje MIPO anteromedial distal con placa para las fracturas extraarticulares del tercio distal de húmero es seguro y proporciona resultados clínicos satisfactorios. Es la única técnica descrita a nivel mundial que evita la lesión del nervio radial y logra una fijación adecuada en fracturas muy distales.

CO259

REPARACIÓN CAPSULAR SUPERIOR CON EL TENDÓN DE LA PORCIÓN LARGA DEL BÍCEPS BRAQUIAL.

Autores: Pérez Jódar, C.; Díaz Miñarro, J.C.; Quevedo Reinoso, R.; Izquierdo Fernández, A.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La reparación capsular superior (RCS) es una alternativa reciente de tratamiento para roturas irreparables de manguito rotador en pacientes sin artrosis glenohumeral. Se fundamenta en el papel de la cápsula como estabilizador estático para evitar la traslación glenohumeral superior. Presentamos los resultados de la RCS utilizando la porción larga del bíceps (PLB) como plastia.

Comprobar la eficacia y seguridad de la reparación capsular superior con porción larga del bíceps llevada a cabo en sujetos con rotura irreparable de manguito rotador.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se obtuvo una muestra de 11 pacientes (2 mujeres y 9 hombres, edad media 60'27 años) con rotura masiva irreparable de manguito, intervenidos mediante RCS con PLB entre septiembre de 2018 y noviembre de 2019. Se midió la eficacia de la técnica mediante la escala Constant, comparando la puntuación antes de la intervención y a los 3 meses postoperatorios.

Técnica quirúrgica:

Tras realizar portales posterior, anterior y lateral se suturó el SB o el IE. Se realizó tenotomía de la PLB distalmente, se preparó la huella del SE y se situó un anclaje (Healix 5.5, De Puy Synthes) en la parte superior de la misma. La PLB se fijó suturando en configuración doble lasso-loop.

RESULTADOS:

La media de puntos del Constant preoperatorio fue 41'22 y en el postoperatorio 61,22. La mejora fue, por tanto, de 20 puntos, con una diferencia estadísticamente significativa ($p<0'01$). El dolor mejoró en un 22'73%, con una diferencia estadísticamente significativa ($p<0'05$).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La RCS con PLB es una técnica reproducible, que mejora a corto plazo la función y el dolor, transformando la PLB en un estabilizador estático, en pacientes con roturas masivas irreparables de manguito rotador y ausencia de cambios artrósicos.

La estabilidad estática proporcionada por la cápsula superior es importante para mantener la depresión de la cabeza humeral y su efecto es mayor que el del manguito. Por ello, alivia el dolor y mejora la capacidad funcional en roturas irreparables. En nuestro trabajo, el caso que obtuvo peores resultados, partía de una cabeza humeral ascendida, lo que podría constituir un predictor preoperatorio del resultado.

La RCS con PLB presenta ausencia de morbilidad en el sitio donante comparado con la fascia lata, vitalidad del injerto al mantener su pedículo, menor tiempo quirúrgico, y menor coste. Aún hay controversia sobre la técnica de fijación lateral a emplear y la realización o no de tenotomía distal (buenos resultados clínicos en ambos casos). La técnica original incluye reparación de la rotura del SB pero no del IE. Nosotros proponemos reparar, al menos parcialmente, el IE para mejorar la rotación externa y la coaptación de la cabeza humeral al inicio de la abducción.

CO266

RESTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO DE PARÁMETROS ANATÓMICOS RADIOGRÁFICOS CON NUEVO DISEÑO DE PLACA GEMINUS.**Autores:** Fernández, J.M.; Angulo, J.; López Sorroche, E.; Galindo, M.F.; Álvarez, A.**Centro:** Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Describir nuestra experiencia de la restauración y mantenimiento de los parámetros radiológicos tras una fractura de radio distal con nuevo diseño de placa anatómica bloqueada volar.

MATERIAL Y MÉTODO:

Evaluamos los distintos parámetros radiográficos de manera retrospectiva de 32 pacientes tratados con nuevo diseño de placa anatómica bloqueada (Geminus Skeletal dynamics, Miami, FL) por fractura inestable de radio distal desde marzo 2017 hasta junio 2019. Cada Fractura evaluada según clasificación AO con un promedio de seguimiento de 18,5 meses (rango de 6-30 meses). Los parámetros radiológicos evaluados fueron altura radial, inclinación radial, volar tilt y varianza ulnar, así como la persistencia de incongruencia articular, valoramos además posibles complicaciones, así como necesidad de nueva intervención quirúrgica.

RESULTADOS:

No hubo persistencia de escalón articular mayor de 2mm, la inclinación radial normal (19°-25°) fue restaurada en 61.11% de los pacientes (rango 9.35°-31°). La altura radial normal (13-15mm) fue restaurada en 44.4% de los pacientes (rango 7.9-16mm). El volar tilt normal (6°-16°) fue restaurado en 93.75% (rango 3.4°-15.5°). La varianza ulnar normal (-0.8 – 2.2mm) fue restaurada en 84.4% (rango -1.42 – +2.4mm). No evidencias de complicaciones como tenosinovitis flexores o rotura de tendones flexores ni extensores, no fatiga de material ni necesidad de otra intervención.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La fractura de radio distal son las más frecuentes de la extremidad superior representado 17% de todas las fracturas, hoy día el tratamiento de elección es la reducción abierta y fijación con placa bloqueada volar en aquellas consideradas inestables para intentar mantener los parámetros radiológicos antes mencionados; sin embargo, no está exenta de complicaciones.

En la última década está muy discutido si realmente es necesario mantener todos los parámetros radiológicos para obtener un buen grado funcional, sin embargo, se describe que lo más importante para lograr ese objetivo es el volar tilt y la varianza ulnar. En nuestro estudio podemos ver que con la placa Geminus se restauran y mantienen dichos parámetros que, junto con una adecuada técnica quirúrgica evitamos posibles complicaciones sobre tendones flexores y extensores, así como fatiga del material. Sin embargo, hace falta más estudios y protocolizados para la obtención de mejores resultados funcionales.

CO272

ALOINJERTO EN LESIONES DE HILL-SACHS DE GRAN TAMAÑO. ¿LO USARÍAS?**Autores:** Serrano Serrano, R.; Brotat Rodríguez, M.; Rodríguez Monsalve, F.; Burón Álvarez, I.; Arnaz Remis, A.**Centro:** Hospital Universitario Infanta Elena. Huelva.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La luxación glenohumeral afecta principalmente a población joven, habitualmente secundaria a un evento traumático. La recurrencia es la principal complicación condicionada por la edad, el defecto articular traumático (Hill- Sachs, Bankart, lesiones capsulares y fracturas glenoideas) y el tipo de actividad deportiva practicada.

La fractura compresiva en la región posterolateral de la cabeza humeral (Hill-Sachs) puede ocurrir entre un 65% a un 71% de pacientes en el primer episodio y se puede incrementar en las luxaciones recurrentes. Es uno de los principales factores de la inestabilidad glenohumeral, influyendo tanto el largo como la profundidad de la lesión. Itoi et al., describieron la relación entre el defecto humeral de Hill-Sachs y la superficie glenoidea (glenoid track). La presencia de un defecto glenoideo asociado (lesión bipolar), facilita el Hill-Sachs “engaging”. El tratamiento de este tipo de lesiones es complejo y controvertido, existiendo diversas opciones como el remplissage, el Latarjet o el uso de aloinjertos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer 37 años que tras traumatismo por tracción presenta luxación de hombro derecho. A la exploración física se observa deformidad en hombro sin presencia de hematoma con parestesias en región deltoidea.

Tras varios intentos de reducción se consigue congruencia articular pero no se logra mantener la reducción. El TAC y la RMN indican luxación antero-inferior del húmero derecho con lesión Hill- Sachs severa y lesión Bankart sin presencia de lesiones en manguito rotador.

La EMG indica signos compatibles con una afectación crónica de los nervios axilar y supraescapular derechos, de tipo mixto, de intensidad moderada sin que se objetiven signos de denervación activa y con presencia de signos de

reinervación.

RESULTADOS:

Tras observar mejoría progresiva de la clínica neurológica se realiza intervención quirúrgica. Se practica abordaje deltopectoral observando luxación anteroinferior de la cabeza humeral con presencia de Hill- Sachs de gran tamaño (3 x 3.5 cm). Se prepara lecho de la lesión y se realiza reconstrucción de la cabeza humeral con aloinjerto y fijación con tres tornillos autoperforantes. Se completa la cirugía con técnica de Latarjet fijada con dos tornillos canulados observando congruencia y estabilidad articular.

Tras inmovilización con cabestrillo 6 semanas, la paciente comienza tratamiento rehabilitador presentando buena abducción y antepulsión con limitación parcial de ambas rotaciones.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Existen técnicas quirúrgicas que buscan aumentar el arco de superficie glenoideo como la técnica de Latarjet o la utilización de aloinjertos descrita por Eden- Hybbinete, que en los últimos años han ganado gran popularidad. Sin embargo, existen pocas publicaciones acerca de la utilización de aloinjertos para la reconstrucción de defectos masivos de la cabeza humeral.

Se trata de una técnica anatómica en la que se recupera el arco de superficie humeral. Algunas de las complicaciones descritas son la no consolidación, la reabsorción y revisión por problema de osteosíntesis. Una de sus principales desventajas es la necesidad de realizar un abordaje anterior amplio con desinserción del tendón subescapular, aunque algunos autores como Brañes describen un abordaje posterior directo menos agresivo como alternativa, observando buenos resultados con baja tasa de recidiva.

Esta técnica es una opción para aquellos pacientes jóvenes que presentan lesiones bipolares ($\geq 25\%$ defecto glena y Hill- Sachs off track) observándose buenos resultados a funcionales. Sin embargo, se necesitan más estudios con mayor tamaño muestral que muestren su evolución a largo plazo.

CO283

FRACTURA PATOLÓGICA EN PACIENTE CON FOD: UN AUTÉNTICO RETO TERAPÉUTICO PARA EL TRAUMATÓLOGO.

Autores: Hoyos Perales, I.; Martínez Caballero, I.; Rodríguez Márquez, A.

Centro: Hospital de Jerez de la Frontera / Hospital del Niño Jesús.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La displasia fibrosa (FOD) es una enfermedad fibroósea benigna que consiste en la aparición de hamartomas fibrosos en expansión en el interior óseo, con el consiguiente aumento de riesgo de fractura patológica, así como de deformidades progresivas debido a fracturas microscópicas. No es hereditaria y es consecuencia de una alteración del mesénquima osteogénico durante el desarrollo. Puede ser monostótica o poliostótica. El fémur y el húmero son los huesos más frecuentemente afectados.

Presentamos el caso de un paciente de 8 años con FOD poliostótica que sufrió fractura patológica subtrocanterea de fémur izquierdo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 8 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por dolor en cadera izquierda tras traumatismo banal. Tras estudio radiológico, se evidencia línea de fractura subtrocanterea en fémur izquierdo. A nivel metafisario, se aprecia imagen quística y festoneamiento del endostio profundo con una matriz en vidrio esmerilado unicameral. Se establece el diagnóstico de fractura subtrocanterea de fémur izquierdo en el contexto de una displasia fibrosa. Se interviene de Urgencias con reducción cerrada y fijación interna con 1 clavo flexible y posterior inmovilización. A los 3 meses post-qx, el paciente presenta discreta cojera y dolor en relación con el esfuerzo. Se evidencia fractura patológica no desplazada sobre región subtrocanterea lateral en relación con foco displásico.

Se decide intervención quirúrgica. Se realiza EMO de material previo, reducción y osteosíntesis con placa y tornillos mediante abordaje lateral transvasto. Posteriormente se realiza enclavado intramedular con 2 clavos flexibles de 2,5 mm, uno anterógrado y otro retrógrado debido a la aparición de falsas vías; biopsia de la lesión y relleno con autoinjerto cortical de peroné contralateral, el cual se fija a través de tornillo transindesmal.

RESULTADOS:

El seguimiento en consultas resulta clínica y radiológicamente satisfactorio.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

FOD es una entidad frecuentemente asintomática y descubierta de forma incidental. Para el cirujano ortopédico supone un reto terapéutico debido a la mala calidad ósea. Las indicaciones quirúrgicas serían las fracturas de fémur, las refracturas o la aparición de deformidades (especialmente la deformidad en cayado de pastor). En nuestro caso se decidió doble osteosíntesis con enclavado y placa para conseguir una mayor estabilidad.

CO292

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA DE TOBILLO EN PACIENTES > 50 AÑOS.**Autores:** García Romero, D.; García Hernández, J.; Marcos Rabanillo, R.; Sánchez de la Villa, O.; Camacho Serrano, F.**Centro:** Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La fractura de tobillo es una patología creciente en el día a día de las unidades de traumatología. En pacientes mayores encontramos que traumatismos de baja energía o banales pueden dar lugar a una fractura más inestable y con unas características más severas de la lesión, asociándose además a una mayor tasa de complicaciones. El objetivo del presente estudio es exponer información clínica de interés en relación al abordaje quirúrgico de las fracturas de tobillo en pacientes mayores de 50 años en un área de población de Sevilla.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha llevado a cabo un estudio observacional y prospectivo de todas las fracturas de tobillo ocurridas desde junio 2019 y que fueron tratadas quirúrgicamente en el hospital Universitario Virgen Macarena. La base del estudio es el registro de la propia unidad. El estudio está aprobado por la comisión de ética, y por protocolo a todos los pacientes se les realiza una Densitometría lumbar y de cadera

RESULTADOS:

Actualmente tenemos recogidos un total de 39 pacientes, de los cuales se han excluido 3 por un mal seguimiento. Como datos de interés podemos decir que el 86,5% de nuestros pacientes son mujeres, con una edad media de 62,27 años. El 13,88% presentan fracturas osteoporóticas mayores previas, siendo la fractura de extremo distal del radio la que aparece más frecuentemente como antecedente a la fractura índice (80%). Del total de pacientes encontramos que un 22% son diabéticos, el 44% tienen insuficiencia venosa, el 63,8% presentan un IMC superior a 25 y el 38% son fumadores activos. Como tratamientos previos, el 19,44% presentan tratamiento frente a la osteoporosis al ingreso. El antecedente de traumatismo de baja energía lo encontramos en el 90% de los casos. La fractura más frecuente es la 44B3 de la AO (36%). La asociación con una luxación tibio peroneo astragalina la encontramos en el 25% de los casos, siendo la posterior la más habitual. La apertura de la sindesmosis siguiendo los criterios radiológicos se aprecia en 33,33% y la afectación de maléolo posterior en el 50%, siendo este >25% de la superficie en el 11% de los pacientes. La fijación del maléolo posterior tan solo se lleva a cabo en el 13% de los casos, sin embargo, la fijación transindesmal se realiza en el 41,6% de los pacientes. La complicación preoperatoria más frecuente actualmente recogida es el sufrimiento de partes blandas, con la aparición de flictenas (11%). En relación al seguimiento postoperatorio solo el 13,8% presentan algún problema relacionado con la intervención (Dolor, hinchazón, retraso cicatrización...) La estancia media preoperatoria y postoperatoria es de dos y un día respectivamente. Con respecto al estudio de Densidad Mineral Ósea (DMO) encontramos que el 13,88% de los pacientes presentan una DMO

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

A pesar de la escasa muestra recogida, en este estudio presentamos aspectos descriptivos de la fractura de tobillo, no sólo aspectos radiológicos y clínicos sino también abordando el aspecto de la osteoporosis y la relación con la fractura de tobillo. Cabe resaltar el antecedente de fractura osteoporótica mayor que hallamos cerca del 14% de la población y los niveles de DMO.

CO293

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS DE TOBILLO EN PACIENTES <50 AÑOS Y >50 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.**Autores:** García Hernández, J.M.; García Romero, D.; Barcia Villalobos, M.; Román Cañada, M.A.; Rodríguez López, D.**Centro:** Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La fractura de tobillo es la segunda fractura más frecuente en el miembro inferior. En los últimos años su incidencia está aumentando, fundamentalmente a expensas de población de mayor edad. El objetivo de este estudio es hacer un estudio descriptivo acerca del comportamiento de este tipo de fractura en nuestra área, el abordaje en nuestro centro y complicaciones recogidas en el seguimiento durante dos años, realizando una comparativa en relación a los aspectos clínicos y radiológicos del tratamiento quirúrgico de las fracturas de tobillo entre pacientes menores y mayores de 50 años en un área poblacional de la provincia de Sevilla.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de las fracturas de tobillo tratadas quirúrgicamente en el hospital Universitario Virgen Macarena a lo largo del año 2016, dividiendo dos grupos edad, menores de 50 años y mayores de 50 años. La recogida de datos se ha basado en el registro de la unidad y el código CIE-10. Usamos la clasificación de la AO para su estudio y comparación.

RESULTADOS:

Encontramos que se han tratado de forma quirúrgica, en el año 2016 un total de 90 pacientes, excluyéndose aquellos pacientes con afectación independiente de maléolo medial, sin afectación de peroné. De ellos 63 pacientes eran >50 años y 27 eran < de 50 años.

De entre todas las fracturas en las que se había realizado un tratamiento quirúrgico, el grupo más frecuente era el grupo compuesto por las fracturas 44B de la AO que suponen el 74% en > de 50 años y un 29% en <de 50 años.

Resaltar que el 26% de los pacientes menores de 50 años asocian luxación tibio-peroneo-astragalina, siendo menos frecuente que en pacientes mayores de 50 años (30,5%). La afectación del maléolo posterior es similar en ambos grupos (entorno al 50%), si bien el grupo de pacientes de menor edad presentan un fragmento de maléolo posterior de mayor tamaño (30% presentan maléolo posterior >25% frente al 10% de los pacientes del grupo de mayores de 50 años). La fijación de dicho maléolo se ha realizado en <10% de los casos en ambos grupos. Hallamos que la estabilización transindesmal se realizó en torno al 25% de pacientes en ambos grupos, retirándose en nuestro centro en el 100% de los casos implantados.

Como complicaciones preoperatorias la más frecuente es la existencia de flictenas en ambas series, destacando que describimos dicha complicación casi en el doble de pacientes mayores con respecto al grupo de menor edad (3,7% y 6% respectivamente).

Además, confirmamos una mayor tasa de complicaciones en el postoperatorio de los pacientes mayores, destacando una tasa de infección aguda del 1,69% (no recogiendo ninguna en el grupo <50 años). Por último, señalar que en este grupo si encontramos una mayor tasa de retirada del material de osteosíntesis (37% frente al 8,5%).

Desde que un paciente ingresa en nuestro centro, hasta que se interviene suelen pasar de media unos 2 días, si bien, la moda es el tiempo de espera de 1 día y una media de 2 días postoperatorios en ambos grupos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Estudio que aborda la descripción de las características principales de la fractura de tobillo en nuestra área, su abordaje y complicaciones más frecuentes, estableciendo características diferenciales entre ambos grupos de edad, destacando la mayor tasa de luxación tibioperoneo astragalina y mayor tasa de complicaciones en el paciente de mayor edad.

CO297

¿CLAVO O PLACA EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE FÉMUR DISTAL?

Autores: Bellido González, E.; Matas Llerena, A.I.; Revuelta Romo, J.; Rivas Rodríguez, P.; Benabdeljalil, Y.

Centro: Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Analizar los resultados funcionales y radiográficos de pacientes intervenidos con dos modalidades de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis retrospectivo de 17 fracturas periprotésicas de fémur distal en pacientes portadores de prótesis total de rodilla. Se comparan resultados radiográficos, balance articular, presencia de dolor y reincorporación a vida cotidiana.

RESULTADOS:

En la mayoría de los casos se opta por enclavado retrógrado cuando las características de la prótesis lo han permitido. En los casos que se coloca una placa, la distancia media al componente protésico del fémur distal es de menos de 3cm. Como complicaciones más frecuentes tenemos una reducción del foco fracturario en flexión y alteración del eje. Como complicaciones del clavo encontramos fracturas en proximidades de clavo distal.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El factor que impera en nuestro centro para la elección de un tratamiento u otro es la distancia del trazo fracturario al componente femoral de la prótesis de rodilla. La correcta reducción de la fractura determina la evolución futura.

El estudio está limitado por el propio diseño, basado en revisiones en consulta de diferentes especialistas e imposibilidad de recitarlos por fallecimiento en algunos casos.

CO298

LUXACIONES GLENOHUMERALES INVERTEBRADAS EN ANCIANOS. ¿QUÉ HACER?.

Autores: Bello Alonso, C.; Matas Llerena, A.I.; Sánchez Martos, M; Díaz del Río, J.M.; Guerrero Mera, J.; González Herranz, J.

Centro: Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Compartir nuestra experiencia en casos difíciles de luxación glenohumeral inestable con tratamiento controvertido.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presentan 7 casos de luxaciones glenohumerales inestables en pacientes de más de 80 años. En todos se realizaron reducciones cerradas bajo sedación, presentado luxación en controles radiográficos posteriores.

RESULTADOS:

En un caso se optó por tratamiento con artroplastia invertida de hombro. En otro caso se realizó un refuerzo capsular anterior que no resultó efectivo. En el resto de casos se optó por no realizar tratamiento quirúrgico y dejar la articulación luxada. Se ve la deformidad progresiva de las cabezas humerales, la formación de neoarticulaciones y el balance articular aceptable para el desarrollo de sus actividades cotidianas. En la revisión anual, ningún paciente presentaba dolor.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La no reducción de la articulación glenohumeral inestable es una opción aceptable en pacientes ańosos, con baja demanda funcional, dependientes para su vida diaria y con deterioro cognitivo. La articulación se adapta a la luxación y no hay dolor pasado unos meses.

Luxaciones glenohumerales inestables en pacientes muy ańosos, institucionalizados, con baja demanda funcional y deterioro cognitivo tienen un tratamiento controvertido.

Pese al tratamiento temporal con agujas de Kirschner que aparece en la literatura fijando cabeza humeral a glena o acromion, las complicaciones asociadas a la migración de las agujas nos hace preferir dejar la articulación luxada e insistir en rehabilitación ocupacional de estos pacientes complicados.

CO310

TRAPEZIECTOMÍA PARCIAL E IMPLANTE DE PRÓTESIS DE PIROCARBÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA RIZARTROSIS: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DESPUÉS DE UN MÍNIMO DE 8 AÑOS.

Autores: Basso, M.A.; Smeraglia, F.; Mosillo, G.; Mariconda, M.

Centro: Università degli Studi di Napoli "Federico II"

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El propósito de este estudio prospectivo es demostrar la efectividad de PyroDisk, un disco convexo biarticular en piropcarbon, que actúa como un espaciador después de una resección parcial de la articulación trapeziometacarpiana.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analizaron 27 implantes Pyrodisc en 25 mujeres con un estado avanzado de osteoartritis de ATM (Eaton II y III). La evaluación funcional se realizó en el preoperatorio y a los 1, 3, 6 y 12 meses postoperatorios y luego después de un año. Utilizamos el puntaje DASH, el puntaje VAS, la prueba de Kapandji, la satisfacción del paciente y la fuerza de agarre. Se tomaron imágenes de rayos X en cada seguimiento.

RESULTADOS:

El análisis de los resultados después de un mínimo de 8 años mostró un aumento en el puntaje DASH de un valor promedio preoperatorio de 57 (SD +/- 14) a un valor promedio de 17 (SD +/- 4.3), el puntaje VAS pasó de 7.7 (DS +/- 1) a 1 (DS +/- 0.8), la prueba de Kapandji de 7.9 (DS +/- 1) a 9 (DS +/- 0.8), mientras la fuerza de agarre se ha mantenido constante en el valor promedio de 4 (DS +/- 1) después de los primeros 6 meses postoperatorios. Solo un paciente mantuvo una puntaje VAS alto y una fuerza de agarre reducida a pesar de la mejora del puntaje DASH. Este paciente tenía una ligera deformidad en hiperextensión de la articulación metacarpofalángica. Después de 4 años se sometió a otra cirugía (trapeziectomía y artroplastia según Ceruso).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En nuestro estudio hemos observado excelentes resultados y una mejoría de los síntomas, en particular de la oposición del pulgar, la fuerza de prensión y la reducción del dolor, con una baja tasa de complicaciones y revisiones. La trapeziectomía parcial y el implante de prótesis de piropcarbon podría ser una excelente opción para el tratamiento de la rizoartrosis.

CO314

LOS EQUIPOS FLS Y LOS REGISTROS COMO HERRAMIENTAS DE BENCHMARKING CLÍNICO.

Autores: Mesa Ramos, M; Mesa Ramos, Francisco; Copete, Sara; Barahona, Natalia; Justicia, M^a José; Márquez, Pilar.

Centro: Hospital Valle de los Pedroches, Pozoblanco. Córdoba

INTRODUCCIÓN

Los equipos FLS actúan como unos sistemas multidisciplinares y multiprofesionales coordinados de atención que identifican, investigan, recomiendan tratamiento y monitorizan a lo largo del tiempo a los pacientes de 50 años o más que se presentan con una fractura por fragilidad. La eficacia de su labor se fundamenta en un trabajo normalizado regido por la medicina basada en la evidencia y en una evaluación comparativa, *benchmarking*.

La inclusión de la actividad y de los resultados de la unidad de FLS en un registro multicéntrico permite obtener una imagen de la efectividad del equipo y detectar puntos de mejora.

OBJETIVOS

Poner en valor la organización de la Unidad de Aparato Locomotor del Área Sanitaria Norte de Córdoba y de su unidad FLS para el tratamiento de las fracturas de cadera.

MÉTODOS

Análisis transversal de las características demográficas, clínicas, quirúrgicas, funcionales y asistenciales de los 67 pacientes con fractura de cadera por fragilidad tratados por la Unidad de Aparato Locomotor del ASNC en el 2º semestre de 2019, datos que han sido recogidos en los informes trimestrales del Registro Nacional de Fracturas de Cadera (RNFC).

Análisis de benchmarking de la unidad del hospital Valle de los Pedroches respecto al resto de centros participantes en el RNFC.

RESULTADOS-DISCUSIÓN

El 37,5% de los pacientes tratados fueron varones, el 2º centro con mayor nº de varones. El 79,2% de los pacientes procedieron de su domicilio y tras el alta regresaron al mismo un 22,5% menos, un 4,7% pasaron de la residencia al domicilio en el primer mes. Es el centro con mayor porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo, un 87,5%, pero nuestros pacientes presentan un riesgo anestésico por debajo de la media, tan solo el 57,1% tenían un ASA III, IV o V.

Respecto a la práctica clínica, el servicio de COT del ASNC es el que menor número de clavos acorrojados emplea (4,3%). En un porcentaje elevado pero por debajo de la media la intervención se realiza con anestesia neuroaxial (90%), realizando en el postoperatorio un bloqueo anestésico solo en un 4%.

La tasa de pacientes con tratamiento para la osteoporosis es muy bajo (8,3%) pero por encima de la media, sin embargo es el centro que mayor número de pacientes son dados de alta con fármacos antiosteoporóticos (91,3%), muy por encima de la media (44,7%), tratamiento que baja tan solo un 0,4% al mes del alta.

No registra úlceras por presión, un 4,3% requirieron ingreso en los primeros 30 días por causa médica

Es la unidad que interviene con mayor celeridad con una media de 24,8 horas, el 87% antes de las 48 horas, y tiene la menor estancia media del RNFC (3,7 días), muy por debajo de la media nacional de 9,6 días.

Un inconveniente que tiene el RNFC es que cada unidad solo conoce sus datos y desconoce cuáles son las otras unidades que registran su información, ello dificulta poder mantener un contacto ágil entre unidades a la hora de establecer planes de mejora.

CONCLUSIONES

Los datos analizados acreditan los beneficios que reporta el trabajo multidisciplinar regulado por criterios de mejora continua. La UAL del ASNC se muestra como una unidad eficiente con la estancia media más baja de los hospitales españoles que forman parte del RNFC, la que realiza en una mayor proporción profilaxis de nuevas fracturas, con una tasa baja de complicaciones y reingresos.

ÍNDICE REPORTES

CADERA Y MUSLO:

22 – 35 – 48 – 72 – 201 – 230 – 314

RODILLA:

31 – 60 – 169 – 196 – 222 – 297

TOBILLO – PIE:

11 – 23 – 27 – 109 – 122 – 225 – 292 – 293

COLUMNA VERTEBRAL – TUMORES:

12 – 38 – 120 – 161 – 181 – 203

MIEMBRO SUPERIOR 1. HOMBRO Y CODO:

15 – 182 – 187 – 206 – 217 – 256 – 259 – 272 – 298

MIEMBRO SUPERIOR 2. MUÑECA Y MANO:

25 – 54 – 73 – 143 – 151 – 179 – 266 – 310

MISCELANEA:

47 – 154 – 165 – 189 – 283

CP002

RELACIÓN ENTRE DELIRIUM POSTOPERATORIO Y MORTALIDAD TRAS LA CIRUGÍA DE FRACTURA TROCANTÉRICA EN EL PACIENTE ANCIANO.**Autores:** Jiménez Garrido, C.; Fernández Hijano, M.R.; Durán Garrido, F.J.; Viquez da Silva, R.; Rodríguez Delourme, I.; Gómez Palomo, J.M.**Centro:** Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La fractura de cadera es la principal causa de hospitalización de origen traumatológico en el anciano. Se trata de un problema creciente, pues nos encontramos ante un incremento progresivo en la población mayor a 70 años. Por otro lado, este grupo de pacientes presenta un porcentaje elevado de enfermedades concomitantes, que ante la presencia de una fractura de cadera, podrían incrementar la mortalidad desde un 10% hasta un 40% 2, 3 durante el primer año tras la cirugía. Existen trabajos en la literatura que relacionan la presencia de enfermedades concomitantes en pacientes intervenidos de fractura trocantérica con la aparición de delirium postoperatorio 4. Además, se ha observado que podría existir relación entre el delirium postoperatorio y la mortalidad en pacientes intervenidos de fractura trocantérica 5, 6. El objetivo de nuestro trabajo es determinar los factores de riesgo asociados al delirium postoperatorio del anciano con fractura trocantérica y la relación de éste con la mortalidad postoperatoria durante el primer año tras la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos un estudio de cohortes histórico, realizado en nuestro centro, que incluye de manera consecutiva a pacientes con una edad superior a los 60 años intervenidos de fractura de fémur proximal con trazo trocantérico (tipo 31A según la clasificación AO-Müller) mediante enclavado endomedular y anestesia intraquímica, desde el 2015 hasta el 2017. Fueron excluidos todos los pacientes que fallecieron antes de poder llevar a cabo la cirugía y aquellos que no estuvieron disponibles para el seguimiento. Los pacientes fueron diagnosticados de fractura trocantérica mediante la exploración física y la realización de una radiografía AP y axial de la cadera afecta. Se recogieron y analizaron variables sociodemográficas generales y específicas de todos los pacientes incluidos en el estudio, entre las que se encuentran el sexo, la edad, el riesgo anestésico identificado según el grado en la escala ASA (Sociedad Americana de Anestesiología), la presencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca de cualquier etiología, fibrilación auricular (FA), enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica (IRC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hepatopatía, demencia, enfermedad reumática de cualquier etiología, antecedente de patología oncológica o patología oncológica activa y fractura de cadera previa. El grado de dependencia previo a la fractura fue definido según la puntuación obtenida en la escala de Barthel, realizada en el momento de ingreso, clasificando a los pacientes como dependientes totales, dependientes graves, dependientes moderados, dependientes leves e independientes (puntuación <20, 20-35, 40-55, ≥60, 100 respectivamente). También se recogieron variables relacionadas con el ingreso hospitalario: la aparición de delirium, la hemoglobina (Hb) previa a la intervención, la Hb a las 24 horas de la cirugía y la diferencia de Hb entre ambos momentos, número de concentrados de hematíes requeridos durante el ingreso, periodo de tiempo entre el diagnóstico de la fractura y la cirugía definitiva (días), registro de fallecimiento durante el ingreso o bien tras el alta hospitalaria, ya sea en los primeros 30 días tras la intervención o bien durante el primer año. Se consideró delirium postoperatorio a cualquier situación tras la cirugía en la que se produjo una alteración del nivel de conciencia y de la atención, así como de las diversas funciones cognitivas, como son la memoria, la orientación, el pensamiento, el lenguaje o la percepción. Todos los pacientes fueron intervenidos según la técnica habitual, mediante una reducción bajo control con fluoroscopia e implantación de clavo intramedular de forma mínimamente invasiva. A todos los pacientes se les extrajo un hemograma a las 24 horas de la cirugía. La necesidad de transfusión sanguínea fue establecida según los siguientes criterios: pacientes hemodinámicamente estables y con niveles de Hb a las 24 h < 8g/dL o aquellos hemodinámicamente inestables con valores < 10 g/dL de Hb a las 24h 7. El trabajo se ha realizado siguiendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki de 1964, revisados en el año 2000. Análisis estadístico: Para las variables categóricas se calcularon las frecuencias absolutas y relativas, mientras que para las variables numéricas se calcularon la media y la desviación típica, siendo comparadas mediante los test de correlación X² y U de Mann-Whitney según el cumplimiento de los criterios de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Además, se realizó un análisis de regresión logística con las variables objetivo de estudio. Se consideró significación estadística un valor de p < 0,05 bilateral. Todos los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS v23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

RESULTADOS:

Quince pacientes fueron excluidos. Se incluyeron un total de 264 pacientes. 197 fueron mujeres (74,6%) y 67 hombres (25,4%), con una edad media de 81,06 ± 11,49 (60-101) años. El grado ASA predominante fue III, presente en 139 pacientes (55,9%) seguido del IV, presente en 59 pacientes (25,4%) y del II, hasta en 30 pacientes (12,9%). Respecto a los antecedentes personales, encontramos 191 paciente con HTA (72,3%), 91 pacientes con DM (34,5%), 37 pacientes con cardiopatía isquémica (14%), 57 pacientes con insuficiencia cardíaca de cualquier tipo (21,6%), 58 pacientes con FA crónica (22%), 27 pacientes con enfermedad cerebrovascular (10,2%), 34 pacientes con insuficiencia renal crónica (12,9%), 29 pacientes con EPOC (11%), 14 pacientes con hepatopatía de cualquier etiología (5,3%), 72 pacientes

presentaban demencia previa a la fractura (27,3%), 11 pacientes con enfermedad de origen reumático (4,2%), 35 pacientes con antecedente de patología oncológica o patología oncológica activa (13,4%) y 18 pacientes presentaban fractura de la cadera contralateral previa (6,9%). El tiempo medio de retraso entre el diagnóstico de la fractura y el momento de la cirugía fue de $4,11 \pm 3,06$ (0-23) días. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de $10,31 \pm 5,7$ (1-37) días. La puntuación media en la escala de Barthel fue de $38,1 \pm 27,28$ (0-100), de manera que, hasta 10 pacientes presentaban total independencia (4%), 50 pacientes presentaban dependencia leve (20%), 57 pacientes presentaban dependencia moderada (22,8%), 71 pacientes presentaban dependencia grave (28,4%) y 62 pacientes presentaban dependencia total (24,8%). La media de Hb previa a la cirugía fue $11,41 \pm 1,4$ (8,2-16,5) g/dL, la media de Hb a las 24h de la cirugía fue de $9,35 \pm 1,6$ (3,9-13,9) g/dL y la diferencia media de Hb antes y después de la cirugía fue de $2,11 \pm 1,57$ (0-7,4) g/dL. En 104 pacientes fue necesaria la transfusión de 2 concentrados de hematies durante el ingreso hospitalario (39,2%). En lo que respecta a la mortalidad postoperatoria, un total de 68 pacientes (25,7%) fallecieron durante el primer año tras la intervención, presentando un retraso medio desde la aparición de la fractura hasta la cirugía de $4,63 \pm 3,91$ (0-15) días, frente a $4,21 \pm 3,19$ (0-23) días en los 196 pacientes (74,3%) que no fallecieron durante el primer año. En el grupo de pacientes fallecidos, 21 fallecieron durante el ingreso hospitalario (30,8%), 17 pacientes fallecieron durante el primer mes tras la cirugía una vez fueron dados de alta hospitalaria (25%) y 30 pacientes fallecieron en el tiempo comprendido entre los primeros 30 días y el primer año tras la intervención (44,1%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grado dependiente total y la mortalidad global al año ($P=0,038$). El tiempo medio de fallecimiento intrahospitalario en estos pacientes fue de $11,8 \pm 5,42$ (1-24) días. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo medio de retraso entre el diagnóstico de la fractura y el momento de la cirugía y la mortalidad global ($P=0,331$). Los resultados pueden verse resumidos en la tabla 1. Delirium Postoperatorio. En cuanto al delirium postoperatorio, estuvo presente en 72 pacientes (27,3%). De ellos, 32 (44,4%) fallecieron durante el primer año tras la cirugía ($P=0,000$ OR 4,28 IC 95% 2,29-8,01) (Fig1), 9 pacientes (12,5%) fallecieron durante el ingreso ($P=0,1$), 10 pacientes (13,9%) fallecieron durante el primer mes tras la cirugía ($P=0,04$ OR 4,42 IC 95% 1,5-12,9) y 13 pacientes (18,1%) fallecieron en el periodo comprendido entre los primeros 30 días y el primer año tras la cirugía ($P=0,04$ OR 3,13 IC 95% 1,4-7,7) (tabla 2). Tras realizar un análisis de regresión logística multivariante con el resto de variables, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la aparición de delirium y la presencia de insuficiencia renal crónica ($P=0,01$) con un coeficiente Beta de 5,78 (IC 95% 1,5-21,4), la demencia ($P=0,000$) con un coeficiente Beta de 20,4 (IC 95% 7,15-58,99) y la edad mayor a 80 años ($P=0,016$) con un coeficiente Beta de 5,81 (IC 95% 1,39-24,32). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar la asociación de manera aislada entre la presencia de delirium y el grado ASA ($P=0,010$) o la enfermedad cerebro-vascular ($P=0,028$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la puntuación en la escala Barthel ($P=0,369$), los valores de Hb previos a la cirugía y la diferencia de Hb ($P=0,542$, $P=0,450$, $P=0,750$), ni tampoco con el tiempo de hospitalización ($P=0,073$), tiempo de espera para el tratamiento quirúrgico ($P=0,082$) y la aparición del delirium postoperatorio.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Existen múltiples factores de riesgo que influyen en la mortalidad tras la cirugía de la fractura trocantérica, entre los que destaca el retraso en la cirugía como factor más determinante 8, 9. Además, existen otros factores de riesgo con menor influencia en la mortalidad, entre los que se encuentran la edad superior a 65 años, el sexo, el número de enfermedades presentes en el paciente, el tipo de anestesia, el grado de dependencia previo a la fractura o la presencia de delirium postoperatorio 10, sin tener una clara predominancia de uno sobre otro, pudiendo observarse una mortalidad de hasta el 25% los pacientes intervenidos de fractura pertrocanterica mediante enclavado endomedular durante el primer año tras la cirugía 11, 12. Respecto al delirium postoperatorio, en línea con lo expuesto en el presente manuscrito, encontramos trabajos que lo relacionan con un incremento en la mortalidad durante el primer año tras una intervención por fractura de cadera. En el artículo publicado Schenning et al. se sugiere que este incremento en la mortalidad podría variar desde un 10% hasta un 70%, según el tipo de cirugía y método anestésico 13. También se ha descrito que hasta un 40% de los pacientes que sufren delirium postoperatorio nunca vuelven a recuperar el estado cognitivo previo al episodio 14. Así pues, el aumento en la morbi-mortalidad de estos pacientes ha llevado a establecer modelos de screening que permitan identificar a aquellos pacientes con mayor probabilidad de sufrir dicho cuadro, antes de llevarse a cabo la cirugía 15, 16, 17, siendo necesario un manejo multidisciplinar por unidades de ortogeriatría, que permita la prevención y abordaje de las complicaciones propias de estos pacientes 18. En nuestra serie hemos apreciado una mortalidad al año similar a la reflejada en la bibliografía 19 (25,7%), lo que sugiere que la presencia de delirium postoperatorio podría acompañarse de un aumento en la mortalidad durante el primer año de hasta 4 veces en este grupo de pacientes. Por otro lado, a diferencia de lo descrito en la literatura científica 8,9, no hemos encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo desde el ingreso y la intervención quirúrgica y su relación con la mortalidad global al año ($P=0,331$). Con nuestros resultados obtenidos, con un retraso de la cirugía medio de 4,11 días, podemos sugerir la menor influencia en la mortalidad por el retraso de la cirugía de manera aislada en nuestros pacientes si se intervienen en los primeros 4 días, como defienden Espinosa et al. en su trabajo, que reportan una mortalidad similar a la informada en otros estudios (31%) 19. Kim et al 17 desarrollaron un score predictor del riesgo de delirium en pacientes intervenidos de fractura de cadera, identificando como los principales factores de riesgo la presencia de delirium preoperatorio, la demencia preoperatoria, la edad superior a los 70 años, las comorbilidades médicas, el grado ASA, el grado de dependencia del paciente previo a la fractura, ser fumador, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y la necesidad de dispositivos de ayuda para la movilidad previos a la fractura. Por otro lado, Tao et al. 20 refiere que la presencia de resultados adversos en los test

de valoración del grado de dependencia y del estado mental previo a la fractura, son factores de riesgo independientes para la aparición del delirium postoperatorio, siempre que se hayan corregido las comorbilidades médicas del paciente durante su estancia hospitalaria. A este respecto, a pesar de lo mencionado, en nuestra serie únicamente observamos diferencias estadísticamente significativas en aquellos pacientes identificados como dependientes totales ($P=0,038$), sin encontrarse diferencias en los pacientes con menor grado de dependencia. Estos resultados son coincidentes con los propuestos por Kimura et al. 21, que relacionan los valores en la escala de Barthel < 30 puntos con un aumento del riesgo de mortalidad de hasta 5,4 veces. Además, tras realizar un análisis estadístico multivariado tan sólo se ha apreciado asociación estadísticamente significativa entre el delirium postoperatorio y la presencia de insuficiencia renal crónica, demencia y una edad superior a 80 años. En lo que respecta a las limitaciones de nuestro trabajo, encontramos las inherentes a un estudio de cohortes retrospectivo, así como un tamaño muestral limitado. Por otro lado, se consideraron únicamente los antecedentes personales recogidos en la historia clínica de los pacientes en el momento de ingresar con la fractura, sin evaluarse la influencia que pudiera tener la aparición de nueva patología relacionada con el proceso fractura de cadera. Además, no ha sido posible la recolección de datos objetivos que permitiesen valorar la recuperación del nivel cognitivo de los pacientes que desarrollaron delirium durante el postoperatorio. Con todo ello, podemos sugerir que la presencia de delirium postoperatorio en el paciente anciano con fractura trocantérica podría incrementar el riesgo de fallecimiento durante el primer año tras la cirugía.

CP003

PIE EQUINO VARO SUPINADO EN ADULTO TRAS SD.SUDECK (SDRC).**Autores:** González Cuadrado, A.V.; Prada Chamarro, E.; Ballester Alfaro, J.J.**Centro:** Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz y Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico excepcional por su poca frecuencia, no habiendo encontrado el autor en la literatura un caso similar antes descrito.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 51 años, derivado a la consulta especializada de pie y tobillo desde otra provincia para una segunda opinión, que presenta un pie equino, varo y supinado, tras historia de 7 años de evolución de un Sd. De Sudeck o SDRC. El paciente presentó en un inicio una fractura de peroné tipo B Weber en dicho tobillo que fue tratada mediante osteosíntesis con placa y tornillo interfragmentario. Al año de dicha fractura se le retiró el material de osteosíntesis al no progresar adecuadamente, tras lo cual el paciente desarrolla el SDRC y la deformidad severa del retropié, que impide la deambulación.

RESULTADOS:

El paciente fue tratado conservadoramente con fisioterapia, medidas farmacológicas e incluso en la clínica del dolor mediante un neuroestimulador, fracasando todas estas opciones. Por nuestra parte, realizamos una cirugía de artrodesis tibiotalar y subtalar mediante clavo intramedular, con el objetivo de volver a colocar un pie plantígrado, con el que poder deambular y disminuir en la medida de lo posible el dolor que presenta. Evoluciona favorablemente.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El SDRC es una entidad muy difícil de manejar, es importante planificar un algoritmo de tratamiento adecuado que incluya un equipo multidisciplinar para abordar este tipo de patología, que requiere de un diagnóstico y actuación temprana para evitar complicaciones mayores.

CP004

FRACTURAS DEL PROCESO LATERAL DEL ASTRÁGALO. DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.**Autores:** Jiménez Garrido, C.; Rodríguez Delourme, I.; Durán Garrido, F.J.; Quirante Sánchez, V.**Centro:** Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La fractura del proceso lateral de astrágalo se considera “fracturas periféricas del astrágalo”, correspondiendo al 20% de todas las fracturas del astrágalo. Su etiología más frecuente es el traumatismo durante la realización del snowboard, seguido de las caídas durante escalada y accidentes de tráfico. Además, hasta un 40-50% esta lesión se diagnostica como esguince de LPAA. Según el tipo de fractura, se debe realizar un tratamiento específico, pudiendo ser conservador, osteosíntesis con placa o tornillos o escisión de fragmentos. Nuestro objetivo es analizar los resultados tras la reducción abierta y fijación interna con placa LCP en T en dicha fractura.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 30 años que sufre caída escalando con traumatismo en el tobillo en dorsiflexión forzada, inversión y valgo. Acude a urgencias con tumefacción importante, dolor e impotencia funcional. Se realizó radiografía simple de tobillo en plano AP y lateral evidenciándose fractura del proceso lateral de astrágalo, que precisó de realización de TC para confirmar lesión y planificación quirúrgica. Se identificó como fractura Tipo IIIB de la clasificación de McCarty-Bladin modificada con fragmento mínimo a nivel de articulación subastragalina. Se colocó férula algodonada y se programó cirugía para reducción abierta y fijación interna con placa LCP en T premoldeada y preformada. Se realizó abordaje de Ollier y se colocó distractor para extracción de fragmentos a nivel de subastragalina posterior. Posteriormente, redujo y estabilizó fragmento principal con aguja K y se colocó placa LCP en T con tornillos bloqueados. Se comprobó la correcta estabilidad y reducción de la fractura mediante radioscopia.

RESULTADOS:

Se inmovilizó con férula suropédica durante 2 semanas, retirándose inmovilización y permitiéndole la movilidad activa sin carga hasta las 6 semanas. Posteriormente se autorizó carga parcial con dos muletas con retirada progresiva de muletas a las 12 semanas. A los 6 meses del tratamiento, el paciente presenta una escala AOFAS de 82 y realiza actividades deportivas de bajo impacto.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La fractura del proceso lateral de astrágalo supone un reto quirúrgico por la dificultad en el diagnóstico y tratamiento correcto, encontrando buenos resultados si se intervienen de manera precoz y bajo las correctas indicaciones.

CP005

OSTEOTOMÍA VARIZANTE Y RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO FEMOROPATELAR MEDIAL (LPFM) EN RODILLA POSTRAUMÁTICA.

Autores: Montero Páez, B.; Jiménez López-Rey, Á.; López Lobato, R.; Martínez Sánchez, A.

Centro: Hospital de la Merced, Osuna. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentar el caso de una paciente joven con genu valgo grave e inestabilidad femoropatelar por secuela postraumática.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 26 años que sufre fractura supracondílea de fémur derecho en la infancia por atropello, tratada de forma conservadora. A consecuencia de la fractura desarrolla un valgo de rodilla de 17º y una inestabilidad femoropatelar que provoca luxaciones rotulianas frecuentes. Esto genera artrosis prematura en compartimento femorotibial externo, dolor y limitación de las actividades diarias de la paciente. Se solicita estudio telemétrico para medición del valgo. En resonancia magnética se aprecian cambios degenerativos a nivel rotuliano y cóndilo externo. En TAC se realizan mediciones para el tratamiento de la inestabilidad: Caton e Insall 1.1mm, TAGT 20mm, ángulo de inclinación patelar 20º y lateralización patelar 14mm.

RESULTADOS:

Mediante abordaje lateral de fémur se realiza osteotomía varizante de adición fijada con placa Tomofix®, rellenando la osteotomía con injerto tricortical de cresta ilíaca autóloga. Se comprueba la correcta alineación del miembro. A continuación, se procede a la reconstrucción del LPFM con injerto autólogo de semitendinoso. Se realiza anclaje patelar con 2 arpones iconix® de 1.4mm mediales y fijación femoral en punto anatómico con tornillo biosteon® interferencial de 8mm x 23mm.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Una de las complicaciones más temidas de las fracturas de fémur son las deformidades angulares, que si no se tratan evolucionan a desarrollo precoz de artrosis. Las osteotomías de la rodilla constituyen una opción de tratamiento para la artrosis unicompartmental en pacientes jóvenes, retrasando la necesidad de protetización. La más usada para el tratamiento del valgo de rodilla es la osteotomía varizante femoral de adición fijada con placa.

Las fracturas de fémur constituyen un evento grave producido generalmente por mecanismos de alta energía, generando una importante morbilidad.

Entre las complicaciones derivadas de la propia fractura y de su tratamiento se encuentran acortamientos, alteraciones de la rotación y angulación, contracturas e inestabilidades de la rodilla, pseudoartrosis y lesiones vasculo-nerviosas, que pueden desembocar en limitaciones funcionales muy graves para el paciente.

Las deformidades angulares si no se tratan evolucionan a desarrollo precoz de artrosis.

Las osteotomías de la rodilla constituyen una opción de tratamiento para la artrosis unicompartmental en pacientes jóvenes, retrasando la necesidad de protetización. La más usada para el tratamiento del valgo de rodilla es la osteotomía varizante femoral de adición fijada con placa.

CP006

INESTABILIDAD DE RODILLA EN DEPORTISTA TRATADA MEDIANTE RECONSTRUCCIÓN COMBINADA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO ANTEROLATERAL.**Autores:** Montero Páez, B.; Jiménez López-Rey, Á.; López Lobato, R.; Martínez Sánchez, A.**Centro:** Hospital de la Merced, Osuna. Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Presentar un caso clínico con abundante iconografía y descripción de la técnica de reconstrucción combinada del LCA y el LAL de la rodilla

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 25 años con sensación de inestabilidad de rodilla derecha tras giro brusco mientras jugaba al baloncesto. En RNM se aprecia esguince grado III del ligamento colateral interno y rotura intrasustancia del LCA. En la exploración destaca un cajón anterior y Lachman positivo y un test de Pivot shift muy evidente. Se somete al paciente a una artroscopia de rodilla derecha donde se confirma la lesión del LCA, estando LCP y meniscos íntegros. Se procede a la reconstrucción del LCA con plastia de semitendinoso más recto interno mediante técnica Procinch anatómico, fijada en tibia mediante tornillo interferencial. Dada la inestabilidad inicial se procede a la reconstrucción del LAL por técnica anatómica con plastia de cadáver de Aquiles, que es fijada mediante dos tornillos interferenciales en tibia y fémur.

RESULTADOS:

Tras seis meses de rehabilitación, el paciente retomó su actividad deportiva con normalidad, no refiriendo en la revisión anual inestabilidad ni molestia alguna.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La tasa de ruptura del injerto, el retorno al deporte y la inestabilidad rotacional siguen siendo una preocupación después de la reconstrucción del LCA. Se recomienda la reconstrucción del LAL en los siguientes casos: revisión de LCA, ruptura crónica LCA, Pivot shift de alto grado, pacientes jóvenes que realicen actividades deportivas pivotantes y en reparaciones de menisco interno con rotura de LCA. En general, la reconstrucción combinada de LCA y LAL proporciona resultados prometedores que pueden disminuir las tasas de ruptura del injerto, al tiempo que proporciona excelentes resultados funcionales.

El ligamento anterolateral (LAL) es una estructura que actúa como un estabilizador lateral de la rodilla que ayuda a mejorar la estabilidad rotacional. Para mejorar los resultados funcionales y clínicos se ha propuesto una reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA) combinada con una reconstrucción del ligamento anterolateral en determinados pacientes.

La tasa de ruptura del injerto, el retorno al deporte y la inestabilidad rotacional siguen siendo una preocupación después de la reconstrucción del LCA.

Se recomienda la reconstrucción del LAL en los siguientes casos: revisión de LCA, ruptura crónica LCA, Pivot shift de alto grado, pacientes jóvenes que realicen actividades deportivas pivotantes y en reparaciones de menisco interno con rotura de LCA.

En general, la reconstrucción combinada de LCA y LAL proporciona resultados prometedores que pueden disminuir las tasas de ruptura del injerto, al tiempo que proporciona excelentes resultados funcionales.

CP007

ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA Y CADERA EN PACIENTE CON TALLA BAJA IDIOPÁTICA.**Autores:** Raya Roldán, D.; Gallardo Ripoll, D.; González Gutiérrez, J. A.**Centro:** Hospital de Poniente, El Ejido. Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La talla baja es un cuadro relativamente infrecuente en la consulta de traumatología. Ésta suele asociarse a enfermedades endocrino metabólicas desde la edad pediátrica. La consulta más frecuente realizada a nuestro servicio es para evaluación la clínico-terapéutica de problemas articulares en el adulto.

Las pruebas radiológicas para llegar al diagnóstico de las alteraciones óseas que pueden asociar serían las radiografías simples y el TAC.

El conocimiento de este tipo de patología es de capital importancia para el correcto tratamiento ortopédico del mismo, al que además se suma la dificultad por las deformidades anatómicas.

Describir el abordaje terapéutico ortopédico en un paciente adulto que presenta displasia de cadera bilateral, gonartrosis bilateral y talla baja idiopática asociada.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 32 años, 34 kg de peso y 130 cm de altura, de origen marroquí que padece cuadro de talla baja no estudiado previamente en su país de origen. A la exploración apreciamos una talla baja proporcionada, deformidad severa en valgo del miembro inferior izquierdo, dismetría, dolor en la rodilla izquierda e inguinal bilateral. Limitación a la movilidad de ambas caderas, pero más acentuada en la cadera izquierda. Solicitamos estudio radiológico completo con Rx AP, axiales de caderas y completamos el estudio con telemetría de miembros inferiores y TAC 3D. Se operó en primer lugar de artroplastia total constreñida de rodilla izquierda por dolor incapacitante y deformidad en valgo. Componentes ATR: Prótesis semiconstreñida de vástago largo (LCCK). En relación con la cadera izquierda fue operada 3 meses después de la rodilla. Previo a la artroplastia y en el mismo acto quirúrgico se llevó a cabo una tenotomía de los aductores para facilitar la cirugía y mejorar la recuperación funcional. Se realizó un abordaje posterior. El vástago utilizado para la artroplastia total de cadera fue un Novation® (Exactech) con el vástago más pequeño de este modelo sin cementar (talla 8). El tamaño del cotilo fue de 38 mm también de la misma casa comercial. Utilizamos dos tornillos de fijación de 20 mm. El inserto usado fue polietileno con ceja posterosuperior y la cabeza metálica de 22mm.

RESULTADOS:

Intraoperatoriamente se consiguió un rango de movilidad correcto y una buena estabilidad del implante. Postoperatoriamente valoramos el resultado funcional consiguiendo una flexión de cadera intervenida de 80º y extensión completa al mes de la intervención. El paciente no refiere dolor de la cadera ni rodilla operadas, pero sí de la otra cadera, la cual está pendiente de intervención por displasia alta de cadera (Hartofilakidis tipo III).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

- El estudio clínico y radiológico completo es esencial para el correcto tratamiento de estos pacientes.
- El abordaje posterior facilita el trabajo sobre el acetábulo y permite la realización de osteotomías en caso necesario.
- La planificación preoperatoria es esencial en este tipo de casos y se debe contar con implantes especiales de tamaño pequeño para estos pacientes.
- La tenotomía de los aductores es un gesto quirúrgico que ayuda a la hora de realizar la artroplastia y mejorar la movilidad de la cadera.
- Consideramos importante que el postoperatorio debe estar basado en el principio general de movilización y carga precoz.

CP008

RECAMBIO VÁSTAGO CORTO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA CON AFLOJAMIENTO ASÉPTICO.

Autores: Raya Roldán, D.; González Gutiérrez, J. A.; Ruiz García, S. P.

Centro: Hospital de Poniente, El Ejido. Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Describir el abordaje terapéutico en un paciente con aflojamiento aséptico de vástago corto tras traumatismo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 52 años de edad, intervenido en 2016 de PTC por diagnóstico de coxartrosis grado 2 de Tönis en el contexto de un pinzamiento fémoroacetabular tipo CAM derecha. Componentes utilizados en su intervención de 2016: PTC no cementada con vástago corto Evolution® (MBA®) con par de fricción metal-tribofit®, vástago del 9 High Offset, cuello L, acetábulo 50, Tribofit® 44, cabeza metálica 38 (JRI®). Acude a consulta en Enero de 2019 tras traumatismo desde 2 metros de altura, afebril, sin alteraciones de los parámetros infecciosos analíticos, con dolor sobre todo en cada anterior del muslo derecho y rodilla derecha. Radiografía convencional sin alteraciones óseas agudas. Desde entonces dolor incontrolado irradiado a la rodilla. Solicitamos Gammagrafía (Tc99m.Disfosfonato) que indica ser sugestiva de movilización de componente distal de PTC. Planteamos recambio protésico de vástago corto por vástago primario estándar. Intraoperatoriamente extraemos vástago corto Evolution® (MBA®), cabeza metálica de 38 mm de diámetro (JRI®) e inserto de policarbonato uretano (TriboFit®). Cotilo implantado correctamente sin signos de aflojamiento en el momento de la intervención y gammagrafía negativa a aflojamiento de cotilo, por lo que decidimos no recambiarlo. Implantación de vástago estándar Furlong® número 11 no cementado, cuello L High Offset, cabeza metálica 38 e inserto de policarbonato uretano (TriboFit®).

RESULTADOS:

Paciente fue dado de alta a los 10 días con cultivo general microbiológico y tinción de gram negativos a infección. Sin dolor y con balance articular sin limitaciones. Deambula sin ayuda de andador. Dismetría 0,5.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los vástagos cortos en artroplastias totales de cadera pueden considerarse muy buena opción ante la terapéutica de la patología grave de cadera en el paciente joven y con buena calidad ósea. 2. Entre las ventajas de usar vástagos cortos de cirugía protésica en pacientes jóvenes y con buena calidad ósea podemos destacar que no hay destrucción del

trocánter mayor a la hora de la implantación del vástago y por tanto también menor afectación muscular glútea, lo que acelera la recuperación y rehabilitación postoperatoria, además de reducir el dolor tras la intervención. 3. Estas ventajas nos permiten tener esta opción terapéutica en este tipo de pacientes con patología grave de cadera (como puede ser la osteonecrosis avascular de cabeza femoral en un paciente joven), teniendo en cuenta la posibilidad de un recambio futuro si fuese necesario sin gran agresividad quirúrgica, al haber podido conservar un mayor stock óseo. 4. Aún hay falta de estudios comparativos, a igualdad de patología y edad, entre el uso de vástagos cortos conservadores de stock óseo y vástagos estándar tradicionales.

CP009

FRACTURA DE HOFFA CONMINUTA DE CÓNDILO FEMORAL MEDIAL ASOCIADA A LA FRACTURA SEGMENTARIA DE TIBIA.

Autores: Raya Roldán D., Ruiz García S. P., Martínez Espinosa M.

Centro: Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El objetivo de esta comunicación es revisar el caso de un paciente joven que tras un accidente de tráfico, presenta una fractura segmentaria de tibia extraarticular, fractura proximal de peroné y fractura conminuta de cóndilo femoral medial (fractura de Hoffa).

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 33 años que acude al servicio de urgencias tras ser atropellado en la vía pública. A la exploración consciente, orientado, eupniico, sin pérdida de conocimiento tras impacto. Dolor acusado en rodilla izquierda con herida puntiforme en pierna sin exposición ósea. Palpación abdominal dolorosa en hipocondrio izquierdo por lo que se solicita TC abdominal que es negativa para lesiones de órganos viscerales abdominales. Exploración vásculo-nerviosa: pulsos periféricos conservados pero imposibilidad para la flexión dorsal del tobillo y dedos. Tras estudio radiológico se le diagnostica: fractura segmentaria de tibia abierta grado I asociada a fractura de peroné proximal y lesión de nervio CPE. Se decide intervenir al paciente de urgencias el mismo día de llegada al hospital. En esta primera intervención se realiza un abordaje anterolateral mínimamente invasivo a doble nivel, reducción de la fractura de tibia y fijación mediante placa LCP puente. Postoperatorio inmediato: persiste dolor en la rodilla y en RX de control se aprecia fractura de Hoffa que había pasado desapercibida en un primer tiempo diagnóstico al centrar la atención en la fractura de tibia y por la mala calidad de controles radiográficos. Decidimos reintervenirlo mediante abordaje postero-medial subvasto de rodilla, respetando el ligamento lateral interno, y realizando reducción abierta y fijación mediante 2 tornillos canulados de 7 mm de rosca parcial en sentido antero-posterior, 2 tornillos canulados (Mini Acutrak) sin cabeza para fragmento intraarticular dejándolos enterrados subcondral y aguja de Palmer.

RESULTADOS:

A los 11 meses presenta: consolidación de las fracturas, ausencia de dolor, marcha sin claudicación, con limitación parcial activa de la flexión dorsal del pie y llegando a flexionar hasta 110º la rodilla afecta.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

- Un buen estudio clínico y radiológico completo es esencial para el correcto tratamiento de estos pacientes.
- Es de vital importancia conocer este patrón de fractura para evitar que pase desapercibido ante traumatismos de alta energía sobre rodillas.
- Se debe de tener un alto índice de sospecha de fracturas de Hoffa, tanto en pacientes jóvenes con traumatismos de rodilla de alta energía como en pacientes mayores de 60 años independientemente de la energía del traumatismo.
- Es importante conocer la variedad de posibilidades de osteosíntesis que podemos utilizar siempre teniendo en cuenta la morbilidad del paciente y el trazo fractuario específico, no existiendo consenso hasta la fecha.
- El objetivo del tratamiento quirúrgico es obtener la reducción anatómica de la superficie articular, con una fijación interna estable que restaure la función y permita la rehabilitación precoz.
- Consideramos importante una reducción anatómica y estable en este tipo de fracturas para evitar complicaciones posteriores como la rigidez de rodilla o artrosis postraumática.

CP010

LESIÓN STENER - LIKE DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL.

Autores: Rojas Leandro, A.; Rodríguez Rey, C.; Romero Passas, R.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Evaluar la efectividad diagnóstica y terapéutica de esta lesión para aumentar la calidad de vida y reducir las posibles complicaciones en su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Describimos dos casos con lesión stener-like. el primer caso es un varón de 35 años que asocia lesión del lca, del lcm y del tendón rotuliano. el otro caso es otro varón de 40 años que presenta una lesión del lcm y del lca. en ambos casos el complejo posteromedial no está lesionado en rmn ni en la exploración. en ambos casos se hizo una reparación del lcm en su porción superficial mediante anclajes y sutura. en el primer caso se reparó el tendón rotuliano en el mismo acto. en ambos casos no se reparó el lca. ambos fueron tratados con una férula posterior durante 2 semanas y después 1,5 meses con una ortesis estabilizadora varo-valgo.

RESULTADOS:

TRAS UN SEGUIMIENTO DE 5 Y 2 MESES RESPECTIVAMENTE, AMBOS PACIENTES PRESENTAN UNA RODILLA ESTABLE A LA EXPLORACIÓN VARO-VALGO, SIN DOLOR, CON PIVOT SHIFT NEGATIVO Y CON UN RANGO DE MOVILIDAD DE 110 Y 100º RESPECTIVAMENTE. ACTUALMENTE NINGÚN PACIENTE HA VUELTO A SU ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

SE TRATA DE UNA LESIÓN POCO FRECUENTE QUE PUEDE SER DIAGNOSTICADA Y TRATADA ERRÓNEAMENTE COMO UN ESGUINCE DEL LCM, DEJANDO UNA RODILLA INESTABLE QUE NO CURARÁ CON TRATAMIENTO CONSERVADOR. DEBE MOSTRARSE ESPECIAL ATENCIÓN A LA POSIBLE LESIÓN DEL COMPLEJO POSTEROMEDIAL, QUE DEBE SER REPARADA PARA QUE LA REPARACIÓN DEL LCM NO FRACASE. EL TRATAMIENTO DE LA LESIÓN DEL LCA ASOCIADA PUEDE TRATARSE EN UN SEGUNDO TIEMPO.

LA LESIÓN STENER-LIKE DEL LCM DE LA RODILLA ES UNA LESIÓN POCO FRECUENTE QUE AFECTA A LA PORCIÓN SUPERFICIAL, DE TAL FORMA QUE AL DESINSERTARSE DISTALMENTE, LOS TENDONES DE LA PATA DE GANSO SE INTERPONEN E IMPIDEN LA CICATRIZACIÓN EN SU CORRECTA INSERCIÓN, DEJANDO UNA INESTABILIDAD SIN TOPE LIGAMENTARIO EN LA EXPLORACIÓN DEL VALGO A 30º DE FLEXIÓN, PUDIENDO SER ESTABLE EN EXTENSIÓN. ES IMPORTANTE DESCARTAR LESIONES ASOCIADAS, SOBRE DEL LCA Y DEL COMPLEJO POSTEROMEDIAL. SI NO TRATAMOS ADECUADAMENTE LA LESIÓN DEL COMPLEJO POSTEROMEDIAL, LA REPARACIÓN DEL LCM PUEDE FRACASAR POR UNA FALTA DE ESTABILIDAD ROTACIONAL.

CP013

INFECCIÓN POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN PACIENTE CON SARCOMA PÉLVICO TRATADO MEDIANTE HEMIPELVECTOMÍA Y PRÓTESIS DE ANCLAJE ILÍACO.

Autores: Durán Garrido, F.J.; Rodríguez Delourme, I.; Jiménez Garrido, C.; Gómez Palomo, J.M.; Estados Rubio, F.J.; Santos Lafuente, J.

Centro: Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro trabajo es presentar un caso de infección por listeria en una paciente con sarcoma pélvico, sometida a una hemipelvectomía con reconstrucción mediante prótesis de anclaje ilíaco, realizando, además, una revisión de la literatura científica publicada al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de una paciente de 75 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés. No había sido sometida a cirugías previas ni poseía hábitos tóxicos. La paciente fue valorada en la consulta de tumores del aparato locomotor, donde se estableció el diagnóstico de hemangioendotelioma epiteloide de alto grado de localización acetabular, con afectación del fondo, columna anterior, posterior e isquion. En el estudio de extensión se descartó enfermedad metastásica. Tras valorar la exploración física y pruebas complementarias, se decidió llevar a cabo una resección amplia de la hemipelvis y fémur proximal afectados, con una reconstrucción mediante prótesis de anclaje ilíaco. Previa a la intervención, el servicio de radiología intervencionista realizó una embolización selectiva de los vasos sanguíneos implicados para minimizar el riesgo de sangrado intraoperatorio. Se administró profilaxis antibiótica una hora antes de comenzar la intervención con cefazolina 2 gr IV, según el protocolo establecido en nuestro centro hospitalario. El tiempo estimado de cirugía fue de 360 minutos, repitiéndose una dosis antibiótica de 1 gr de cefazolina a los 120 y a los 240 minutos del comienzo. Al finalizar la cirugía se colocaron dos drenajes aspirativos, que fueron retirados a las 48 horas de la intervención. Durante el procedimiento quirúrgico, la paciente requirió una transfusión de 3 concentrados de hemáties. Se pautó antibioterapia profiláctica con 1 gr de cefazolina cada 8 horas durante las 72 horas posteriores al procedimiento. A los 14 días de la intervención la paciente comenzó a presentar fiebre de hasta 38.5 grados. En la analítica de sangre se evidenció un recuento de 23000 leucocitos*mm³ y 91% de neutrófilos, solicitándose además una radiografía de tórax, hemocultivos, un cultivo de orina y un TC toracoabdominopélvico, que

puso de manifiesto la presencia de una colección periprotésica. Motivado por ello, se decidió realizar una punción ecoguiada de la misma (Fig.1), extrayendo varias muestras, con aspecto purulento, que fueron enviadas a microbiología para cultivo y antibiograma (Fig.2). Asimismo, se llevó a cabo una limpieza y desbridamiento quirúrgico, con recambio de componentes móviles, que fueron enviados para sonicación. Durante el procedimiento se recogieron hasta 6 muestras para cultivo. Respecto a las muestras extraídas mediante punción ecoguiada, con la tinción de Gram se apreciaron bacilos Gram positivos, y el cultivo en Agar Sangre puso de manifiesto la presencia de *Listeria Monocytogenes*. Posteriormente, los cultivos intraoperatorios confirmaron la infección por *Listeria*, instaurándose una pauta antibiótica intravenosa con ceftriaxona y ampicilina, que tras obtener los resultados del antibiograma, fue sustituida por gentamicina y ampicilina. La paciente evolucionó de forma favorable durante el ingreso hospitalario, con una cicatrización adecuada de las heridas y un descenso progresivo en los reactantes de fase aguda. La antibioterapia intravenosa se mantuvo hasta completar 30 días de tratamiento, momento en que la paciente fue dada de alta a su domicilio con una pauta de amoxicilina y trimetoprim-sulfametoxazol, que se mantuvo hasta completar 12 semanas de tratamiento. De forma ambulatoria, la paciente fue sometida a un programa personalizado de rehabilitación, que permitió la reeducación de la marcha.

RESULTADOS:

La paciente acudió a revisiones periódicas en la consulta de traumatología e infectología, presentándose una evolución satisfactoria de la herida y los marcadores analíticos de infección, de manera que la PCR alcanzó valores compatibles con la normalidad a los 40 días del alta hospitalaria. Actualmente, con 24 meses de evolución desde el momento de la cirugía, la paciente continúa asintomática desde el punto de vista infeccioso, deambulando sin ayuda y sin dolor.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La infección por *Listeria* es una complicación muy rara en cirugía ortopédica, tratándose en la mayoría de los casos de un patógeno alimentario. A pesar de ello, en pacientes inmunodeprimidos o con factores de riesgo, como una enfermedad oncológica, diabetes, enfermedad renal o hepática, el germen puede alcanzar el torrente sanguíneo, a través del sistema linfático, y producir una infección de prótesis articular (2). En cirugía protésica, debemos diferenciar la infección aguda, que al igual que en nuestra paciente, aparece en el primer mes tras la cirugía, de la infección subaguda o crónica (3). Por lo general, las infecciones agudas y subagudas son adquiridas en el periodo perioperatorio, mientras que las infecciones crónicas suelen relacionarse con la vía hematógena. La infección aguda suele manifestarse con dolor y tumefacción articular de aparición súbita, así como con la presencia de fiebre y malestar general. En lo que respecta a la infección crónica, por el contrario, podemos apreciar dolor subagudo, la presencia de una fístula, e incluso el aflojamiento de los componentes protésicos. Respecto a la infección protésica por *Listeria* en el ámbito de la cirugía ortopédica, tiene una incidencia muy escasa, siendo la mayoría de los casos reportados pacientes con artroplastia de cadera (1,4). El caso clínico presentado se correspondería con el primer caso reportado en la literatura científica de infección protésica por *Listeria Monocytogenes* en una paciente con sarcoma pélvico tratado mediante hemipelvectomía y reconstrucción con prótesis de anclaje ilíaco. La infección por *Listeria* suele ser menos agresiva que una infección por *S. Aureus*, lo que puede conducir a un retraso en el diagnóstico, y por consiguiente, un retraso en el inicio del tratamiento. Por otro lado, en ocasiones resulta difícil establecer el diagnóstico de infección protésica, debido a que determinados microorganismos, como es el caso de la *Listeria Monocytogenes*, son capaces de crear un biofilm que dificulta el diagnóstico con las herramientas diagnósticas habituales. Se han descrito diversos procedimientos, como la sonicación, utilizado en el caso expuesto, o determinados compuestos químicos, que pueden ayudar a solucionar este problema (5). Por regla general, la *Listeria* suele tener sensibilidad *in vitro* a diversos antibióticos, siendo el fármaco de elección la ampicilina o la penicilina G. No obstante, el retraso en la acción de estos antibióticos hace que, en determinados pacientes, como el caso presentado, sea necesario asociar una pauta con gentamicina para obtener una sinergia (6,7). En pacientes alérgicos puede sustituirse por trimetoprim-sulfametoxazol. Al igual que se realizó en nuestra paciente, la pauta antibiótica debe ser prolongada, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos (8), recomendándose un tratamiento de al menos 3 semanas con antibioterapia intravenosa, seguido de hasta 3 meses con antibioterapia vía oral. En el caso que nos atañe encontramos diversos factores que incrementan el riesgo de infección protésica, entre los que se encuentran la realización de una hemipelvectomía con posterior reconstrucción mediante prótesis, que aumenta el riesgo de infección con respecto a aquellos pacientes donde únicamente se realiza una resección amplia (9). Por otro lado, también se ha relacionado con un incremento en el riesgo de infección postoperatoria la necesidad de transfusiones (10,11) o una duración prolongada de la cirugía. Podemos concluir que, aunque la infección de prótesis articular por *Listeria Monocytogenes* es muy infrecuente, debe ser tenida en cuenta en pacientes con factores de riesgo, incluso en aquellos casos con cultivos negativos, precisando en ocasiones la utilización de herramientas diagnósticas adicionales como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), determinados test químicos o la sonicación de los implantes. En ocasiones su presentación clínica es poco agresiva, lo que puede dificultar la realización de un diagnóstico y tratamiento precoz.

CP014

EPIFISIOLISIS PROXIMAL DE CLAVÍCULA ASOCIADA A LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR IPSILATERAL EN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS. EXPOSICIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**Autores:** Fernández Hijano, M.R.; Lombardo Torre, M.; Saadouli Arco, M.; Leiva Gea, A.**Centro:** Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Las lesiones traumáticas esternoclaviculares son una entidad rara que representan el 1% de las luxaciones, y el 3% de los procesos traumáticos en el hombro.

En la mayoría de los casos, la lesión se produce como consecuencia de un traumatismo indirecto de alta energía sobre el hombro y el tórax. Un número menor de casos son secundarios a traumatismos de baja energía, produciendo luxaciones recidivantes.

Según la clasificación de Allman, las luxaciones esternoclaviculares se pueden dividir en 3 grupos desde un punto de vista clínico:

- Grado I: Estabilidad de la articulación esternoclavicular y dolor mínimo.
- Grado II: Estabilidad de la articulación esternoclavicular. Tumefacción y dolor con mínima deformidad.
- Grado III: Verdadera luxación esternoclavicular (anterior o posterior). Gran dolor, tumefacción y deformidad.

La asociación de epifisiolisis proximal de clavícula con una luxación esternoclavicular ipsilateral es una rara lesión traumática, con una publicación en la literatura casi nula (12 casos publicados). Los casos en los que la fractura de clavícula se localiza en el 1/3 proximal de la misma son todavía más raros. Esta lesión ocurre generalmente en adolescentes y adultos jóvenes (si existe un retardo de fusión del núcleo epifisiario) como consecuencia de una pérdida de contacto (con o sin fractura) entre la clavícula y el núcleo epifisiario, debido a que esta es la zona más débil en esta área anatómica en pacientes menores de 23-25 años.

Para visualizar la articulación esternoclavicular, la radiografía simple sigue siendo el método de elección, mediante la proyección de Rockwood; sin embargo, el TC y la RMN ofrecen más información y se podrían utilizar como estudio complementario.

Las luxaciones anteriores y la disrupción fisaria proximal de clavícula pueden tratarse de forma conservadora; sin embargo, se recomienda tratamiento quirúrgico cuando existe un gran desplazamiento que además pueda comprometer la piel.

El manejo quirúrgico de estas lesiones no está claramente definido debido a la extrema infrecuencia de la misma, por lo que existen varios métodos de fijación como la osteosíntesis con placa, agujas, cerclaje o tornillos canulados, sin que ninguno de ellos haya demostrado superioridad con respecto a los demás. Además, según algunos autores, la restauración de las estructuras anatómicas capsulo-ligamentosas es esencial, y ésta se puede combinar o no con métodos de osteosíntesis.

MATERIAL Y MÉTODO:

El caso se trata de un adolescente de 14 años que acudió al servicio de urgencias de nuestro centro por dolor e impotencia funcional en la zona proximal de la extremidad superior izquierda tras sufrir una caída casual en el instituto cuando realizaba educación física.

En la exploración física, no existía deformidad en charretera en hombro izquierdo; sin embargo, se apreciaba una evidente tumefacción y crepitación en el tercio proximal de la clavícula izquierda. La exploración neurovascular del miembro afecto fue estrictamente normal.

En cuanto a las pruebas radiológicas, se realizó una radiografía simple que evidenció una fractura-luxación esternoclavicular, por lo que se solicitó un TC que se informó como fractura con desplazamiento anterior del tercio proximal de clavícula izquierda, asociando un fragmento aislado, así como fractura no desplazada de cuerpo de escápula y fractura no desplazada de acromion.

Tras una valoración exhaustiva de las pruebas de imagen y dada la inestabilidad de la lesión al intentar una reducción cerrada y el riesgo de lesión vascular, se decidió tratamiento quirúrgico de la misma.

La intervención se llevó a cabo mediante un abordaje transversal sobre la articulación esternoclavicular, se realizó reducción abierta de la fractura-luxación, apreciándose estabilidad de la misma tras suturar la cápsula articular, por lo que se decidió no implantar ningún tipo de material de osteosíntesis.

RESULTADOS:

Posterior a la cirugía, se decidió una inmovilización con cabestrillo durante un mes, siendo la primera revisión a las 2 semanas de la cirugía. La reducción de la fractura-luxación se mantuvo en todo momento.

Después del mes de inmovilización, el paciente comenzó con ejercicios de rehabilitación progresiva. Actualmente, el rango de movilidad de la extremidad intervenida es total y sin dolor.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La epifisiolisis proximal de clavícula asociada a una luxación esternoclavicular es una entidad tremendamente infrecuente, con sólo 12 casos publicados en la literatura, por lo que sigue siendo un reto diagnóstico y terapéutico.

Esta lesión es más frecuente en pacientes adolescentes que sufren traumatismos indirectos sobre el hombro.

El método diagnóstico de elección consiste en la realización de radiografía simple mediante la proyección de Rockwood.

El manejo quirúrgico de este tipo de lesiones es muy heterogéneo, e incluye métodos de reducción abierta asociados o no a la implantación de material de osteosíntesis e incluso la posibilidad de tratamiento ortopédico de la misma.

CP016

CIRUGÍA DE LAS SECUELAS: CUADRICEPLASTIAS DE JUDET EN CASOS DE RIGIDEZ EN EXTENSIÓN DE RODILLA.

Autores: Jiménez Santiago, J.M.; Quirante García, S.; López Urda, L.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La rigidez de la rodilla es una complicación potencial después de cualquier lesión intra o extraarticular. El tratamiento consiste en analizar la condición y liberar quirúrgicamente ciertas estructuras anatómicas según sea necesario. Robert y Jean Judet describieron su técnica consistente en un abordaje secuencial al aparato extensor de la rodilla con liberación de adherencias y desinserciones musculares para reestablecer los planos de deslizamiento del compartimento anterior del muslo.

Describir la técnica de Judet para aumentar el rango de movilidad de la rodilla en casos de complicaciones de fracturas de fémur con rigidez en extensión que condicionan una discapacidad grave.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 35 años intervenido de fractura supracondílea de fémur hace 18 años mediante placa condilar dinámica. Presenta gonalgia severa y un balance articular de 0-45°. Se valora cirugía de retirada de material así como liberación de aparato extensor.

La liberación abierta del cuádriceps se reserva para casos de rigidez de rodilla con flexión menor de 60° que limita la marcha y además tienen un componente extraarticular significativo. Es particularmente útil tras el uso de fijadores externos al abordar el lugar de anclaje de los pines. Se realiza con el paciente en decúbito supino y una combinación de anestesia raquídea y epidural que es útil para el tratamiento postoperatorio. La cirugía se lleva a cabo en varias etapas, verificando en cada paso la flexión alcanzada para decidir continuar o parar. Se necesitan dos abordajes: uno intraarticular para la artrolysis ya sea artroscópica o abierta; otro extraarticular para la liberación del cuádriceps. En la primera fase se liberan adherencias intraarticulares de rótula, fémur, fondos de saco y se seccionan los alerones rotulianos. En la segunda fase se eliminan las adherencias entre el cuádriceps, fascia y los tractos de los pines del fijador externo para restaurar los planos de deslizamiento anatómicos. El vasto lateral se separa de la línea áspera y el vasto intermedio de la cara anterior del fémur. Es importante realizar una hemostasia exhaustiva. En la tercera fase se libera el vasto lateral la línea intertrocanterica y si fuese necesario se desinserta el recto anterior en la espina iliaca anteroinferior. El cierre de la piel se realiza en la posición de máxima flexión conseguida.

RESULTADOS:

El objetivo es obtener 90-100° de flexión recordando que siempre existe una pérdida de flexión respecto al rango ganado intraoperatoriamente. Se debe realizar movilidad pasiva continua de forma inmediata controlando el dolor y la inflamación.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La rigidez en extensión de rodilla es una secuela frecuente tras traumatismos de fémur con daño severo en partes blandas o inmovilizaciones prolongadas. Judet propuso una cirugía que consta de una serie de fases secuenciales liberando los componentes que limitan la flexión de rodilla, teniendo la ventaja de detener la disección al alcanzar la

movilidad óptima. Es un procedimiento satisfactorio pero técnicamente demandante en el que el tratamiento postoperatorio protocolizado es de suma importancia.

CP017

PLASTIA DE DESCENSO V-Y PARA ROTURA CRÓNICA DEL TENDÓN DE AQUILES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Jiménez Santiago, J.M.; Cárdenas Grande, E.; Rojas Leandro, A.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las roturas crónicas del tendón de Aquiles son las que se presentan de cuatro a seis semanas después de la lesión original. El diagnóstico se basa, sobre todo, en la anamnesis y el examen clínico. La elección entre el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico dependerá del estado general del paciente y nivel de actividad física. La opción de tratamiento ortopédico es limitada y para la cirugía reconstructiva, se han descrito numerosas técnicas sin normas basadas en la evidencia para elegir el tipo de tratamiento quirúrgico a realizar. El objetivo principal es la restauración de la longitud y la tensión normal del tendón.

Destacar el tratamiento quirúrgico para las roturas crónicas del tendón de Aquiles mediante plastia tendinosa de descenso V-Y en defectos mayores de 5 cm, a propósito de un caso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 61 años con golpe directo en talón, diagnosticado mediante clínica y ecografía de rotura parcial del tendón de Aquiles. Tras tratamiento conservador fallido tras 12 semanas, persistencia de cojera y debilidad para flexión plantar, se solicita RMN que confirma rotura completa con retracción de fragmentos. Se lleva a cabo el tratamiento quirúrgico mediante desbridamiento del tejido fibroso cicatricial obteniendo un defecto de 7 cm y realizando un alargamiento V-Y con tenorrafia directa mediante sutura Krakow, consiguiendo posición del tobillo a 90º.

RESULTADOS:

No hubo complicaciones de la herida. Se indicó carga parcial a partir de la octava semana y tratamiento rehabilitador dirigido con resultado satisfactorio.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La mayoría de las lesiones crónicas del tendón de Aquiles se deben al fallo del diagnóstico inicial y generalmente se presentan con remisión del dolor y la tumefacción quedando el espacio entre los extremos del tendón ocupado por tejido fibroso dificultando el diagnóstico. La ecografía y la resonancia magnética son útiles para la planificación prequirúrgica o como ayuda diagnóstica. La mayoría de los cirujanos se decantan por el tratamiento quirúrgico en las roturas crónicas existiendo varias técnicas en función del tamaño del defecto con pocos datos comparativos y sin una norma clara para decantarse por una técnica u otra. Concluimos que en las roturas crónicas y re-roturas del tendón de Aquiles entre 6 a 8 cm la plastia tendinosa de descenso V-Y es una buena alternativa de tratamiento, consiguiendo una adecuada reconstrucción, que permite iniciar una rehabilitación y recuperación precoz con resultados funcionales satisfactorios.

CP018

TRATAMIENTO DE LESIÓN OSTEOCONDAL FEMORAL MEDIANTE MEMBRANA DE COLÁGENO Y AUTOINJERTO DE HUESO ESPONJOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Jiménez Santiago, J.M.; Gallegos Rodríguez, L.; Quirante García, S.; Martín Roldán, J.L.; Carvajal Pedrosa, C.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las lesiones condrales son frecuentes y presentan diferentes métodos de tratamiento. En los últimos años, se ha producido un cambio de actitud en esta patología, pasando de dejar evolucionar la lesión o realizar gestos mínimos, a un interés creciente en la reparación del cartílago articular. Se han descrito varias técnicas englobadas en métodos reparativos, reconstructivos o regenerativos. Los métodos regenerativos aprovechan técnicas de bioingeniería para desarrollar un tejido de cartílago hialino.

Presentar un caso clínico de lesión condral femoral y describir la técnica quirúrgica realizada mediante el procedimiento de estimulación de médula ósea asistido por una matriz de colágeno.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 21 años que sufre traumatismo en rodilla izquierda jugando al fútbol y presenta gonalgia de meses de evolución que le impide realizar actividad deportiva; se palpa un bultoma en cara anterolateral del fémur distal siendo el resto de la exploración anodina. El estudio de imagen confirma una fractura osteocondral inestable con fragmento no desplazado en la vertiente externa del surco troclear (grado III de la clasificación ICRS). Tras fracaso del tratamiento

conservador, se realiza cirugía mediante mini artrotomía medial, desbridamiento de la lesión de aproximadamente 2 x 2 cm hasta exposición de placa subcondral, nanofracturas, aporte de autoinjerto de hueso esponjoso obtenido del cóndilo femoral medial y cobertura con membrana de cartílago tipo I/III (Cartimaix, Matricell, Herzogenrath, Germany) fijada con adhesivo de fibrina y sutura reabsorbible. Realización de test de flexoextensión intraoperatorio comprobando estabilidad de la reparación. Se permite rango de movilidad completo con ortesis y carga parcial.

RESULTADOS:

Tras cierre completo de las heridas sin complicaciones se indica tratamiento rehabilitador. A las 12 semanas el paciente realiza carga completa y tiene un balance articular 0-100° encontrándose asintomático.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El cartílago articular es muy vulnerable a las lesiones y el organismo tiene una capacidad muy limitada de repararlo. Se han descrito diferentes algoritmos de tratamiento que tienen en cuenta tamaño, evolución, pero especialmente, la profundidad de la lesión. Hemos elegido para este caso la técnica NAMIC (condrogénesis autóloga inducida por nanofracturas y asistida por matriz de colágeno), aumentada con injerto autólogo, que permite, con una sola incisión y en un tiempo quirúrgico, una recuperación y vuelta a la actividad precoz.

CP019

FRACTURA-LUXACIÓN TRAUMÁTICA POSTERIOR BILATERAL DE CADERAS TRAS ACCIDENTE VIAL. INFORME DE UN CASO.

Autores: García Guirao A.J.; Romero Sánchez, M.; Pereira Mosquera, E.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las luxaciones traumáticas bilaterales de cadera son patologías poco frecuente, especialmente asociadas a fractura de la cabeza femoral, y siendo consecuencia, habitualmente, de un mecanismo de alta energía, como los accidentes de tráfico. La luxación traumática de la cadera es considerada una emergencia ortopédica ya que el retraso en la reducción se asocia a necrosis avascular de la cabeza femoral, artritis postraumática y dolor crónico.

Se presenta un caso de fractura-luxación traumática bilateral de caderas en un paciente de 34 años, mostrando nuestros resultados clínicos y radiológicos tras el tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 34 años que sufre politraumatismo tras accidente de tráfico con resultado de luxación posterior bilateral de caderas asociadas a fractura de ambas cabezas femorales (tipo II de Pipkin), quedando los fragmentos capitales intraarticulares (de mayor tamaño en cadera derecha). A la exploración presenta deformidad evidente en ambos miembros inferiores, que se encuentran acortados y en rotación interna, con impotencia funcional, aunque sin alteraciones neurovasculares distales. No lesiones asociadas en el resto del organismo. En quirófano de urgencias se realiza reducción abierta de cadera derecha mediante abordaje de Smith-Petersen y fijación del fragmento capital con 2 tornillos HCS de 4,5mm. Se consigue reducción cerrada de la cadera izquierda, objetivándose adecuada congruencia articular en radioscopia. Se comprueba estabilidad clínica de ambas caderas.

RESULTADOS:

Evolución postoperatoria favorable, con movilización adecuada de ambas caderas y control radiológico favorable, mostrando el TAC de control una adecuada congruencia articular de ambas caderas, con correcta fijación del fragmento de la cadera derecha y pequeño fragmento capital anteroinferior en cadera izquierda bien enfrentado a trazo de fractura, consensuándose en sesión clínica el manejo conservador de dicha fractura. Al paciente se le autoriza el comiendo de carga parcial asistida a partir de los 3 meses, presentando actualmente, tras 6 meses de evolución, marcha indolora sin soportes externos y balance articular libre de ambas caderas.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Si bien hay acuerdo entre la mayoría de autores de realizar siempre una reducción cerrada, no hay total acuerdo en cómo actuar en la reducción abierta y en el método de fijación del fragmento. La reducción abierta solo estaría indicada en caso de imposibilidad de reducción de la luxación, o bien, cuando tras conseguir la reducción persiste el desplazamiento del fragmento. La osteosíntesis con tornillos HCS ofrecen la ventaja de poder introducirlos a través del cartílago articular sin protruir en la articulación.

CP020

OSTEOCONDROMA DEFORMANTE EN LA ARTICULACIÓN TIBIOPERONEA DISTAL EN UN NIÑO. INFORME DE UN CASO.**Autores:** García Guirao, A.J.; Martín Antúnez, J.; López Tojas, A.**Centro:** Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Los osteocondromas son los tumores óseos benignos más frecuentes, no siendo tan habitual su localización en el pie y tobillo, donde suponen el 1-12% de todos los osteocondromas. En el tobillo son frecuentes los acortamientos, las deformidades plásticas de la tibia y el peroné que pueden ocasionar fracturas, las alteraciones en la sindesmosis, los bloqueos mecánicos o las deformidades en varo o valgo del tobillo que propiciarán la degeneración artrósica de la articulación.

Presentamos el caso de un niño de 8 años intervenido de un osteocondroma de la articulación tibioperonea distal y se exponen nuestros resultados clínicos y radiológicos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente varón de 8 años con antecedente familiar de osteocondromatosis múltiple y en seguimiento en nuestras consultas desde los 4 años de edad por aparición de múltiples osteocondromas en diversas localizaciones anatómicas. En el seguimiento radiológico se objetiva un aumento de volumen asintomático del osteocondroma de la tibia distal lateral derecha que provoca una incurvación plástica del peroné, por lo que se decide la intervención quirúrgica, realizándose una resección en bloque de la lesión mediante un abordaje anterolateral y se inmoviliza con férula suropédica.

RESULTADOS:

El paciente presentó una evolución satisfactoria tanto clínica como radiológica y la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de osteocondroma. El tobillo permaneció inmovilizado y en descarga durante 6 semanas. Posteriormente se permitió la carga parcial progresiva asistida con ayuda de bastones. Se permitieron deportes de carga y contacto a los seis meses tras la intervención. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con marcha plantígrada y realizando una actividad diaria y deportiva sin incidencias.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento quirúrgico de un osteocondroma de la sindesmosis tibioperonea distal mediante resección del mismo estará indicado en los casos sintomáticos, cuando se sospeche malignidad o cuando se deforme la anatomía normal del tobillo. En las formas múltiples hereditarias, aunque puede dañarse la fisis, es recomendable realizar cualquier intervención antes de que se produzca el cierre fisario, lo que facilita la remodelación del peroné y un crecimiento óseo normal, evitando deformidades o desalineaciones en el tobillo o complicaciones en la sindesmosis que podrían requerir complejas cirugías posteriores de reconstrucción.

CP021

DESIMPACTACIÓN DE HUNDIMIENTO MEDIAL EN FRACTURA DE MESETA TIBIAL MEDIANTE GUÍA QUIRÚRGICA IMPRESA EN 3D.**Autores:** Pereira Mosquera, E.; Martín Antúnez, J.; García Guirao, A.**Centro:** Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Realizar una desimpactación guiada por impresión 3D, evitando así un tercer abordaje en tibia medial y las complicaciones que ello conlleva.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 37 años que tras caída de 1,5 metros de altura presenta fractura de meseta tibial (Schatzker VI). Se realizó estudio radiográfico (Rx, TAC y reconstrucción 3D) tras cirugía de control de daños mediante fijador externo. El hundimiento del platillo tibial medial que presentaba esta fractura planteaba dificultades en la elección de la técnica quirúrgica. Se obtuvo un modelo 3D de la fractura del paciente mediante software de acceso libre, que permitió planificar la cirugía. Como solución, se desarrolló una guía quirúrgica personalizada que permitiera, a través de un mini-open anterolateral, desimpactar el fragmento en cuestión. Para ello, se obtuvieron referencias de la cara anterior de tibia y se diseñó una plantilla que guiara el botador al centro del fragmento. Se realizó osteosíntesis con dos placas de soporte para las columnas posteromedial y posterior desde abordaje posteromedial. Posteriormente se redujo el

hundimiento de meseta tibial interna y se introdujo el injerto óseo empleando el modelo 3D. Fijación mediante tornillos canulados de 5 mm a modo de empalizada y placa lateral LCP.

RESULTADOS:

El paciente evoluciona favorablemente tras 13 meses postoperatorios, tanto clínica como radiológicamente. Se ha recuperado plenamente a su actividad diaria y laboral sin secuelas, salvo molestias leves puntuales tras tiempos prolongados de bipedestación.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Tal como expone este caso, resulta una herramienta efectiva para el manejo de fracturas anatómicas complejas en las que el restablecimiento anatómico de la superficie articular es crítica. Además, ofrece menores tiempos quirúrgicos y una menor exposición a radiación de radioscopia, con las ventajas que ello conlleva. En este caso en particular, ha evitado un tercer abordaje en la zona medial de la rodilla, que pudiera condicionar un potencial problema de partes blandas o de sobreinfección.

Se plantea un caso complejo de fractura de meseta tibial Schatzker VI debido a un hundimiento de platillo tibial medial. Tras las numerosas valoraciones, se plantea un abordaje posteromedial para fijar un fragmento posterior y otro posteromedial; y un abordaje lateral para fijar la columna lateral. Debido al complejo acceso del hundimiento medial, se decide obtener una guía quirúrgica mediante impresión 3D que dirija un botador desde el abordaje anterolateral. Dicha guía permitió satisfactoriamente reducir el fragmento y la inserción de injerto óseo disminuyendo en gran medida la radiación empleada para controlar la dirección.

CP024

TETRAPLEJÍA TRAS HERNIACIÓN DISCAL CERVICAL AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Durán Garrido, F.J.; Rodríguez Delourme, I.; Jiménez Garrido, C.

Centro: Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro trabajo es presentar el caso de un paciente que sufrió una tetraplejía aguda de forma atraumática, describiendo la evolución y mostrando las imágenes radiológicas tanto previas como posteriores a la intervención. Realizando posteriormente una discusión sobre el caso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta un paciente de 38 años, cuyo único antecedente de interés era hipertensión arterial. Dependiente de supermercado de profesión. El paciente acudió a urgencias refiriendo que el día previo había presentado ciertas molestias a nivel cervical, esa misma mañana al afeitarse y flexionar el cuello sintió sensación de parestias en miembros inferiores, así como sensación de descarga eléctrica. Al llegar a trabajar comenzó con disminución de fuerzas en miembros inferiores hasta que sufrió una caída por pérdida de fuerza. Negando ningún esfuerzo, semiología infecciosa, caída o traumatismo en los días previos. A la exploración en urgencias se encontraba normotenso y afebril, sin alteraciones a nivel de pares craneales. Refería una disminución de la destreza manual en ambos MMSS, así como pérdida de fuerza tanto en MMSS, como mayor en MMII, presentando una hipertonía marcada, una hiperreflexia generalizada y una anestesia hasta nivel de T10. Se realizó una resonancia magnética, apreciándose una extrusión discal a nivel C5-C6-C7, desplazando y comprimiendo la médula significativamente. Se llevó a cabo una intervención quirúrgica urgente, procediéndose a un abordaje de Smith-Robinson, realizando discectomía de ambos discos afectados y realizando una artrodesis con injerto tricortical autólogo de cresta y fijación con placa. A las 72h presentaba una mejora de sintomatología a nivel de miembros superiores, sin cambios en inferiores: se realizó una RMN postoperatoria a las 72h, donde se apreciaba una estenosis de canal residual por lo que se decidió realizar una nueva intervención. Se realizó un abordaje posterior, con laminectomía y apertura según técnica open door y colocación de sendas placas en niveles C6 y C7; presentando una mejoría de la movilidad en las 4 extremidades a los 4 días de la intervención; comenzando la rehabilitación y deambulación progresiva con ayuda del servicio de Medicina Física y Rehabilitación a los 10 días de la intervención.

RESULTADOS:

El paciente fue dado de alta a los 30 días de la intervención, presentando una marcha autónoma, aunque manteniendo una actitud espástica, así como una hiperreflexia generalizada en ambos miembros inferiores, con adecuado control de esfínteres. En la RMN de control se apreció una adecuada descompresión, así como disminución de las señales de hiperintensidad presentes en las realizadas después de la primera intervención.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El deterioro neurológico tras una herniación discal atraumática es una entidad poco frecuente, pero que se debe tener en cuenta, en la que el tratamiento quirúrgico juega un papel crucial. Es crucial el rápido diagnóstico, así como un tratamiento precoz, ya que de ello va a depender la capacidad de recuperación, así como las expectativas del paciente, para ello es indispensable tanto un adecuado diagnóstico clínico, como la posibilidad de disponer de la opción de realizar una resonancia magnética de forma urgente.

La afectación discal a nivel cervical, por lo general suele afectar de una manera lenta y progresiva, en forma de deterioro neurológico, radiculopatía o mielopatía; en menor o mayor medida (1). La herniación aguda, sin una causa traumática o un proceso neoplásico concurrente es una condición poco frecuente. Hasta la fecha, sólo se ha descrito un número limitado de casos, siendo la mayoría de ellos paraplejía en lugar de la afectación de las cuatro extremidades (2,4,5,6,7,8).

Es importante realizar un rápido diagnóstico, de manera que podamos realizar un tratamiento adecuado lo más rápido posible para que pueda haber una recuperación neurológica. En este sentido es importante tanto un adecuado juicio clínico, así como la capacidad de poder realizar una resonancia magnética urgente que permita realizar un diagnóstico preciso.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar el caso de un paciente que sufrió una tetraplejía aguda de forma atraumática, donde se realizaron dos cirugías (una vía anterolateral y posteriormente una posterior), describiendo la evolución y mostrando las imágenes radiológicas tanto previas como posteriores a la intervención. Realizando posteriormente una discusión sobre el caso

CP026

FRACTURA LUXACIÓN BIMALEOLAR DE TOBILLO CON INTERPOSICIÓN DEL MALÉOLO MEDIAL.

Autores: Poyato Núñez, F.J.; Torres Velasco, J.M.; Jiménez Piñanes, J.J.

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Reducción abierta y fijación interna de emergencia de fractura luxación de tobillo debido a la imposibilidad de reducción cerrada por interposición de maléolo tibial

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 25 años de edad que tras accidente de motocicleta presenta en fractura luxación de tobillo de tobillo derecho, de carácter bimalleolar (44C1.2 AO) con interposición del maléolo medial lo que imposibilita la reducción cerrada, realizándose reducción abierta y fijación interna de emergencia, mediante placa de tercio de caña en peroné con tornillos transindesmales y tornillos canulados en maléolo tibial.

RESULTADOS:

Reducción abierta y fijación interna definitiva de emergencia, en el mismo día que se produjo la fractura luxación del tobillo irreducible por interposición de maléolo tibial.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La reducción abierta y la fijación interna de emergencia puede ser útil en algunos casos de fracturas de tobillo que asocien interposición de componentes óseos, evidenciándose mejoría en la clínica del paciente tras la actuación. Paciente varón de 25 años de edad que tras traumatismo de alta energía presenta fractura luxación bimalleolar de tobillo derecho (44C1.2 AO) con interposición de maléolo medial, lo cual provoca imposibilidad de reducción en la sala de urgencias teniendo que realizarse en quirófano.

Se lleva a cabo reducción abierta y fijación interna de fractura-luxación bimalleolar de tobillo derecho de carácter emergente, objetivándose al realizar el abordaje la característica interposición de maléolo tibial entre tibia y peroné. Se realiza reducción de peroné y fijación interna mediante tornillo de compresión y placa de neutralización y fijación interna maléolo tibial mediante el uso de dos tornillos anulados.

CP029

RARO CASO DE ARTRÍTIS SÉPTICA DE RODILLA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN UN ADULTO. TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO.

Autores: García Guirao, A.J.; López Muñoz, L.; Gómez-Haccart, P.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La neumonía y la bacteriemia son las manifestaciones más frecuentes de la enfermedad invasiva neumocócica, siendo la afectación articular infrecuente. La articulación más comúnmente afecta es la rodilla, seguida de hombro, codo y la afectación poliarticular. La vía de hematógena es la principal. La mayoría de los casos de artritis séptica por *Streptococcus pneumoniae* publicados reconocen una neumonía u otra infección del aparato respiratorio.

Nuestro objetivo es describir un caso de artritis séptica por *Streptococcus pneumoniae* de rodilla, secundaria a bacteriemia de origen desconocido, en un paciente con factores de riesgo para infección neumocócica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 46 años esplenectomizado hace 20 años por púrpura trombocitopénica autoinmune (PTI). Dos años después de la implantación de una prótesis total de rodilla izquierda por una gonartrosis el paciente acude a urgencias con fiebre elevada, tiritona y aumento de dolor en rodilla. Presenta derrame articular moderado sin signos inflamatorios en rodilla intervenida, hipotensión, taquicardia y taquipnea. En la analítica presenta un aumento de reactantes de fase aguda, acidosis metabólica, fracaso renal agudo y alteraciones de la coagulación. Se realiza una artrocentesis de la rodilla izquierda obteniéndose 10cc de líquido con características infecciosas. La radiografía de tórax no mostraba alteraciones. Ingresa en la UCI en estado de shock séptico con fallo multiorgánico.

RESULTADOS:

Aislamiento de *Streptococcus pneumoniae* en hemocultivo y en el cultivo del líquido articular. Se practicó intervención quirúrgica urgente realizándose sinovectomía completa de la rodilla con recambio de polietileno y limpieza del lecho. Recibió tratamiento inicial con Meropenem, Linezolid y Penicilina G y tras los hallazgos microbiológicos con Ceftriaxona a dosis altas. El paciente es dado de alta tras una evolución favorable, resolución de los parámetros analíticos y previa administración de una dosis de la vacuna conjugada antineumocócica 23- Valente.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La afectación osteoarticular por neumococo se debe tener en cuenta como agente etiológico a pesar de su baja prevalencia en nuestro medio. El tratamiento medicoquirúrgico de la artritis neumocócica implicará un tratamiento precoz con antibióticos empíricos, así como drenaje y lavados articulares. La evolución suele ser favorable y las muertes se relacionan con la presencia de otros focos sincrónicos, como neumonía o endocarditis.

CP030

PISIFORMECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE ARTROSIS PISOPIRAMIDAL.

Autores: Cuquerella López, L.; Manzano Sánchez, V.; Obrero Gaitán, D.

Centro: Hospital Universitario de Jaén.

RESUMEN:

La artrosis pisopiramidal primaria es una entidad infrecuente con solo una serie de 12 pacientes en la literatura y es una causa a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de dolor cubital de la muñeca.

Las opciones de tratamiento quirúrgico incluyen la pisiformectomía o la artrodesis.

Los mejores resultados se han recogido con la pisiformectomía ya que no se ha aclarado como afecta la artrodesis a la biomecánica carpiana.

Presentamos un caso de una paciente de 47 años con una historia de varios meses de dolor cubital de muñeca muy intenso con parestesias en 4º y 5º dedos.

Se diagnostica con una Rx oblicua de muñeca y se indica pisiformectomía.

Se realiza resección del pisiforme respetando todas las partes blandas y liberando el nervio cubital en el canal de Guyon.

La mejoría del dolor es muy importante y la funcionalidad de la muñeca completa a los 6 meses de la cirugía. Pasando de un QuickDasch de 38.6 preoperatorio a 0 postop.

Por tanto, concluimos que la pisiformectomía respetando las partes blandas y la inserción del FCU es una alternativa de tratamiento muy efectiva para la artrosis primaria pisopiramidal.

CP032

RECONSTRUCCIÓN TRAS PSEUDOARTROSIS DE ASTRÁGALO.

Autores: Vargas García, R.; Domínguez Bermúdez, J.F.; Muñoz Ortus, J.M.

Centro: Hospital Quirón Salud Campo de Gibraltar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Exponer un caso de pseudoartrosis de fractura de cuerpo de astrágalo y su tratamiento mediante cirugía reconstructiva de preservación articular

MATERIAL Y MÉTODO:

paciente de 43 años que acude a consultas por dolor a la deambulación y flexo-extensión de tobillo limitada y dolorosa tras accidente de moto con traumatismo sobre tobillo izquierdo en 2018. Fue diagnosticado de fractura de cuello de astrágalo tratado de manera conservadora mediante inmovilización. En imágenes de TAC se observa fractura del cuerpo y cuello del astrágalo con ausencia de consolidación. En RMN se observa fractura en unión de cuerpo-cuello astragalino sin desplazamiento asociada a extenso edema óseo de astrágalo.

RESULTADOS:

Se inmovilizó durante 2 semanas con férula posterior y posteriormente con ortesis tipo Walker para inicio de movilización articular. A las 6 semanas, inició deambulación con carga parcial con buena tolerancia. A las 8 semanas, presenta balance articular completo y signos de consolidación radiológica por lo que se autoriza la carga completa protegida. A los 6 meses, el paciente presenta EVA de 3/10 y completa recuperación funcional. En el TAC de control se observa fractura consolidada con ausencia de reabsorción de aporte de injerto óseo y de signos de artrosis.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas de astrágalo representan el 3% de las fracturas del tarso. Las complicaciones más frecuentes son la necrosis avascular y la artrosis postraumática. La pseudoartrosis se presenta hasta en un 9-47% de los casos. Las fracturas no diagnosticadas o mal reducidas si no son tratadas progresan a la pseudoartrosis. Las principales opciones de tratamiento son la artrodesis subastragalina y la reconstrucción secundaria de astrágalo. Es importante tener en cuenta ciertos factores generales y locales del paciente para determinar cual es la mejor opción de tratamiento. Está indicado realizar una reconstrucción siempre que no exista artrosis y el paciente no presente comorbilidades que comprometan el éxito de la cirugía y el paciente tenga alto grado de demanda funcional. La artrodesis debe reservarse para casos de artrosis severa. En nuestro caso se observa que, a pesar del tiempo transcurrido de la lesión, la reconstrucción ha aportado buenos resultados funcionales por lo que creemos que es el tratamiento de elección en casos seleccionados como el nuestro.

CP033

ARTRODESIS TRIPLANAR TIPO LAPIDUS. SERIE PRELIMINAR DE CASOS.

Autores: Jiménez Garrido, C.; Rodríguez Delourme, I.; Durán Garrido, F.J.; Quirante Sánchez, V.

Centro: Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro trabajo es analizar los resultados radiográficos obtenidos mediante la técnica de artrodesis de Lapidus triplanar según la técnica inicial de Dayton P modificada en nuestra serie de casos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Realizamos un estudio prospectivo del tipo serie de casos consecutivos en el que se recogieron los pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Pacientes diagnosticados de Hallux Valgus mediante radiografía en plano AP y lateral de ambos pies en carga que se intervienen mediante la técnica de Lapidus con corrección de la deformidad en el plano axial, coronal y sagital, fijados con tornillo de compresión y placa cuneo-MTT del primer radio. Se recogieron las siguientes variables: Sexo, Edad, el ángulo intermetatarsiano (IM), de Hallux Valgus (HV), a posición del sesamoideo medial según la clasificación de Hardy y Clapham previo a la intervención; el ángulo IM, de HV, y la posición del sesamoideo medial según la misma clasificación tras la intervención, el grado de mejoría en la posición del sesamoideo medial en la clasificación usada tras la cirugía y la duración de la cirugía (minutos). El trabajo se realizó según los principios Éticos de la Declaración de Helsinki de 1964, revisada en el año 2000. Además, todos los pacientes firmaron un consentimiento informado de inclusión en el estudio. Bajo anestesia locorregional, se coloca manguito de isquemia supramaleolar en el miembro a intervenir. Se realiza abordaje dorsomedial al hallux pudiendo extenderse a la articulación cuneo-metatarsiana (MTT) o realizarse otro abordaje independiente a nivel de la articulación cuneo-MTT. Se realiza apertura de la cápsula articular a nivel de la MTT-F. Tras desperiostizar la articulación cuneo-MTT se realiza osteotomía con sierra a nivel de la base del 1º MTT a una distancia

RESULTADOS:

De los 12 pacientes incluidos en nuestra serie preliminar, 10 fueron mujeres y 2 hombres. La edad media fue de $56 \pm 9,2$ (37-73). Previamente a la cirugía, el valor medio de ángulo IM fue de $15,8 \pm 3,02$ ($9,3-23,6$)°, el valor medio de ángulo de HV fue de $42,37 \pm 8,96$ ($24,5-62$)° y la posición media del sesamoideo medial fue de $6 \pm 0,8$ (4-7). Tras la

cirugía el valor medio de ángulo IM fue de $7,6 \pm 4,09$ ($3,2-16,2$)°, el valor medio de ángulo de HV fue de $17,37 \pm 7,74$ ($6,5-29$)° y la posición media del sesamoideo medial fue de $2,33 \pm 1,23$ (1-5). La mejoría media de la posición del sesamoideo medial tras la cirugía fue de $3,92 \pm 1,3$ (1-5). El tiempo medio empleado en la cirugía fue de $77,96 \pm 14,6$ (60-120). Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el valor del ángulo IM, HV y posición de sesamoideos previo a la cirugía con respecto al valor de las mismas variables analizadas tras la cirugía ($P=0,000$). Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el valor del ángulo IM pre y la posición de sesamoideos pre y según la clasificación de Hardy and Clapham con un coeficiente de correlación Lineal de Pearson de 0,480 ($P=0,007$).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Según los resultados obtenidos en nuestra serie preliminar, en los pacientes intervenidos mediante esta técnica de corrección triplanar de la deformidad de HV mediante artrodesis de Lapidus con desrotación del primer MTT se mejora la posición del sesamoideo medial hasta posiciones más fisiológicas, encontrando además mejoría en la corrección del ángulo IM y de HV.

CP034

PULGARIZACIÓN DEDO ÍNDICE EN HIPOPLASIA DE PULGAR TIPO IV. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: López Muñoz, L.; García Guirao, A.; Gil Álvarez, J.; Martín Antúnez, J.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Mostrar resultado de la pulgarización en caso de paciente con hipoplasia pulgar tipo IV

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 3 años que presenta desde el nacimiento un defecto longitudinal preaxial con hipoplasia de pulgar tipo IV pouce flottant, donde el pulgar sólo está unido al resto de la mano por la piel y las estructuras neurovasculares. La hipoplasia de pulgar puede estar relacionada con diferentes síndromes como la anemia de Fanconi, etc. y si se trata de una hipoplasia florida, como nuestro caso, se diagnostica tras el nacimiento.

RESULTADOS:

En nuestro caso, la paciente presentaba una hipoplasia tipo pouce flottant, donde existe un dedo flácido que no permite la prensión de mismo, por lo que en un primer momento se le propuso la centralización, obteniendo buen resultado al inicio. La paciente consiguió la oposición del pulgar a los 5 meses, sin embargo, mantenía pulgar hipoplásico, inestable y sin poder realizar prensión. En este momento se decidió realizar la pulgarización del 2º dedo. Para realizar la pulgarización, realizamos incisión circunferencial en torno a la base del 2º dedo, extendiendo la misma dorsalmente en forma de "V" y uniéndola al borde cubital del pulgar. Se localizan tendones flexores, nervio digital y arteria digital radial del 2º dedo, ligando ésta lo más lejos posible de la arteria digital común. Es importante dejar al menos una vena dorsal intacta. Posteriormente, desepiostizamos el 2º metacarpiano y realizamos osteotomía a nivel de la base. Resecamos lo necesario del 2º dedo para que tenga longitud adecuada; en nuestro caso, resecamos a nivel de base de falange proximal, la cual fijamos con aguja de Kirschner a trapecio. Finalmente, colocamos férula antebraquial con extensión a primer dedo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En caso de hipoplasia de pulgar es importante descartar su relación con algunos síndromes. En función del tipo de hipoplasia y el grado, realizaremos un determinado tratamiento. En el caso de nuestra paciente, la pulgarización fue la mejor opción, puesto que el pulgar era hipoplásico e inestable, no permitiendo la prensión ni la oposición del mismo, por lo que limitaba su vida normal.

CP036

RECONSTRUCCIÓN DEL CÓRNER POSTEROINTERNO TRAS LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RODILLA.

Autores: Zapata Vizuet, A.; Cuevas Pérez, A.; Quevedo Reinoso, R.; López Jordán, A.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La esquina posterointerna de la rodilla se compone anatómicamente de 5 elementos: ligamentos colaterales superficial y profundo, ligamento oblicuo posterior, tendón del semimembranoso, ligamento poplíteo oblicuo y el cuerno posterior del menisco interno. Actúan de forma sinérgica y son estabilizadores al valgo. Presentan una alta frecuencia de lesiones, comprometiendo principalmente a la población joven y deportista. El mecanismo lesional

suele involucrar un movimiento en valgo forzado, rotación externa en flexión o semiflexión de rodilla o combinación de ambas. A la exploración física, observamos laxitud medial tras estrés en valgo e inestabilidad anteromedial rotatoria. El diagnóstico por imagen es complementario. Son de utilidad las radiografías de estrés en valgo comparadas. La resonancia magnética nos muestra la localización y grado de lesión de forma más detallada. Las indicaciones de tratamiento quirúrgico engloban: lesiones multiligamentosas tras luxación de rodilla, lesiones ligamento colateral medial en su inserción distal y las lesiones complejas tras fracaso de un tratamiento conservador previo. El objetivo de tratar estas lesiones es evitar una inestabilidad crónica de rodilla que de otro modo evolucionaría a una artrosis postraumática.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentar un caso clínico tratado en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Se trata de un paciente varón de 59 años que sufrió un traumatismo directo sobre la rodilla derecha con deformidad e impotencia funcional. Refiere atropello lateral mientras deambulaba por la calle. En urgencias se apreció deformidad en el miembro inferior derecho. Al realizar radiografía se diagnosticó como luxación de rodilla derecha. Se reduce e inmoviliza con férula inguino-pédica. El miembro inferior derecho presentaba buena temperatura y relleno capilar conservado. Se realizó un angiotac de urgencias, el cual descartó lesión arterial. Se procedió al ingreso hospitalario para control del dolor y vigilancia de posibles complicaciones. De forma diferida, se realizó exploración en quirófano bajo anestesia raquídea. A la exploración observamos laxitud medial al valgo forzado a 0º y 30º, lachman positivo e inestabilidad anteromedial rotatoria. Tras realizar resonancia magnética se confirman hallazgos vistos en quirófano, presenta rotura del cuerno posterior del menisco interno, ambos ligamentos cruzados y esquina posterointerna.

RESULTADOS:

El tratamiento quirúrgico constó de varias fases en el mismo acto quirúrgico. En primer lugar, se realizó una artroscopia diagnóstica en la que apreciamos el característico “signo del paso fácil” en el compartimento interno, asociado a degeneración condral y a lesión meniscal degenerativa. Posteriormente se realizó la reconstrucción del ligamento cruzado anterior con aloinjerto de cadáver hueso-tendón-hueso. Por último, se realizó la reconstrucción de la esquina postero-interna con aloinjerto de Aquiles según las técnicas del Dr. Rob LaPrade. Tras el alta hospitalaria, el paciente mantuvo el estabilizador en extensión y en descarga entre cuatro y seis semanas. A partir de la sexta semana se le autorizó la flexión y carga progresiva. Tras doce meses de la intervención, se encuentra asintomático, no refiere sensación de inestabilidad en la rodilla y realiza una vida normal.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El conocimiento sobre la anatomía y la contribución de la esquina posterointerna a la estabilidad de la rodilla ha aumentado sustancialmente en los últimos años. Tradicionalmente se ha tratado de forma conservadora. Existiendo diferentes protocolos de rehabilitación con buenos resultados. Es importante identificarlo y repararla si lo precisa en el contexto de una lesión multiligamentosa. Buenos resultados tras reparación primaria o reconstrucción, a pesar de los escasos estudios. Actualmente la preferencia de los cirujanos es la reconstrucción anatómica de la esquina posterointerna. Se precisan más estudios clínicos para definir algoritmos claros de tratamiento en función del tipo de reconstrucción y protocolos de rehabilitación acordes.

CP037

ANGIOLEIOMIOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Collazo Martín, O.; Iglesias García, R.A.; Álvarez Álvarez, S.; Pérez Hevia, I.

Centro: Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los angioleiomiomas son un tipo de tumor poco frecuente de características benignas que se origina en células musculares de la pared vascular.

Se presentan como tumoraciones subcutáneas de pequeño tamaño que pueden cursar con dolor. Habitualmente, microscópicamente, se presenta como un nódulo bien delimitado de tejido muscular liso con vasos de paredes gruesas.

A propósito de un caso analizar este tipo de estirpe tumoral y su diagnóstico diferencial.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 49 años de edad que acude a nuestra consulta por molestias a anterior de ligamento rotuliano con tumefacción palpable a mismo nivel, móvil. La paciente no presenta antecedentes de interés, y refiere que la tumefacción apareció hace unos años y que no ha cambiado de tamaño.

RESULTADOS:

La paciente es intervenida de forma ambulatoria, para realizar una biopsia escisional de la lesión. Intraoperatoriamente se visualiza masa blanquecina encapsulada, sin neovascularización algo adherida a plano profundo, que se envía a analizar. El estudio anatómico-patológico, informa la tumoración como angioleiomioma de 1,8x1,4x1,2.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los angioleiomiomas, son tumoraciones de características benignas que se localizan frecuentemente en las extremidades inferiores y que no suelen cursar con aumento de la masa. A la hora de realizar un diagnóstico diferencial de este tipo de tumor deberemos de tener en cuenta tumoraciones que cursan con dolor como neurinoma, tumor glómico, angioliopoma, leiomioma y dermatofibroma. A pesar de que por su curso, sospecharemos un tumor de características benignas se deben de enviar siempre a analizar a anatomía patológica las muestras. Y en el caso de confirmarse este diagnóstico deberemos de tener en cuenta que el 0,4% recurren.

CP040

DEFECTO ÓSEO EN CIRUGÍA PRIMARIA DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Carretero Guillén, J.A.; Illana Amillano, I.; González Cuadrado, A.V.; Sánchez de la Flor, M.D.

Centro: Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentar una complicación y una vía de resolución en una PTR primaria.

MATERIAL Y MÉTODO:

Búsqueda en bases de datos sobre casos similares de defectos óseos en PTR primarias/revisión y su resolución.

RESULTADOS:

Tras un año de seguimiento el paciente no presenta dolor, la prótesis tiene una movilidad de 0-110 grados aproximadamente y el control radiológico es muy satisfactorio.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La reparación de defecto óseo debido a quistes óseos aneurismáticos u otros defectos cavitarios benignos podrían ser reparados mediante la impregnación de hueso esponjoso y cobertura con cemento óseo (polimetil metacrilato). El caso a presentar explica la previsión de una complicación durante una cirugía de PTR primaria y la planificación para resolverlo. Dicha complicación fue la no disponibilidad del cóndilo interno como lugar de apoyo para el componente femoral ya que tras realizar el primer corte femoral se observó que dicho cóndilo estaba completamente hueco debido a un quiste óseo aneurismático que se observaba en los estudios de imagen. Se procedió a limpiar, curetar y rellenar la cavidad con esponjosa de los cortes que se realizaban y a terminar de cubrir el defecto con el polimetil metacrilato que sirvió de apoyo y fijación del componente femoral. El protocolo ulterior fue exactamente el mismo que para cualquier otro paciente. Tras un año de evolución es capaz de doblar de 0-110 sin dolor y el control radiográfico es satisfactorio.

CP041

TRANSPLANTE DE ALOINJERTO OSTEOCONDRALE FRESCO TRAS SECUELA DE OSTEOCONDRIITIS DISECANTE.

Autores: Zapata Vizuet, A.; Cuevas Pérez, A.; Quevedo Reinoso, R.; Olcina Meseguer, M.A.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El trasplante de aloinjerto osteocondral fresco es útil en lesiones localizadas, unipolares, sintomáticas de los cóndilos femorales, tibiales, tibiales o rótula. Paciente menor de 50 años con una demanda física alta de la rodilla. Las lesiones comunes incluyen la osteocondritis disecante, necrosis avascular y defectos osteocondrales.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 30 años intervenido de cirugía de rodilla en 1999 por una osteocondritis disecante juvenil. Acude a consultas con sensación de fallos y bloqueo. No refiere mucho dolor. Presenta un normoeje, no tiene dolor femoropatelar y las maniobras meniscales son indoloras. Refiere sensación de cuerpo extraño. En RNM se aprecia un cuerpo libre articular.

RESULTADOS:

Se realizó artroscopia diagnóstica para exéresis de cuerpo libre articular. Se observa lesión osteocondral en cóndilo femoral externo en zona de carga de unos 2,5 centímetros de diámetro. Se realizaron microfracturas y se le permitió la carga y la flexoextensión de rodilla en el postoperatorio inmediato. Tras 5 meses continúa con clínica y bloqueos en

la rodilla intervenida. Se programa para trasplante osteocondral fresco de cadáver. Antes de la administración anestésica comprobamos injerto. Es importante evitar cambios bruscos de temperatura para evitar dañar los condrocitos. Se realiza artroscopia inicial para localizar lesión. Y posteriormente se realizó un abordaje parapatelar externo para exponer la lesión. En nuestro caso utilizamos un set de implante de aloinjerto. Tras la medición inicial, procedimos a la preparación de la lesión cartilaginosa o zona receptora. A continuación se preparó el aloinjerto fresco o zona donante. Importante referenciar la zona receptora y dadora para la colocación usando un huso horario para evitar incongruencia en la fijación. La fijación se realizó a press-fit. Se mantuvo estabilizador durante las 3 primeras semanas. Posteriormente se permitió flexoextensión. A las 6 semanas balance articular 0-120° y se autoriza carga parcial. A los dos meses se autoriza carga total. A los 6 meses de la intervención se encuentra asintomático, no tiene bloqueos y en resonancia magnética de control no se aprecia reabsorción del injerto.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Es importante la selección cuidadosa del paciente en este tipo de intervención. Pacientes menores de 50 años con lesiones localizadas y con un diámetro que se encuentre entre los 15 y 35 milímetros. Suelen ser lesiones residuales de osteocondritis disecante, necrosis avascular o defectos osteocondrales postraumáticos. Al evitar la congelación del injerto se evita la muerte de los condrocitos. La mayoría de los bancos de tejido actual no permiten el implante del injerto más allá de los 28 días de preservación en frío. Es importante el eje del paciente, así en casos de mala alineación se debe considerar una osteotomía. Las complicaciones potenciales son la infección, la artrofibrosis y el fracaso del injerto, que puede ocurrir de forma precoz o tardía. Existe amplia bibliografía con tasas de éxito del 80% con seguimiento a los 10 años. En nuestro caso los resultados son alentadores.

CP042

RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE CLAVO RETRÓGADO E INJERTO INTERCALAR DE FÉMUR EN SARCOMA FUSOCELULAR INDIFERENCIADO DE FÉMUR DISTAL PARA PRESERVACIÓN DE ARTICULACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: López Muñoz, L.; Martínez Sañudo, B.; Romero Sánchez, M.; Martín Antúnez, J.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Mostrar opción quirúrgica para preservar la articulación de la rodilla en caso de tumor maligno de fémur distal que no afecta a la línea articular. Recalcar la importancia de hacerlo en caso de que la resección lo permita en pacientes jóvenes

MATERIAL Y MÉTODO:

Los tumores musculoesqueléticos malignos pueden presentarse como masa que crece, dolor, inflamación, limitación funcional. En este caso, tenemos una paciente de 17 años, que tras realizar deporte presenta dolor a nivel distal de muslo derecho de semanas de evolución, posteriormente, aparece bulto en cara externa de muslo derecho que relaciona con hematoma o rotura fibrilar. En la primera consulta presenta masa a nivel de cara externa de muslo derecho y dolor a la palpación de la misma. En la Rx se aprecia tumoración en tercio distal de fémur derecho que infiltra corticales y partes blandas. Tras tratar caso en Comité de Tumores y realizar biopsia donde se diagnostica de sarcoma fusocelular indiferenciado de alto grado, se decide ampliar estudio y comenzar con quimioterapia neoadyuvante. Tras quimioterapia, presenta buena respuesta clínica, por lo que se decide realizar cirugía. Debido a que el tumor no afectaba a los cóndilos femorales y la resección permitía un margen de resección adecuado, se optó por preservar la articulación de la rodilla, ya que de esta manera no agotamos opciones quirúrgicas utilizando de entrada megaprótesis de fémur distal para la reconstrucción, y la paciente es joven. Se eligió diáfisis femoral de banco para utilizarla como injerto intercalar, a través del cual se introdujo un clavo retrógrado de fémur T2, además de fijar el injerto a nivel proximal con placa de 5 orificios.

RESULTADOS:

En el postoperatorio, la paciente no presentó ninguna complicación, la herida evolucionó de forma favorable hasta la retirada de agrafes. A los 3 meses de la intervención, se comenzó con la carga parcial sin problemas. A los 5 meses la paciente camina sin problemas con ayuda de una muleta en trayectos largos, no presenta dolor, presenta movilidad completa de rodilla y en la radiografía se aprecia callo óseo distal.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Es importante detectar y diferenciar los signos y síntomas de un posible tumor maligno musculoesquelético, ya que nos permitirá detectarlo en un estadio inicial y realizar un mejor tratamiento con mejores resultados. Recalcar la importancia de realizar una cirugía de preservación de la articulación en caso de que las características del tumor y la resección nos lo permitan, sobre todo en un paciente joven; ya que no agotamos la posibilidad de utilizar la megaprótesis si se precisan nuevas cirugías, y la paciente conserva su articulación.

CP043

ELASTOFIBROMA.**Autores:** Ruiz García, S.P.; González Gutiérrez, J.A.; Martínez Espinosa, M.; Medina León, N.**Centro:** Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El elastofibroma es una lesión benigna, reactiva, de crecimiento lento, que se incluye en un grupo heterogéneo de proliferaciones fibroblásticas.

El conocimiento de la entidad y sus característicos datos clínicos y de imagen permiten su diagnóstico y, en formas asintomáticas, su manejo conservador.

Presentamos un caso de un paciente que acude a consulta por sensación de tumoración en región de músculo semitendinoso izquierdo de dos años de evolución que ha ido en. Tras pruebas de imagen de RMN se diagnostica de elastofibroma. Pendiente de confirmación diagnóstica con biopsia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de una mujer de 52 años que consulta por dolor en la región del recorrido del músculo semitendinosos. A la exploración física el dolor se localizaba a la palpación selectiva la región del semitendinoso izquierdo, y se apreció una tumoración, la cual era indolora, de consistencia elástica y adherida a planos musculares, la piel que recubría era de aspecto normal.

Tras resultados de ECO y RMN que coinciden ambos con el diagnóstico de elastofibroma, se deriva a unidad de tumores para filiación definitiva con biopsia.

RESULTADOS:

Tras resultados de pruebas de imagen, ambas con diagnóstico de elastofibroma, se decide derivación a Unidad de tumores para toma de biopsia y filiación definitiva.

En la actualidad, la paciente refiere molestias con los cambios de tiempo y con la sedestación.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El elastofibroma se considera un pseudotumor, aunque recientemente se haya observado alguna inestabilidad cromosómica en sus células. No degenera ni metastatiza y las posibilidades de que regrese espontáneamente son escasas.

La mayoría de los elastofibromas son asintomáticos y se descubren casualmente por la deformidad clínica que ocasionan. Sin embargo, pueden ser causa de rigidez, dolor o molestias. A la exploración física la tumoración es móvil o fija, firme o elástica, profunda y no se adhiere a la piel que la recubre.

La TC y la RM muestran imágenes laminadas que corresponden a bandas de tejido conectivo fibroso denso intercaladas con bandas de tejido adiposo.

En pacientes asintomáticos el tratamiento recomendado es la observación. En los sintomáticos, y por razones cosméticas, se recomienda la resección quirúrgica marginal bajo anestesia general. Otros consideran la intervención cuando el tamaño del elastofibroma es superior a 5 cm. En casos inoperables podría plantearse la radioterapia.

CP044

FRACTURA DE ASTRÁGALO TIPO III DE HAWKINS.**Autores:** Ruiz García, S.P.; Raya Roldán, D.; Martínez Espinosa, M.; García García, F.J.**Centro:** Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Las fracturas del astrágalo ocupan el 1% del total de las fracturas, y son todo un reto para el cirujano ortopédico debido a la complejidad y dificultad de tratamiento, así como sus complicaciones.

El astrágalo no presenta inserciones musculares o tendinosas y la mayor parte de su superficie articular está recubierta por cartílago, lo cual supone un área limitada para el suministro sanguíneo tanto dentro como fuera del hueso.

Este tipo de fracturas son debidas a mecanismos de alta energía y son una urgencia médica debido al alto riesgo de necrosis avascular y a la gran presión que se ejerce sobre las partes blandas. Además, suele asociarse con otras fracturas, como maléolo medial, calcáneo o escafoides tarsal. El astrágalo tiene un papel muy importante en la biomecánica de la marcha y su tratamiento precoz determinará las complicaciones.

Para su diagnóstico son imprescindibles las proyecciones radiográficas en AP y LAT. Existe una clasificación, Hawkins, que nos ayuda al diagnóstico, su tratamiento y pronóstico.

Presentamos un caso de una paciente de 30 años que sufre una compresión axial con un peso de 300 kilos sobre su pie derecho. A la exploración clínica, se visualiza deformidad del pie con pulso pedio presente y sin exposición ósea. Las imágenes radiográficas nos muestran fractura-luxación del cuello del astrágalo con luxación tibioastragalina y subastragalina acompañado de luxación medial del cuerpo del astrágalo, tipo III en la clasificación de Hawkins.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 30 años remitido al servicio de Urgencias de nuestro hospital tras accidente laboral con fractura-luxación tibioastragalina y subastragalina tipo III de Hawkins.

En un primer tiempo y bajo anestesia local y sedación de la paciente, se procede a la reducción cerrada y colocación de férula posterior.

Días después, tras buen estado de las partes blandas, se procede a la reducción abierta y fijación de la fractura mediante abordaje con 2 tornillos de compresión.

RESULTADOS:

En la actualidad, la paciente está en proceso de rehabilitación. Es importante, mantener un control clínico y radiológico de estos pacientes, debido a la alta frecuencia de necrosis avascular que desarrollan.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas-luxaciones de astrágalo son poco frecuentes y debido a su posición anatómica suponen un reto para el cirujano ortopédico experimentado. Su tratamiento precoz es de suma importancia pues estas fracturas tienen un riesgo muy elevado de necrosis avascular y artrosis postraumática.

CP045

SINOSTOSIS RADIO-CUBITAL PROXIMAL POSTRAUMÁTICA.

Autores: Ruiz García, S.P.; Martínez Espinosa, M.; González Gutiérrez, J.A.; García García, F.J.

Centro: Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La sinostosis radiocubital proximal es una patología rara, y una complicación postraumática de codo muy invalidante. Es una fusión ósea o fibrótica entre cúbito y radio, que bloquean la pronosupinación. Su incidencia varía entre 0-9.4%. Su mecanismo fisiopatológico se postula tras un traumatismo directo sobre la membrana interósea. Esta complicación provoca bloqueo de forma activa y pasiva en la pronosupinación, siendo normalmente compensado con la articulación radiocubital, y que aparece poco después del traumatismo. No va acompañada de dolor.

El diagnóstico se realiza a través de la historia clínica, antecedentes de traumatismo, exploración física y pruebas de imagen, como radiografías AP y LAT, y también TAC, donde se aprecia la comunicación ósea.

Su tratamiento dependerá del grado de afectación articular.

Presentamos un caso de un paciente de 46 años que tras fractura hace 40 años sobre codo izquierdo tratada de forma ortopédica, acude a consulta por empeoramiento de la clínica, siempre ha tenido limitación para la prono-supinación pero ha sido indolora, hasta el momento actual que ha empeorado la clínica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 40 años remitido al servicio de Urgencias de nuestro hospital por fractura de codo hace 40 años tratada de forma ortopédica. Añadir clasificación de fractura de codo.

Dos años después, el paciente refiere empeoramiento para la pronosupinación de forma tanto activa como pasiva, sin limitación para la flexo-extensión y sin dolor. En radiografías AP y LAT y en el TAC se aprecia la comunicación ósea entre ambos huesos en la zona proximal. Debido a la clínica que presenta en el momento actual el paciente y la baja demanda funcional del mismo, se decide tratamiento conservador.

RESULTADOS:

En la actualidad, nuestro paciente está en tratamiento rehabilitador, que le permite mantener una funcionalidad aceptable.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas de codo son causas frecuentes de sinostosis radiocubital, aunque esta patología sea rara. El tratamiento inicial dependerá del tipo de fractura del codo.

Esta complicación, aunque tiene una incidencia baja, es altamente invalidante, pues supone un bloqueo para la

pronosupinación tanto activa como pasiva del brazo.

El tratamiento conservador puede ser una opción de tratamiento, siempre y cuando el paciente no esté muy limitado. Sin embargo, será necesario una intervención quirúrgica cuando exista una incapacidad funcional, que suele ocurrir en casos de sinostosis proximal.

No existe un tratamiento único para esta complicación y los resultados del mismo no son muy alentadores por la limitación funcional residual que supone.

CP046

FIJADOR HEXÁPODO PARA CORRECCIÓN ANGULAR DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO EN PACIENTE CON ESPINA BÍFIDA.

Autores: Durán Garrido, F.J.; Rodríguez Delourme, I.; Jiménez Garrido, C.; Quirante Sánchez, V.

Centro: Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El objetivo es presentar un caso clínico en el que se llevó a cabo una corrección angular de miembro inferior derecho con un fijador externo, presentándolo con imágenes radiológicas. Llevando a cabo una discusión final.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta una paciente de 20 años, alérgica al látex, con espina bífida e infecciones urinarias de repetición debido al requerimiento de sondaje intermitente. La paciente fue intervenida en múltiples ocasiones del miembro inferior izquierdo, presentando entonces una úlcera plantar con aislamiento repetido de *P. aeruginosa* y *S. Aureus*, que finalmente se solucionó al realizar una artrodesis tibiotarso-calcánea y la extirpación de la base del 5º MTT. También fue intervenida en la infancia mediante artrodesis calcáneo cuboidea de dicho pie. Acudió esta vez a nuestra consulta por presentar una úlcera plantar en el pie derecho, sufriendo varios episodios de celulitis, identificados como gérmenes causantes *S. Aureus* y *Bacteroides fragilis*, con buena respuesta al tratamiento antibiótico con ciprofloxacino y metronidazol orales. Se solicitaron pruebas de imagen, observándose un pie evertido, equino-varo. Con cambios tróficos a nivel cutáneo y del celular subcutáneo debido a cambios crónicos del apoyo, así como una úlcera presente en estudios de imagen previos. Tras valorar las diversas opciones se decidió la colocación de un fijador hexápodo para una corrección progresiva de la deformidad, así como una liberación de las partes blandas a nivel medial.

RESULTADOS:

El postoperatorio inmediato fue favorable, sin ninguna complicación de interés. Se realizaron múltiples cultivos de la úlcera plantar, hasta que estos fueron negativos y en consenso con la unidad de enfermedades infecciosas se decidió el alta a domicilio. Se realizó una corrección progresiva de la deformidad, teniendo que readaptarse el plan de corrección debido a una sobre-corrección en varo. Tras 8 meses de corrección se consiguió la corrección deseada. Se presentaron 2 complicaciones menores que fueron el aflojamiento de uno de los pines, y la necesidad de realizar el cambio de uno de los pines debido a que impedía continuar con la corrección. Tras la retirada del fijador externo la paciente presentaba una marcha plantigrada, con ayuda de un bastón y con una gran satisfacción subjetiva.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento de las deformidades complejas del pie en los adultos jóvenes supone un desafío. Los tratamientos más tradicionales consistían en grandes liberaciones de partes blandas, así como osteotomías y/o artrodesis. Recientemente ha surgido el uso de la fijación externa como una alternativa segura y efectiva para el tratamiento de deformidades.

Se presenta a través de imágenes radiológicas y del posterior seguimiento, un caso donde se realizó mediante un fijador externo de tipo hexápodo una corrección angular del miembro inferior derecho para conseguir una adecuada alineación mecánica así como un apoyo plantigrado.

El fijador externo nos permite realizar correcciones y actuaciones sin tener que implantar material en la zona a corregir, lo cual es una gran ventaja en situaciones en las que pueda haber compromiso de partes blandas, tales como úlceras o infecciones. Por otro lado permite realizar correcciones angulares en las diferentes direcciones del espacio, así como la posibilidad de un control durante todo el proceso.

Se consiguió una buena evolución postoperatoria, llegando a controlarse prácticamente la infección por completo y obteniendo un adecuado apoyo con una gran satisfacción por parte de la paciente.

CP049

FRACTURAS EN LA OSTEOPETROSIS (ARTROPLASTIA Y OSTEOSÍNTESIS): REVISIÓN CLÍNICA DE DOS CASOS.

Autores: Iglesias García, R.A.; Perez Hevia, I; Collazo Martín, O.

Centro: Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La osteopetrosis es una displasia hereditaria ósea, provocada por una deficiente función de los osteoclastos, que conlleva un aumento de la incidencia de fracturas, osteomielitis y otras complicaciones como sordera y/o ceguera, hidrocefalia, artrosis, entre otras. Se trata de una enfermedad rara con diferentes patrones hereditarios y formas de presentación. Plantear las dificultades que tienen los pacientes con esta patología a la hora de su manejo quirúrgico, a través de 2 casos: fractura por estrés de fémur entre 2 placas de osteosíntesis y un caso de artroplastia de cadera por fractura. Así como un repaso a las manifestaciones clínicas de esta enfermedad reunidas en el historial de estos 2 pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO:

2 pacientes (madre e hija), 84 y 55 años, con diagnóstico de Enfermedad de Albers-Schonberg (Osteopetrosis) tratadas en nuestro centro en un caso por fractura y osteosíntesis con fracaso en 2 ocasiones realizándose artroplastia total de cadera como tratamiento definitivo y otro caso con diagnóstico de fractura de fémur interplaca con retirada del material y re-osteosíntesis. Entre los antecedentes recogidos en sus historias clínicas se encuentran: fracturas recidivantes de fémur que requirieron osteosíntesis, fractura húmero izquierdo tratada de forma conservadora, osteomielitis crónica de fémur derecho con fístula a nivel del hueco poplíteo, osteomielitis crónica mandibular izquierda con extirpación quirúrgica de sequestratos óseos y ceguera por obliteración de foramen óptico, que suponen un repaso a la mayoría de manifestaciones y complicaciones de esta enfermedad.

RESULTADOS:

Ambas pacientes presentan una buena evolución post quirúrgica, la paciente intervenida por fractura se encuentra sin dolor, pendiente aún de iniciar carga y a seguimiento y tratamiento por parte del servicio de infecciosas de la osteomielitis del fémur derecho. La paciente intervenida de artroplastia se encuentra deambulando y no presenta complicaciones hasta el momento actual de seguimiento.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento quirúrgico en estos casos se ve seriamente dificultado por la intensa esclerosis ósea que paradójicamente provoca una excesiva fragilidad del hueso con fracturas por traumatismo mínimos. Debemos recurrir al empleo de técnicas y materiales específicos (uso de brocas específicas, reavivar foco, aportar injerto así como periodos de descarga más prolongados). Se trata de pacientes complicados que requieren un manejo multidisciplinar.

CP050

FRACTURA FEMORAL BILATERAL ¿CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS (DCO) VS FIJACIÓN INTERNA INMEDIATA (ETC)?

Autores: Pérez Pérez, E.; Martínez Sañudo, B.; Andrés Cano, P.; Pereira Mosquera, E.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El síndrome de embolia grasa es una complicación poco frecuente pero bien descrita en fracturas de huesos largos. Se presenta entre un 1-10% de fracturas de diáfisis femoral, y en mayor porcentaje en el caso de fracturas bilaterales. Se caracteriza por la tríada de insuficiencia respiratoria, compromiso neurológico y rash petequeal.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza una revisión retrospectiva del manejo de un paciente varón de 19 años con diagnóstico de fractura cerrada diafisaria de fémur bilateral tras accidente de tráfico. Se evaluarán sus antecedentes personales, lesiones iniciales asociadas, decisión de tratamiento inicial y evolución clínica.

RESULTADOS:

Se trata de un paciente varón de 19 años, conductor de motocicleta, que es recogido por los servicios de emergencia una hora después de sufrir un accidente de tráfico y es trasladado a urgencias de Traumatología del HUVR con diagnóstico de fractura cerrada diafisaria de fémur bilateral, ambas de trazo simple. El paciente no presentaba antecedentes personales de interés. Se realiza body-TC al ingreso en urgencias sin objetivarse otras lesiones a nivel craneal, torácico ni abdominal. Tras la evaluación inicial se determina un Injury Severity Score (ISS) de 16. Ante la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente, y la ausencia de lesión torácica, abdominal o craneal, se decide realización de cirugía definitiva mediante fijación interna inmediata (Early Total Care – ETC). Se interviene mediante enclavado endomedular bilateral encerrojado y fresado. La cirugía finaliza sin incidencias con una duración de 2 horas. A las 24 horas del postoperatorio, el paciente desatura tras la retirada de oxigenoterapia. A la exploración presenta petequias axilares, sin conjuntivales ni torácicas. Se realiza Angio-TC, descartando TEP y siendo diagnosticado de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) en el contexto de un síndrome de embolia grasa masivo. Precisa intubación orotraqueal y traslado a UCI traumatológica. Se realiza radiografía de tórax apreciando infiltrado pulmonar bilateral. El paciente, tras superar el SIRS, mejora progresivamente, siendo dado de alta de UCI a los 30 días.

Presenta como secuelas émbolos retinianos grasos seguidos por oftalmología. Respecto a las fracturas femorales, el paciente comienza la movilización y carga asistida directamente desde la UCI con buena tolerancia.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Aunque el síndrome de embolia grasa en fracturas diafisarias es poco frecuente, está ampliamente descrito en la bibliografía, siendo temidas sus repercusiones sobre la salud del paciente. Actualmente existe amplio consenso sobre el tratamiento del paciente politraumatizado mediante la cirugía de control de daños (DCO), reservando la fijación interna inmediata (ETC) para aquellos pacientes estables o sin lesiones asociadas. La fractura bilateral de fémur sin otras lesiones asociadas es una entidad grave y poco frecuente que presenta diversas controversias y escasa evidencia respecto al tratamiento inicial más adecuado. Es fundamental el manejo multidisciplinar, el consenso con el anestesiólogo para indiciar la cirugía DCO vs ETC y la vigilancia postoperatoria estrecha.

CP051

TRATAMIENTO NEUROPATÍA CHARCOT CON FIJADOR EXTERNO CIRCULAR.

Autores: Martínez Sañudo, B.; Tejero García, S.; Vallejo Márquez, M.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La neuroartropatía de Charcot es una enfermedad de carácter progresivo. Está asociada con neuropatía periférica grave. Se caracteriza por inflamación, luxación articular y destrucción ósea con deformación posterior del pie. Es importante sospecharla ante todo paciente diabético con tumefacción, calor y rubor en tobillo o pie, con ausencia de sensibilidad vibratoria, al monofilamento y de reflejos rotulianos y aquileos. Su prevalencia es baja. Actualmente la causa más frecuente es la diabetes mellitus. El objetivo del tratamiento es llegar a la etapa de consolidación con un pie plantígrado y calzable. Evitar la amputación del pie en un paciente diabético y con neuropatía de Charcot, ya que se ha demostrado que aumenta la mortalidad hasta un 60%.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de un varón de 52 años que es derivado a una Unidad Especializada de Cirugía de Tobillo y Pie por presentar úlcera plantar en zona del retropié de 3 meses de evolución con mala respuesta a tratamiento de curas en Unidad de Pie diabético. Como antecedentes de interés destaca hipercolesterolemia, obesidad, cirugía bariátrica y diabetes tipo 1 de difícil control glucémico. En la exploración destacan: -Sobrecarga columna lateral del pie. -Úlcera Plantar. Prueba del filamento 10g positiva para 10 puntos. No se palpa pulso pedio, sí en Arteria TP. -Prueba de Probe-to-bone positiva. -Índice Tobillo/Brazo=0,8. Se realizó una cirugía en un solo tiempo de resección de osteomielitis del proceso anterior calcáneo y cuboides y úlcera, reconstrucción del retropié en rocker-bottom mediante fijador externo circular y VAC para la herida plantar.

RESULTADOS:

Tres meses después el paciente es programado en quirófano para retirada del FFEE, el VAC fue retirado al mes y medio con buena evolución de la úlcera y cierre de la misma. El paciente tiene así mismo un pie plantígrado.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Apoyándonos en la literatura, el uso de cirugía en un solo tiempo y fijador externo circular se ha demostrado muy válido como técnica integral de tratamiento logrando desaparecer las úlceras, tratar satisfactoriamente la osteomielitis, corregir la deformidad, disminuir costos, prevenir recurrencias y evitar las amputaciones. La neuroartropatía de Charcot es una enfermedad de carácter progresivo. Está asociada con neuropatía periférica grave. Se caracteriza por inflamación, luxación articular y destrucción ósea con deformación posterior del pie. Es importante sospecharla ante todo paciente diabético con tumefacción, calor y rubor en tobillo o pie, con ausencia de sensibilidad vibratoria, al monofilamento y de reflejos rotulianos y aquileos. Su prevalencia es baja. Actualmente la causa más frecuente es la diabetes mellitus. El objetivo del tratamiento es llegar a la etapa de consolidación con un pie plantígrado y calzable.

En este trabajo se presenta el caso de un paciente diabético de difícil control, con una neuroartropatía de Charcot y úlcera plantar asociada que precisa cirugía para evitar la amputación mediante la resección de osteomielitis de calcáneo y cuboides y la reconstrucción en un sólo tiempo colocando fijador externo circular y VAC, teniendo un excelente resultado final.

CP052

MANEJO DE LA FRACTURA DE ESPINA TIBIAL EN EL NIÑO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Crespo Agea, J.; Rodríguez Huguete, P.; Martínez Pardo, F.; Fernández Alba, G.

Centro: Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Cádiz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Se plantea la revisión de las fracturas de espina tibial en niños, así como los beneficios del tratamiento por vía artroscópica versus RAFI, a raíz de un caso de fractura de espina tibial Tipo III de Meyers en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de una paciente de 10 años que acude al servicio de Urgencias por traumatismo directo de rodilla izquierda mientras practicaba deporte. Exploración: dolor e impotencia funcional. Derrame articular pero no a tensión. No alteraciones vasculonerviosas. Se realiza Rx AP y Lateral en la que se observa una fractura de espina tibial anteromedial Tipo III de Meyers y McKeever, por lo que se decide tratamiento quirúrgico en quirófano de urgencias. Se procede a reducción de la fractura por vía artroscópica y fijación interna mediante tornillo de Asniss sin incidencias. Se inmoviliza mediante férula inguinopédica durante 6 semanas.

RESULTADOS:

La paciente es dada de alta a las 24h dada la buena evolución clínica y al tratarse de una cirugía mínimamente invasiva. La paciente acude a consulta a las 6 semanas, retirándose férula y autorizándose inicio de carga parcial con bastones de forma progresiva. Radiografía de control óptima, sin desplazamientos. A los 6 meses se procede a retirada de material de osteosíntesis por vía artroscópica y la fractura está completamente consolidada. Por lo que la paciente realiza una vida completamente normal.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La fractura-avulsión de espina tibial en niños es una lesión relativamente frecuente, lo que equivaldría a la rotura del LCA en adultos. La decisión del tratamiento depende del grado de desplazamiento de la fractura. Actualmente, en los casos de fracturas desplazadas se prefiere la fijación de la fractura por vía artroscópica en lugar de la artrotomía, ya que aporta numerosos beneficios como: menor riesgo de infección, menor daño articular y una recuperación más precoz.

CP053

RESULTADOS DE LA FUSIÓN INTERSOMÁTICA LUMBAR TRANSFORAMINAL (TLIF) MULTINIVEL COMO TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS DEGENERATIVA DEL ADULTO.

Autores: Pérez Pérez, E.; Hidalgo Pérez, M.J.; Martín Antúnez, J.; López Toajas, A.; Martínez- Fons Delgado, P.; Pereira Mosquera, E.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La escoliosis degenerativa del adulto engloba deformidades del esqueleto axial maduro resultado de una degeneración progresiva de la columna. Su prevalencia se encuentra entre el 6-68%, aparecen principalmente en la columna lumbar y se definen con un ángulo de Cobb >10°. Suponen una deformidad rotacional compleja tridimensional. Clínicamente se caracterizan por dolor lumbar o estenosis lumbar sintomática.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza una revisión de casos de escoliosis degenerativa del adulto con estenosis central y foraminal tratados en nuestro centro en los últimos 36 meses mediante abordaje posterior con fusión intersomática lumbar transforaminal (TLIF) multinivel. La técnica quirúrgica empleada consiste en un abordaje vía posterior a la columna con instrumentación mediante tornillos pediculares. Posteriormente realizamos una descompresión neuroquirúrgica mediante abordaje Transforaminal Multinivel ampliado homolateral. Se realizan discectomías completas, laminectomías ampliadas con facetectomías completas y resección del ligamento amarillo, quedando el saco dural, raíces y forámenes totalmente liberados. Realizamos artrodesis intersomática multinivel con cajas intersomáticas más injerto óseo. Reducción definitiva con barras aplicando maniobras reductoras habituales. Finalmente completamos la artrodesis mediante petalización del espacio interlaminar contralateral, espinosas y espacios intertransversos junto con la colocación de injerto óseo propio, de banco y matriz ósea.

RESULTADOS:

Como resultados se han encontrado: - Corrección de la deformidad y descompresión del canal objetivadas mediante pruebas de imagen posquirúrgicas: RMN, radiografía, TC. - Mejora del dolor, recuperación importante de la bipedestación, deambulación y autonomía del paciente. Se aprecia también desaparición importante de la clínica radicular. La mejora continúa con el paso de los meses. - En nuestra serie de casos, a pesar de ser cirugías largas y complejas, no hemos objetivado complicaciones significativas intraoperatorias ni en el posoperatorio inmediato. Han tenido un comportamiento similar a la cirugía degenerativa estándar.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La cirugía mediante abordaje posterior TLIF multinivel en pacientes con escoliosis degenerativa del adulto se trata de

un tratamiento efectivo con alta tasa de éxito en pacientes que de por sí son complicados debido a su edad media-alta y su pluripatología. La corrección quirúrgica de la deformidad, la descompresión neuroquirúrgica que se consigue y el resultado clínico aplicando esta técnica son excelentes en nuestra serie. Hasta el momento actual, no hay descritos en la literatura muchas series de la aplicación de esta técnica quirúrgica en la escoliosis degenerativa del adulto.

CP055

COALICIÓN TARSAL EN EL ADULTO Y SU TRATAMIENTO.

Autores: Vargas García, R.; Domínguez Bermudez, J.F.; Muñoz Ortus, M.

Centro: Hospital Quirón Salud Campo de Gibraltar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Exponer dos casos de coalición tarsal sintomática en la edad adulta y el tratamiento realizado.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se exponen los casos 2 pacientes adultos de 44 y 21 años con diagnóstico de coalición calcaneoastagalina sintomática. El primer paciente acudió por presentar tumoración blanda en cara lateral de tobillo y dolor a la deambulación sobre cara lateral del pie. En RMN se observó tumoración blanda compatible con lipoma en cara lateral de tobillo y focos de edema reactivo y esclerosis en articulación talocalcanea posterior compatible con coalición fibrocartilaginosa. El segundo paciente presentaba dolor en cara medial del pie y tobillo a la bipedestación prolongada. Los hallazgos fueron los mismos en la RMN, a excepción de la localización en la parte interna de la articulación subastragalina. A la exploración, ambos presentaban retropié valgo y movilidad de articulación subastragalina dolorosa. Se completó estudio con TAC observándose signos degenerativos en articulación subastragalina en ambos pacientes.

RESULTADOS:

Ambos pacientes presentan buena evolución un año postcirugía con reincorporación a su actividad laboral sin la presencia de la sintomatología previa. Ambos presentan molestias en zona de inserción en talón de material de osteosíntesis. Ambos están pendientes de intervenir el pie contralateral, ya que la presentación de la coalición es bilateral y era sintomática en ambos pies.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La coalición tarsal en el adulto tiene una presentación clínica distinta al niño. Las más frecuentes son calcaneoastagalinas y talonaviculares. En el caso de las talonaviculares, el tratamiento suele ser la resección. Para las calcaneoastagalinas existe controversia. Si el paciente presenta un retropié valgo, existen cambios degenerativos o la coalición es mayor del 50% de la superficie articular se recomienda realizar una artrodesis. En nuestros casos, ambos pacientes presentaban cambios degenerativos en la articulación subastragalina, por lo que se optó por la artrodesis como tratamiento de elección siendo una técnica más definitiva sin probabilidad de recurrencia de la coalición y con mayor probabilidad de éxito en pacientes con afectación del retropié y cambios degenerativos. Se ha demostrado que la resección no restaura la cinemática normal disminuyendo el estrés de contacto sobre la superficie subastragalina.

CP056

PTC NO CEMENTADAS EN ANCIANOS. ¿CONSTITUYE LA OSTEOLISIS PRECOZ UN MOTIVO DE REVISIÓN DE LOS IMPLANTES?

Autores: Palacios Jiménez, M; González Herranz, J.

Centro: Hospital de la Merced, Osuna. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Establecer si la aparición precoz de líneas radiolúcidas en artroplastias totales de cadera (ATC) no cementadas en ancianos justifican el recambio de los componentes.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analiza retrospectivamente una cohorte de pacientes operados entre 2010 y 2014 de ATC primarias no cementadas. Las variables principales fueron edad, sexo, tiempo de seguimiento, puntuación de Harris Hip Score Test (HHS), satisfacción del paciente y signos radiológicos de osteólisis. Se incluyen 76 caderas válidas para el estudio con una media de edad de 81 años y un seguimiento mínimo de tres años. Un experto en cadera independiente al estudio analiza mediante radiografías seriadas la aparición de líneas radiolúcidas periprotésicas en los tres primeros años para ver si existe relación significativa con dolor, alteración funcional o la edad, que justifiquen un rescate de la ATC.

RESULTADOS:

El dolor y la función mejoraron en la mayoría de los intervenidos. Encontramos osteolisis acetabular en 22% de pacientes, más frecuente en varones, y 16% en fémur a los dos años, sin relevancia clínica. Solo se ha dado un caso de rescate protésico por aflojamiento.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los pacientes ancianos operados de ATC no cementadas mejoran en términos de funcionalidad y dolor. La aparición de osteolisis precoz debe ser contrastada con los síntomas del paciente, ya que en ausencia de relevancia clínica no se aconseja una cirugía de revisión. La fijación no cementada en ancianos ofrece buenos resultados funcionales, previa selección de pacientes con una buena calidad ósea, y en caso de dudas, esperar al momento intraoperatorio. No obstante, es necesario un seguimiento a largo plazo y mayor tamaño muestral para realizar conclusiones de peso.

CP057

DISTASIS PÚBLICA CONGÉNITA EN EL CONTEXTO DE UN SÍNDROME 22Q11.

Autores: Aguilar Martínez, A.J.; Simón Sánchez, F.J.; Bureo González, J.; Galadí Fernández M.L.

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las diástasis de la sínfisis del pubis son malformaciones infrecuentes y graves que resultan de un defecto en el cierre de la porción inferior de la pared abdominal. Esta diástasis puede originar complicaciones como la extrofia vesical, extrofia de cloaca, imperforación anal, ausencia o malformación del colon e incluso genitales externos malformados.

Presentamos el caso de una diástasis púbica congénita.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente mujer de 38 años que acude a nuestra consulta remitida desde medicina interna para valoración de la pelvis. Como antecedentes personales la paciente presenta un síndrome 22q11 y como antecedentes quirúrgicos fue intervenida de extrofia vesical y de una osteotomía vertical de hueso ilíaco y posterior tracción al cenit durante 3 semanas en su infancia.

Actualmente se encuentra asintomática, no refiere dolor a la movilización pasiva ni activa de ambos miembros inferiores. Presenta dificultad para subir y bajar cuevas y para deambular en terrenos no llanos.

Deambula con ayuda de un andador.

Como pruebas complementarias se realizaron una radiografía anteroposterior de pelvis y una telemetría de miembros inferiores en la que se observa una diástasis púbica de 16 cm.

Debido a que la paciente se encuentra asintomática, se decide no realizar una intervención quirúrgica por el momento.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La mayoría de los casos de diástasis pubiana descritos en la literatura suelen ser traumáticos y si la separación es > 10 mm en alguna prueba de imagen el tratamiento suele ser quirúrgico para restablecer el anillo pélvico.

Sin embargo, en los casos congénitos se suelen tratar las complicaciones que origina como extrofias viscerales, dolor o dificultad para la marcha y en caso de requerir cirugía, se opta fundamentalmente por las osteotomías pélvicas.

CP058

LUXACIÓN PERIASTRAGALINA MEDIAL ABIERTA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Autores: Aguilar Martínez, A.J.; Mansilla Vega, R.; Zafra Villar, J.

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las luxaciones periastragalinarias son lesiones poco comunes, que representan aproximadamente el 1% de todas las lesiones traumáticas del pie y el 1-2% de todas las luxaciones, y están asociadas con traumatismos de alta energía. Las luxaciones abiertas representan entre el 46 - 83% de todos los casos.

Presentamos el caso de un paciente con una luxación periastragalina abierta.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 48 años que acude a urgencias de nuestro hospital tras una precipitación de unos 7-8 metros mientras realizaba escalada. A la exploración presentaba incapacidad para deambulación, deformidad importante del pie y una herida en la cara medial de unos 5 cm exponiendo el astrágalo. Se inició terapia antibiótica con cefazolina 2 gr/8h + gentamicina 240mg/24h + metronidazol 500mg/8h y se realizó una limpieza de la herida con suero (6 litros aprox) además de limpieza

con cepillo de clorhexidina.

Se le realizaron unas radiografías en anteroposterior y lateral de tobillo y anteroposterior y oblicua de pie observándose una luxación periastragalina medial. Se redujo en quirófano tras reducir el tendón del tibial posterior que estaba interpuesto en el lateral. Se procedió a la inmovilización con férula posterior de tobillo y pie y a la realización de una tomografía computarizada que mostró una fractura conminuta del proceso lateral del astrágalo asociada.

RESULTADOS:

Actualmente el paciente refiere molestias que puede sobrellevar con antiinflamatorios a demanda. Puede caminar sin limitación funcional y decidió tratarse de forma conservadora la fractura asociada y en un futuro, si acaso, plantearse cirugía de secuelas.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En las luxaciones periastragalinas la reducción debe realizarse lo antes posible para evitar daños adicionales en la piel y estructuras neurovasculares. Para confirmar una adecuada reducción se debería realizar un tomografía computarizada que sirve además para descartar lesiones asociadas.

Algunos autores proponen 4 - 6 semanas de inmovilización, aumentando en función de las lesiones asociadas. En cambio, luxaciones puras sin inestabilidad, se recomienda un rango de movimiento precoz tras 3 semanas de inmovilización.

CP059

ROTURA CRÓNICA DE TENDÓN ROTULIANO Y RECONSTRUCCIÓN CON ALOINJERTO DE AQUILES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Palacios Jiménez, M.

Centro: Hospital de la Merced, Osuna. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Valorar resultados funcionales tras reconstrucción de tendón rotuliano con aloinjerto de banco.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 55 años con traumatismo leve en rodilla derecha, con gonalgia crónica exacerbada desde el episodio, motivo por el que acude al Sº de Urgencias en dos ocasiones, siendo alta con diagnóstico de gonartrosis. Valorada por COT a los 6 meses, ante la incapacidad de extensión activa y patela alta se realiza RM hallando rotura inveterada de T. Rotuliano. Es intervenida realizando reconstrucción del tendón rotuliano con aloinjerto de Aquiles de banco mediante 2 arpones en rótula y sutura tipo Krakow al muñon remanente de rotuliano distal. Tunelización de la plastia a TTA y fijación con tornillo interferencial bioabsorbible.

RESULTADOS:

Actualmente tras casi 5 años de evolución, la paciente ha recuperado su funcionalidad previa, con BA 0-100%, dolor crónico leve por su gonartrosis, pero es independiente y puede hacer sus actividades diarias, incluso deporte.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La deficiencia crónica del aparato extensor produce una discapacidad significativa con síntomas de inestabilidad y dolor. Es importante una buena exploración y anamnesis para el diagnóstico, sobre todo en paciente con signos degenerativos dolor crónico concomitante. Existen muchas técnicas de reparación según la disponibilidad de injerto del paciente, el tiempo de evolución y el grado de retracción de la rótula. El aloinjerto de Aquiles con o sin pastilla ósea es un método efectivo para la reconstrucción del tendón rotuliano con buenos resultados funcionales.

CP061

OSTEONECROSIS DE HUESO GRANDE.

Autores: Matas Llerena A.; Bellido González E.; Díaz del Río JM.; Sánchez Martos M.; Prados Moreno J.;

Centro: Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Compartir nuestra experiencia en un caso clínico poco habitual.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 55 años con traumatismo leve en rodilla derecha, con gonalgia crónica exacerbada desde el episodio, Paciente que acude por dolor y limitación funcional a nivel de mano izquierda que ha empezado hace 2 años según refiere a raíz de usar unas muletas tras una lesión en el perone. Refiere que el dolor ha ido en aumento. No ha tomado corticoides de forma crónica. No AP de interés. Exploración: F: 90°, E: faltan 10-20° desviación radial: 5° y pasiva 10-20°, desviación cubital: completa. Dolor a la palpación. EVA: 8. No toma analgésicos. RMN: Se visualiza imagen lineal marcadamente hipointensa en T1 en la región proximal del hueso grande asociado a hipointensidad de señal de la medular ósea adyacente en las secuencias potenciadas en T1 e hiperintensidad en las secuencias sensibles al líquido el hueso así como la presencia de pequeños quistes; muestra una ligera deformidad en su margen proximal y dorsal siendo el hallazgo compatible con un área de osteonecrosis en la región proximal del hueso grande. TAC muñeca: hallazgos compatibles con osteonecrosis evolucionada en polo proximal de hueso grande con ligero hundimiento de su superficie articular sobre imágenes radiolucientes subcondrales. Pequeño fragmento sugestivo de avulsión en margen radial de la articulación trapecioescafoidea

RESULTADOS:

Se interviene en quirófano bajo anestesia general e isquemia locorregional. Se realiza abordaje dorsal de muñeca con colgajo de base cubital de cápsula dorsal. Se identifica necrosis y destrucción de cabeza de hueso grande. Se procede a desbridamiento de superficies articulares escafolunocapitate, aporte de injerto óseo de banco y artrodesis escafolunogrande con tornillos HCS de 2.4mm (Synthes). Bajo escopia intraoperatoria se comprueba la correcta alineación y colocación del material. Lavado con SSF. Cierre de capsula dorsal y por planos. Piel con monofilamento. Inmovilización con férula volar de muñeca. En las revisiones del post-operatorio, la paciente persiste con dolor y con la toma de analgésicos puntuales, aunque refiere notoria mejoría con respecto a situación clínica previa

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En la literatura no hay descritos más de una decena de osteonecrosis del hueso grande. El tratamiento quirúrgico se debate entre artrodesis con tornillos o placa cuatro esquinas, las cuales se están dejando de emplear por movilización del material. El origen de la patología tampoco es conocido, ni si tiene origen hereditario.

CP062

FRACTURA LUXACIÓN GLENOHUMERAL ANTERIOR BILATERAL EN PACIENTE EPILÉPTICO PEDIÁTRICO.

Autores: Matas Llerena, A.I.; González Herranz, J.; Bello Alonso, C.; Torres Morillo, J.A.; Furest Esteve, M.

Centro: Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Compartir nuestra experiencia en un caso clínico poco habitual

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 15 años que presenta omalgia bilateral de 3 semanas de evolución a raíz de crisis epiléptica. Antes del episodio de hace 3 semanas, según refiere el paciente, conservaba movilidad completa sin dolor. No disponemos de imágenes radiológicas previas. A la exploración presenta abducción 100°, antepulsión 110° Mano-nalga, mano espalda Rotación externa limitada, interna limitada NVD conservado. En radiografía se aprecia fractura-luxación glenohumeral anterior bilateral con ambos troquíteres desplazados.

RESULTADOS:

En quirófano se realiza reducción abierta, refracturamos foco fractuario de ambos troquíteres y se recolocan cada uno con 2 tornillos canulados. En la revisión en consulta, el paciente aún tiene limitada la abducción y rotación externa, con necesidad de rehabilitación

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La luxación glenohumeral anterior bilateral en pacientes epilépticos es poco frecuente, siendo habitual la luxación posterior. Importancia de realizar radiografía inicial en todo paciente con episodio de epilepsia con omalgia asociada.

CP065

LIGAMENTOPLASTIA DE LCA Y MENISCO EN ASA DE CUBO EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Autores: Poyato Núñez, F.J.; Yrayzoz Fuentes, J.; Conde Albarracín, A.

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Objetivar evolución de plastia de LCA en paciente pediátrico en el que además se realizó menisectomía total por menisco interno en asa de cubo

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 14 años de edad, que tras sufrir una lesión de LCA y menisco interno de 9 meses de evolución, se somete a plasta ligamentosa de cruzado anterior. Presentando además lesión de menisco interno que se objetiva en asa de cubo. No se puede realizar reducción de lesión meniscal en asa de cubo realizándose meniscectomía total y se realizó plastia de LCA utilizando injerto autólogo de pata de ganso ipsilateral mediante control por escopia debido a las características pediátricas del hueso del paciente, colocándose además dos botones como método de fijación en las corticales de la tibia y el peroné.

RESULTADOS:

Se realizó una correcta intervención quirúrgica objetivándose rodilla estable tras la plastia ligamentosa. Posteriormente se objetiva correcta evolución del paciente en las 2 primeras consultas manteniendo flexión mayor de 90º y estabilidad en los primeros grados de rotación.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En pacientes pediátricos con lesión de LCA+ Asa de cubo irreductible se pueden obtener resultados satisfactorios a pesar de tener que realizar meniscectomía total.

CP066

VERSATILIDAD ANTE IMPREVISTOS. LISS INVERTIDA.

Autores: Rodríguez Rey, C.; Requena Sánchez, F.; Romero Passas, R.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Mostrar que con los conocimientos adecuados, los implantes pueden usarse de manera diversa ante imprevistos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 89 años que ingresa en nuestro servicio por fractura de cadera. Se realizan en urgencias radiografías AP y Axial de cadera diagnosticándose fractura subtrocantérea de fémur derecho. Una vez en quirófano, la paciente intubada y en mesa de tracción, se procede al control radiográfico bajo escopia de la reducción cerrada de su fractura. Observamos en este momento que la paciente es portadora de PTR derecha (ver imagen) y que el extremo proximal del vástago no nos permite tratar la fractura subtrocantérea con un clavo de la longitud adecuada (ver imagen). Ante este imprevisto, hemos de valorar rápidamente las distintas opciones quirúrgicas de las que disponemos. Decidimos realizar fijación interna con una placa LISS® larga colocada de forma invertida (zona distal de la placa destinada a cóndilos sobre trocánter mayor) y cerclajes.

RESULTADOS:

Tras la reducción cerrada y fijación interna mediante placa LISS invertida, el control radiográfico es satisfactorio, quedando los tornillos de bloqueo del extremo distal de la placa a nivel del trazo de la fractura, manteniendo una buena reducción (Imagen). Se mantiene en descarga y a los 4 meses los resultados clínicos son buenos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La planificación preoperatoria es un elemento fundamental en nuestra especialidad, se ha de contar con buenas proyecciones y radiografías adecuadas que nos permitan entrar a quirófano con ideas claras. En los casos en los que tenemos un imprevisto, se ha de mantener la calma y saber estudiar las distintas opciones posibles, los conocimientos sobre osteosíntesis nos permiten manejar con versatilidad los distintos implantes.

A través de un caso clínico donde el cirujano tuvo que optar por un implante entre cuyas indicaciones no estaba nuestra cirugía (placa LISS para una fractura subtrocantérea), puntualizar la importancia de la planificación preoperatoria, además del hecho de que conocimientos profundos sobre osteosíntesis amplifican las opciones de tratamiento ante imprevistos.

CP067

DEFORMIDAD ESPINAL NEUROMUSCULAR. TRATAMIENTO MEDIANTE TRACCIÓN PREOPERATORIA HALO-GRAVEDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Sánchez Molina, A.; Fuentes Caparrós, S.; Jiménez Alcaide, D.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los objetivos del tratamiento son conseguir: Un equilibrio coronal y sagital con mantenimiento de la curva. Una

estabilización pélvica. Una mejoría de la función general del paciente. Facilitar el cuidado y calidad de vida del paciente y de sus cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODO:

Anamnesis y Antecedentes personales:

Varón de 22 años con antecedentes personales de tetraparesia espástica secundaria a un daño cerebral de causa indeterminada y un GMFCS V. Es valorado durante 3 años en nuestras consultas por deformidad espinal rápidamente progresiva.

Examen físico y Pruebas complementarias:

Telemetrías: En el momento de toma de decisión quirúrgica partimos de una escoliosis rígida tipo IIB (en forma de C) según Lonstein de 105º, una cifosis toracolumbar de 99º y una oblicuidad pélvica de 26º que no permitía una sedestación adecuada.

Tratamiento:

Durante 6 semanas el paciente es sometido a una tracción preoperatoria Halo-Gravedad disminuyendo la curva en el plano coronal en 23º sin complicaciones y buena tolerancia.

Finalizado este periodo el paciente es sometido a una cirugía bajo control neurofisiológico y tracción intraoperatoria Halo-Femoral de fusión posterior desde T4 hasta iliacos mediante técnica de “todo tornillos” y maniobras de translación y desrotación vertebral contralateral.

RESULTADOS:

En el momento actual, y gracias a la corrección de la deformidad (mejora del ángulo de Cobb en 63º en el plano coronal) el paciente mantiene una estabilidad pélvica para la sedestación que mejora la calidad de vida del paciente y facilita su cuidado.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las deformidades espinales en pacientes con PCI son frecuentes y graves. La escoliosis es la deformidad predominante y se caracteriza por un comienzo precoz, una progresión rápida (incluso después de la madurez esquelética) curvas más largas, rígidas y sin respuesta al tratamiento conservador. Su incidencia está en relación con el tipo de lesión motora (más en espásticos), la gravedad de la afectación neuronal y el estatus ambulatorio. Con frecuencia, asocian oblicuidad pélvica, comprometiéndose seriamente la sedestación y dando lugar numerosas complicaciones. Las curvas en el plano sagital afectan igualmente a la sedestación y a la función pulmonar. Todo este tipo de consideraciones hace que la cirugía de raquis sea frecuente y necesaria en este tipo de pacientes. La tracción preoperatoria Halo-gravedad es una técnica no invasiva que permite una corrección gradual de la deformidad con buena tolerancia. Presenta una tasa baja de complicaciones y permite una detección temprana de los síntomas neurológicos.

CP068

POLIDACTILIA DE TIPO PREAXIAL A NIVEL DEL PRIMER DEDO DEL PIE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Ayllón Barranco, R.; Sánchez Rodríguez, L.; Novoa Buitrago, A.T.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La polidactilia se define como una anomalía congénita del desarrollo caracterizada por la presencia de dígitos supranumerarios. Puede ir asociada con síndromes genéticos, en su mayoría de carácter autosómico dominante con penetrancia variable.

En el caso del pie, presenta una incidencia aproximada del 1-1'7 por cada 1000 nacidos vivos.

Se puede clasificar como preaxial (15%); central; o postaxial (79%) según la ubicación de la duplicidad.

Presentar un caso de polidactilia completa de tipo preaxial a nivel del primer radio del pie en un paciente sin antecedentes personales ni familiares de interés.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de un varón de 19 años con duplicidad completa del dedo gordo del pie y duplicación de la uña. Clínicamente presentaba molestias en el dedo hipoplásico con heloma interdigital.

La radiografía mostraba la duplicación de las dos falanges y la duplicación de la zona distal o cabeza metacarpiana. A pesar de ser una polidactilia preaxial, según la clasificación de Venn-Watson, se diagnosticó de polidactilia del pulgar de tipo postaxial.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante exéresis del radio hipoplásico y de su cordón fibroso medial asociando un alargamiento del abductor hallucis y realizando una corrección de la alineación del dedo principal.

RESULTADOS:

Durante la intervención se consiguió un correcto balance a nivel de los tejidos blandos entre el primer y el segundo dedo, por lo que no fue precisa la fijación provisional con agujas de Kirschner. Se le realizó un vendaje funcional que se mantuvo

durante 6 semanas.

El paciente ha presentado una correcta evolución postoperatoria, sin complicaciones, tras un seguimiento de 12 meses.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La polidactilia preaxial del pie es una malformación congénita poco frecuente.

La corrección quirúrgica suele ser compleja, siendo necesaria la realización de una cuidadosa valoración de forma preoperatoria de cada caso.

Se recomienda preservar el dedo que esté más desarrollado o con la articulación metatarsofalángica más estructurada, para reducir la deformidad residual y la necesidad de una cirugía de revisión.

CP069

FRACTURA DE ESTRÉS EN PERONÉ ASOCIADO A PIE PLANO VALGO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Ayllón Barranco, R.; Garzón Alfaro, A.; Quirante García, S.

Centro: Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las deformidades de los pies representan un problema frecuente de consulta en Traumatología.

El pie plano asociados a disfunción del tendón tibial posterior representa del 3 al 10 % de los casos, y la mayoría se asocian un talo valgo.

Gran parte de estos pacientes pueden permanecer asintomáticos durante años.

Los pacientes pueden ser tratados inicialmente sin cirugía utilizando soportes ortopédicos, pero si la deformidad progresa, algunos requerirán cirugía correctiva.

Presentar un caso de disfunción tibial posterior con talo valgo asintomática que debuta con fractura por insuficiencia del peroné.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente mujer de 59 años, con antecedentes de Esclerosis Múltiple, con pie plano valgo grado I asintomático. Acude por dolor progresivo en cara lateral del pie y tobillo izquierdo a nivel de peroné distal y ligamento peroneoastragalino anterior (LPAA) sin traumatismo previo. Huella plantar con valgo de talones y dificultad para ponerse de puntillas.

Se le realizó resonancia magnética (RMN) que informaba de rotura parcial del LPAA y síndrome del seno del tarso, sin otros hallazgos patológicos.

Al persistir con la clínica durante un año, se realizaron radiografías seriadas que demostraron la fractura de estrés de peroné y un TAC que demostraba la presencia de fractura suprasindesmótica en tercio inferior de peroné, parcialmente consolidada.

Se decidió tratamiento conservador con plantilla con soporte de arco interno y ortesis tipo Walker para la marcha e infiltración del LPAA con anestésico y corticoide local.

RESULTADOS:

La paciente ha mejorado considerablemente del dolor y en la marcha, sin precisar intervención quirúrgica por el momento.

En pacientes con disfunción tibial posterior severa y valgo del retropié, el eje de carga se lateraliza y pasa directamente al peroné con un aumento de la incidencia de pinzamiento subfibular, lo que lo hace vulnerable a la fractura.

En este caso, la enfermedad neurológica contribuye a la alteración muscular y a la osteoporosis.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La fractura de estrés del peroné es una complicación poco frecuente y evitable.

Si se asocia a pie plano con retropie valgo rígido, tan solo la encontramos dos casos descritos previamente en la literatura.

En estos pacientes es recomendable el uso de ortesis con soporte de arco interno para prevenir la carga anormal de peroné, al igual que son útiles las osteotomías calcáneas.

Si la deformidad es muy avanzada asociada a cambios degenerativos de la articulación tibioastragalina, se puede optar por tratamiento quirúrgico con clavo de artrodesis tibio-talo-calcáneo.

CP070

ROTURA DE TENDONES PERONEOS EN PIE CAVO VARO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Ayllón Barranco, R.; Garzón Alfaro, A.; Sánchez Rodríguez, L.**Centro:** Hospital Clínico San Cecilio, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

En nuestro centro hemos apreciado un aumento de la frecuencia de patología de los tendones peroneos, muchos de ellos, asociados a pie cavo varo.

La patología tendinosa puede dividirse en tres grandes categorías: tendinopatía; subluxación y luxación; y desgarros y roturas tendinosas.

Hay estudios que estiman la prevalencia de roturas del tendón peroneo corto entre el 11% y 37%, mientras que las lesiones del peroneo largo son menos frecuentes.

Dentro de los pacientes que tuvieron que ser intervenidos quirúrgicamente por desgarros de dichos tendones peroneos, el pie era cavovaro en el 82% de los casos.

Presentar un caso de un paciente diagnosticado de pie cavo varo junto a insuficiencia y rotura de los tendones peroneos que precisó tratamiento quirúrgicamente de ambas patologías.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de un varón de 62 años con pie cavo varo flexible doloroso, de 4 años de evolución. En la resonancia magnética se diagnosticó de tendinopatía de los peroneos.

Se decidió intervención mediante osteotomía de Dwyer y sinovectomía pero, intraoperatoriamente el tendón del peroneo corto presentó una rotura longitudinal compleja, mientras que en el tendón del peroneo largo se encontró degenerado sin solución de continuidad. Por otro lado, observamos inestabilidad del ligamento lateral externo.

RESULTADOS:

El paciente fue sometido a una osteotomía de Dwyer con ascenso para la corrección del varo.

La estabilidad ligamentosa se llevó a cabo mediante tubulización y tenodesis del tendón peroneo largo en la apófisis estiloides del quinto metatarsiano con resección casi completa del tendón peroneo corto.

Para retensar y reconstruir el ligamento lateral externo, se utilizó la plastia de Arthex (InternalBrace) de maleolo perneo a cancano y sutura de las partes blandas mediante implante Mitex GII en astrágalo.

Inmovilización con férula de yeso durante 4 semanas y posteriormente ortesis Walker para permitir carga progresiva.

Tras tres meses de seguimiento, el paciente no ha presentado complicaciones.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las lesiones de los tendones peroneos son comunes y deben considerarse en todos los pacientes con dolor crónico lateral de tobillo.

Además de la resonancia magnética disponemos de pruebas de imagen dinámicas como la ecografía, que permiten un diagnóstico más preciso.

La relación de pie cavo varo con tendinopatía de los peroneos es una patología muy frecuente en la práctica clínica pero poco estudiada en la literatura.

La corrección del retropié con la osteotomía de Dwyer junto con la reconstrucción o cirugía de los peroneos parece reforzar la recuperación de dichos tendones y disminuye el riesgo de recurrencias.

CP071

TUMOR MIXÓIDE DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA.**Autores:** Mantic Lugo, M.; Tallón López, J.; Pérez Cobo, A.**Centro:** Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Recordar que los tumores con componente mixoide pueden presentarse en cualquier localización en el cuerpo. Deben tratarse con meticulosidad por presentar como diagnóstico diferencial entidades de naturaleza maligna.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presento el caso de una paciente de 53 años con una tumoración en el brazo izquierdo, tercio proximal del tríceps, de crecimiento progresivo en años, generando síntomas compresivos como parestesias, dolor y limitación funcional. Se realizaron pruebas de imagen y toma de muestras previo al tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS:

Las pruebas de imagen aportan diagnóstico de sospecha de hematoma, hígroma o tumoración con alto componente mixoide. Mediante PAAG se diagnostica de mixoma intramuscular, diferenciándolo del fibromixosarcoma o liposarcoma mixoide, entidades con cierto grado de malignidad. Dada la evolución benigna de este subtipo de tumor mixomatoide, sin propensión a la recidiva, se decidió tratar mediante extirpación completa de la lesión. Se realizó

confirmación diagnóstica histológica de la pieza operatoria de mixoma intramuscular de 7x5x4cm. Actualmente tras 3 años de evolución no presenta recidiva local ni a distancia en la paciente con remisión de la sintomatología.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El mixoma intramuscular tricipital es de presentación excepcional. Es una lesión benigna caracterizada por su latencia. Se debe diagnosticar correctamente, puesto que subtipos de la familia mixomatoide u otras neoplasias de características similares tienen una evolución maligna, cambiando radicalmente el tratamiento.

CP074

LESIÓN DEL CPE EN TRAUMATISMOS DEL MIEMBRO INFERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Muñoz Ortus, J.M.; Vargas García, R.; Toledo Romero, M.A.

Centro: Grupo Trahumane, Hospital Quirón Campo de Gibraltar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Sensibilizar en la importancia de la exploración y tratamiento precoz en lesiones del CPE en traumatismos del miembro inferior.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos politraumatizado de 74 años sin antecedentes personales de interés trasladado a nuestro centro casi 3 meses tras accidente de tráfico. Además de otras lesiones, en EII presentaba fractura de acetábulo, conminuta de tercio proximal de fémur y conminuta de pilón tibial que fue tratada en otro centro mediante PTC y fijación con placa y tornillos de pilón tibial A su llegada presentaba afectación del CPE izquierdo portando férulas específica. EMG/ENG: Afectación intensa de CPE a nivel proximal sin poder descartar que sea a nivel del nervio ciático. La exploración motora y sensitiva del miembro inferior era normal excepto la dorsiflexión del tobillo y sensibilidad dependiente de peroneo común. Se decide exploración quirúrgica nerviosa dada la clínica y el tiempo transcurrido desde la lesión.

RESULTADOS:

Mediante endoscopio se comprueba ausencia de lesión de nervio ciático tan proximal como se pudo así como de forma abierta del nervio sural y tibial posterior. EL CPE presenta ausencia de compresión a nivel distal de cabeza peronea pero sí a proximal por fibrosis y tras exoneurolisis se comprueba un GAP de unos 5 cm aunque presenta continuidad del epineuro. Se decide no injertar y decidir en un futuro según evolución. Tras 9 meses de fisioterapia presenta deambulación normal sin clínica neurológica.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La lesión del CPE es la lesión más frecuente tras traumatismos del miembro inferior y es difícil conseguir buenos resultados en su tratamiento. Las lesiones por tracción y compresión son habitualmente confundidas con lesiones nerviosas secundarias a otras etiologías. El tratamiento precoz es un factor pronóstico por lo que abogamos por una exploración quirúrgica precoz ya que en muchos casos la simple exoneurolisis resulta definitiva para el tratamiento de estas lesiones.

CP075

HAMARTOMA FIBROLIPOMATOSO DE NERVIOS MEDIANO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Autores: Muñoz Ortus, J.M.; Vargas García, R.; Domínguez Bermúdez, J.F.

Centro: Grupo Trahumane, Hospital Quirón Campo de Gibraltar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentamos un caso de hamartoma fibrolipomatoso en nervio mediano.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 5 años que acude a consulta por presentar crecimiento anómalo de 3er dedo mano derecha, pérdida de concavidad de palma de la mano y dolor de predominio nocturno y al coger objetos. RNM: Aumento del tamaño de morfología fusiforme del nervio mediano que se asocia a un tumor de partes blandas superficial lipomatoso que se extiende desde vertiente palmar de 3er y 4º dedos hasta túnel del carpo entre las fibras del nervio.

RESULTADOS:

Dado que la clínica y la RNM son compatibles con hamartoma fibrolipomatoso de nervio mediano se realiza tratamiento quirúrgico mediante exoneurolisis nervio mediano desde muñeca a palma de la mano. El postoperatorio cursó sin incidencias y tras dos meses el paciente se encuentra con ausencia de dolor y sin clínica neurológica.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El hamartoma fibrolipomatoso es una lesión rara de los nervios periféricos produciendo un crecimiento anómalo del tejido fibroadiposo de las vainas nerviosas. Suele afectar a los nervios del miembro superior, sobretudo al nervio mediano. En un tercio de los casos se acompaña de macrodactilia, principalmente en los dedos que corresponden al territorio sensitivo del nervio. La RNM es el gold estándar para el estudio de esta patología ya que sus hallazgos son prácticamente patognomónicos haciendo innecesaria la biopsia. Su tratamiento es controvertido siendo el más usado la liberación nerviosa de todos los sitios de compresión estando contraindicada la resección completa del tumor.

CP076

A PROPÓSITO DE UN CASO: FRACTURA LUXACIÓN DE LISFRANC TIPO C1 DE MYERSON.

Autores: González García, C.; Esteban del Castillo, J.L.; Cárdenas Rebollo, L.; Gómez Palomo, J.M.; Jiménez Garrido, C.

Centro: Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Revisión del tratamiento de un caso clínico de fractura-luxación de Lisfranc tipo C1.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se recogen datos de la estancia hospitalaria y seguimiento posterior en consulta. Paciente varón de 48 que sufre fractura-luxación de Lisfranc tipo C1 de Myerson tras traumatismo directo sobre dorso del pie. A la exploración física presentaba dolor importante, tumefacción e impotencia funcional de pie izquierdo, sin alteraciones neurovasculares. Presentaba un buen estado de partes blandas. Tras la realización de pruebas de imagen, en primer lugar radiografía simple anteroposterior y oblicua, y en segundo lugar Tomografía Computarizada, fue diagnosticado de Fractura-Luxación de Lisfranc tipo C1 de Myerson. Dadas las características de la lesión se decidió realizar tratamiento quirúrgico definitivo urgente en las primeras 24 horas siguiendo el manejo propuesto por Coughlin. Se optó por abordaje dorsal al medio pie entre 1º y 2º metatarsianos y 4º y 5º metatarsianos, hallando una fractura conminuta de base y cuello de 2º metatarsiano, luxación cuneo-metatarsianos de 1º, 2º y 3º metatarsianos y luxaciones tarsometatarsianas de 4º y 5º metatarsianos. Se realizó reducción abierta y fijación interna con tornillos de esponjosa 4 mm entre 1º metatarsiano y 1º cuña, 1º cuña y 2º cuña, 1º cuña y 2º metatarsiano, fijación con agujas K de 2mm entre 4º metatarsiano y cuboides y 5º metatarsiano y cuboides y enclavado endomedular con aguja K de 1,6mm en 2º metatarsiano. En cuanto a la sutura de herida quirúrgica, nos encontramos con imposibilidad de cierre total de abordaje dorsolateral por tensiones de partes blandas que se cubrieron con actisorb.

RESULTADOS:

Tras la cirugía, el paciente fue evolucionando favorablemente. A los 40 días de la cirugía se le retiraron la inmovilización y agujas K, comenzando con movilización sin carga. A los 2 meses comenzó con deambulación con carga parcial y 14 días más tarde con carga total del miembro.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas tipo C1 de Myerson son infrecuentes y constituyen una lesión grave por sus posibles secuelas funcionales, que requieren tratamiento urgente. El manejo es discutido y en nuestra experiencia el manejo según lo describe Coughlin ha tenido buenos resultados.

CP077

REVISIÓN LITERARIA SOBRE EL MANEJO DE LAS FRACTURAS DE MALÉOLO POSTERIOR.

Autores: Pérez Campos, M.; González Cuadrado, A.V.; Ballester Alfaro, J.J.

Centro: Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de maléolo posterior (MP) son un tema de controvertido pues existe debate acerca de su manejo. El tamaño del fragmento fracturado ha sido históricamente uno de los principales criterios en los que nos basamos para decidir el manejo de estos pacientes, sin embargo, existe cierta controversia sobre el valor de esta variable para determinar un manejo quirúrgico o conservador. En cambio, existe menos debate acerca del manejo de la fractura de MP cuando se produce mediante una fractura-luxación, incongruencia de la superficie articular o subluxación talar residual, ya que son características que evidencian la necesidad de una reducción quirúrgica.

El objetivo de este póster es llevar a cabo una revisión literaria de la última evidencia científica disponible acerca del manejo de las fracturas de maléolo posterior.

MATERIAL Y MÉTODO:

En este trabajo vamos a realizar una revisión literaria usando Pubmed como fuente de búsqueda. Fueron incluidos todos los estudios publicados en los últimos 5 años con los siguientes términos de búsqueda: posterior malleolar fracture, trimalleolar fracture, volkmann's fracture. Además, los términos MESH empleados fueron "diagnosis" y "treatment". Limitamos nuestro estudio a publicaciones únicamente en inglés y que fueran revisiones sistemáticas (nivel 1 de evidencia científica).

RESULTADOS:

Inicialmente 2867 artículos fueron seleccionados, de los cuales 25 fueron analizados finalmente tras haber cumplido los criterios de inclusión. Diferentes estudios defienden cada vez más la fijación de las fracturas de maléolo posterior tanto aisladas como en las que se ven comprometidas estructuras internas, externas o sindesmosis para evitar posteriormente una anormal redistribución de cargas pudiendo provocar lesiones de la sindesmosis o artritis postraumática. Los últimos estudios destacan que la prueba diagnóstica de elección debe ser la TC, para facilitar una adecuada preparación preoperatoria.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Existen evidencias que muestran la necesidad de fijar quirúrgicamente el fragmento de MP, sin embargo, el límite para el tamaño del fragmento no ha sido definido en los estudios publicados. La prueba de diagnóstico debe ser una tomografía computarizada para permitir una planificación precisa de la fijación.

CP078

FRATURA DE PELVIS TILE C3. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Martínez-Fons Delgado, P.; Belascoáin Benítez, E.; Martínez Sañudo, B.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de pelvis, excluido el acetábulo, pueden ser clasificadas atendiendo al mecanismo lesional en fracturas de baja energía y fracturas de alta energía. Las fracturas de alta energía, se asocian a accidentes de tráfico y deportivos, caídas de gran altura y accidentes laborales. Son fracturas que van a conllevar un alto grado de morbilidad por lesiones asociadas y que técnicamente son un desafío para realizar una óptima reducción quirúrgica de la misma. Presentamos en este caso clínico una fractura de pelvis inestable rotacional y verticalmente (Tile C3) con fractura bilateral de sacro (Denis I y Denis III) y el tratamiento que se ha realizado por nuestra parte. Paciente de 67 años que es traído a Urgencias por 061 tras aplastamiento por muro de hormigón. A su llegada y tras activar protocolo Politraumatizado (ABCDE) y tras realizar BodyTC es diagnosticado de Fractura de pelvis Tile C3 con fractura bilateral de sacro (Denis I y III respectivamente), sin déficit neurológico distal objetivado. Además asocia una fractura subtrocanterea fémur D y una fractura supracondílea fémur I.

Se realizó cirugía de control de daños con Fijadores externos supraacetabulares y en ambos MMII. Tras estabilización del paciente durante su estancia en UCI se procede a cirugía definitiva de las fracturas. En este caso la que nos ocupa ante conminución y complejidad de fractura cuerpo sacro D (Denis III) se decide realizar una reducción abierta y fijación de la fractura mediante bandas de tensión posteriores con placas de reconstrucción de 3,5mm contorneadas.

Se realiza en decúbito prono: abordaje a ambas articulaciones sacroiliacas y un abordaje posterior al ala sacra derecha para reducción directa de la fractura vigilando en todo momento compresión aplicada a agujeros sacros. Se aplica fijación anteriormente descrita. Tras reducción del arco posterior del anillo pélvico se procede a reducción indirecta de marco anterior mediante una placa puente en J sobre la sínfisis del pubis a través de abordaje de Pfannenstiel y ventana superior de abordaje inguinal.

Durante su postoperatorio en planta precisa de una nueva intervención quirúrgica debido a infección de herida quirúrgica abordaje a fractura de sacro D, por E. Cloacae con buena evolución de la misma tras la intervención y cuidados posteriores.

Tras 3 meses desde el alta hospitalaria el paciente presenta buena evolución de las heridas quirúrgicas. No se ha objetivado pérdida de reducción de la fractura de pelvis en radiografías de las revisiones y se ha comenzado carga parcial progresiva.

CP080

CIRUGÍA DE RESCATE DE GENU VARO EN PACIENTE CON RAQUITISMO MEDIANTE ARTROPLASTIA Y OSTEOTOMÍA FEMORAL.

Autores: Fernández Alba, G.; Rodríguez Huguete, P.; Pérez Sánchez, A.M.

Centro: Hospital SAS Jerez de la Frontera, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Valorar el resultado funcional y estético de la cirugía de corrección articular mediante artroplastia total de rescate en paciente con genu varo como secuela de raquitismo ya intervenido previamente con osteotomía valguizante infructuosa

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de un paciente al que se realiza artroplastia total de rodilla con vástago largo cementado, realizándose realineación mediante osteotomía femoral correctora.

RESULTADOS:

A los 6 meses tras la cirugía, el paciente presenta una correcta alineación del miembro intervenido, así como un balance articular de -10° / -80° , realizando actualmente carga completa del mismo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El raquitismo conduce con frecuencia a los pacientes a sufrir múltiples intervenciones correctoras dada la deformidad en varo que genera en los miembros inferiores, siendo sometidos a múltiples actos quirúrgicos que no siempre conducen a un resultado óptimo. Mediante la osteotomía femoral correctora y la artroplastia de rescate se consigue corregir la deformidad en estos pacientes, presentándose como un método de primera línea para el tratamiento quirúrgico de las deformidades angulares en los miembros inferiores de adultos.

Presentamos el caso de un paciente de 53 años, que había sido sometido a osteotomías femorales valguizantes en su infancia para corregir un genu varo desarrollado como consecuencia de sufrir raquitismo.

Dichas intervenciones habían dejado como secuela un genu varo bilateral de aproximadamente 30° . Se realiza intervención de rodilla derecha mediante artroplastia de reconstrucción con vástago largo cementado y osteotomía femoral para conseguir una correcta alineación articular.

CP081

TÉCNICA CHRISMANN SNOOK COMO TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD LATERAL DE TOBILLO.

Autores: Holgado Rodríguez de Lizana, A.; Jiménez Ot, J.J.; Olcina Meseguer, M.A.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

En nuestro caso clínico, una mujer de 59 años, acude a nuestra unidad de pie y tobillo refiriendo esguinces de tobillo de repetición. En la exploración observamos una prueba de cajón anterior y de inversión forzada positivas. Realizamos ecografía objetivándose una rotura completa del ligamento peroneoastragalino anterior. El objetivo de este póster es exponer el caso de una mujer de 59 años con inestabilidad de tobillo crónica tratada en nuestro hospital mediante la técnica de Chrismann Snook con resultados satisfactorios.

El esguince de tobillo es motivo frecuente de consulta en urgencias. En la mayoría de ocasiones responden de manera excelente al tratamiento conservador, pero se ha visto que alrededor de un 15-20% pueden evolucionar a inestabilidad crónica.

Esta inestabilidad queda definida como la sensación subjetiva de fallo en el tobillo. En una primera instancia el tratamiento será la rehabilitación, la persistencia de clínica tras seis meses con rehabilitación nos declinará a realizar una intervención quirúrgica. Existen múltiples técnicas para tratar la inestabilidad, de menos agresivas (técnicas anatómicas: reparación o ligamentoplastia) a más agresiva (técnicas no anatómicas).

En nuestro caso clínico, una mujer de 59 años, acude a nuestra unidad de pie y tobillo refiriendo esguinces de tobillo de repetición. En la exploración observamos una prueba de cajón anterior y de inversión forzada positivas. Realizamos ecografía objetivándose una rotura completa del ligamento peroneoastragalino anterior.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó la intervención y el posterior seguimiento durante 12 meses tras la intervención quirúrgica.

RESULTADOS:

En una primera instancia se decidió realizar una artroscopia de tobillo para visualizar el estado de los ligamentos del tobillo, con finalidad de poder realizar un Brostrom artroscópico. Durante la intervención visualizamos ausencia de ligamento peroneoastragalino anterior y peroneocalcáneo, desestimándose la realización de técnicas anatómicas. Se procedió a realizar en este caso la técnica de Chrismann Snook (técnica no anatómica). En el postoperatorio se inmovilizó con férula durante cuatro semanas, posteriormente se autorizó la carga con muletas y órtesis tipo Walker. Actualmente a los 10 meses se encuentra deambulando sin muletas y no ha tenido episodios de esguince de tobillo ni sensación de inestabilidad.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La inestabilidad lateral de tobillo es una patología infratratada actualmente. La indicación quirúrgica se debe considerar si tras seis meses de tratamiento rehabilitador adecuado continúa con clínica de inestabilidad. El gold standard actualmente es el Brostrom modificado. Se puede valorar realizar una ligamentoplastia en pacientes con inestabilidad de larga evolución y tejidos capsuloligamentosos de mala calidad. En pacientes con tejido insuficiente para realizar técnicas anatómicas, tenemos la posibilidad de tratamiento mediante técnicas no anatómicas entre las cuales se encuentra el Chrismann Snook.

CP082

PRÓTESIS MODULAR DE CADERA COMO TRATAMIENTO DE FRACTURA PERIPROTÉSICA. SERIE DE DOS CASOS.

Autores: Holgado Rodríguez de Lizana, A.; Serrano Trenas, J.A.; Olcina Meseguer, M.A.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fractura periprotésica de cadera es una patología relativamente infrecuente, de difícil manejo y potencialmente grave, este tipo de fractura tienen una incidencia en torno al 0,4% - 2,3% cuando se trata de prótesis primarias. Esta incidencia aumenta en cirugías de revisión 3%-5%. Que ya enlazaría directamente con lo que se indica en el documento de reporter.

En nuestro póster queremos mostrar dos casos de fracturas periprotésicas que tras múltiples intervenciones por fracaso de la osteosíntesis, han sido intervenidas en nuestro hospital mediante sistema de revisión de cadera curvo Revitan® (Zimmer Biomet). El objetivo de esta comunicación es exponer los casos de dos mujeres de 73 y 77 años respectivamente tratadas en nuestro hospital con éxito de fractura periprotésica tipo Vancouver B1 con prótesis modular de revisión.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó el seguimiento de ambos casos clínicos durante 4 meses tras la intervención quirúrgica.

RESULTADOS:

Se realizó la intervención mediante abordaje posterior ampliando con abordaje lateral de fémur. Osteotomía trocantérica. Extracción de material previamente implantado e implantación de vástago modular curvo. Actualmente a los 4 meses se encuentran deambulando con carga parcial.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La fractura periprotésica de cadera es una patología que está aumentando su incidencia en los últimos años. Este tipo de fracturas conllevan una gran morbilidad para los pacientes. Las prótesis modulares de revisión con cerrojos distales, pueden ser una posible opción para el tratamiento para las fracturas Vancouver B1 tras múltiples fallos de la osteosíntesis con buenos resultados.

CP083

PIE PARALÍTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE CEREBROVASCULAR TRATADO MEDIANTE TRANSPOSICIÓN DEL TENDÓN DEL TIBIAL ANTERIOR.

Autores: Holgado Rodríguez de Lizana, A.; Castro Chofles, L.; Olcina Meseguer, M.A.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El pie cavo neuromuscular puede tener dos etiologías principalmente. Puede ser de origen periférico y de origen central. Entre las causas del origen periférico pueden ser lesión del ciático poplíteo externo, o neuropatías como la enfermedad de Charcot Marie Tooth, la cual es la causa más frecuente de pie cavo neuromuscular. El resto de casos se deben a causas centrales, entre ellas trastornos del raquis lumbar, poliomielitis o secundarios a accidentes cerebrovasculares.

La incidencia del pie cavo por secuela de accidente cerebrovascular no está bien definida en la literatura debido a la poca casuística de esta patología.

En nuestro caso clínico, una mujer de 35 años, acude a la unidad de pie y tobillo por equinismo en pie derecho e imposibilidad para la deambulación. Como antecedente personal cabe destacar una hemiparesia espástica tras un accidente de moto que ocurrió dos años antes de venir a la consulta.

El objetivo de esta comunicación es exponer el caso de una mujer de 35 años con equinismo que tras un accidente cerebrovascular tratada en nuestro hospital con resultados satisfactorios.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó el seguimiento del caso clínico durante 12 meses tras la intervención quirúrgica.

RESULTADOS:

Se realizó la intervención del equinismo mediante una transposición del tibial anterior al cuboides, además en el mismo acto quirúrgico se procedió a un alargamiento del tendón de Aquiles y una osteotomía de Dwyer. El paciente estuvo inmovilizado con férula posterior durante seis semanas, a partir de esta se autorizó la carga con una órtesis tipo Walker. Actualmente a los doce meses se encuentra deambulando sin ayuda y sin colocación de órtesis.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los pies paráliticos como secuelas de accidente cerebrovascular son poco frecuentes. En estos casos lo que sucede es una parálisis espástica del tibial anterior por lo que una opción quirúrgica en estos casos es la transferencia del tibial anterior desde la base del primer metatarsiano y de la primera cuña, hacia una posición más lateral como la tercera cuña o la base del quinto metatarsiano. Previamente deberíamos haber comprobado la potencia del tendón tibial anterior, que esta sea suficiente, demostrado con una electromiografía y se hayan descartado alteraciones cutáneas y circulatorias.

CP084

PROTOCOLO FATS TRACK PARA ARTROPLASTIA PRIMARIA DE RODILLA: ACTUALIZACIÓN DEL IMPACTO EN LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA.

Autores: Zamorano Moyano, C.; Señor Ramírez, C.; Quevedo Reinoso, R.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El programa Fast Track o Recuperación Intensiva Funcional es usado para optimizar el preoperatorio y postoperatorio de la Artroplastia Total de rodilla con el fin de minimizar el impacto que la cirugía tiene sobre el paciente. Se basa en una educación previa del paciente, movilización precoz y control del dolor.

Evaluar si los pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla dentro del programa Fast Track tenían una menor estancia hospitalaria con respecto al protocolo convencional y ello no iba asociado a mayor tasa de complicaciones o reingresos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio casos y controles con una muestra de 71 pacientes tomados del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla, teniendo en cuenta la estancia media de cada paciente, la necesidad de reingreso y las complicaciones en el primer mes postoperatorio. Se repartió los pacientes en dos grupos: Grupo A con 51 pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla siguiendo el programa Fast Track y Grupo B con 20 pacientes que se aplicó el protocolo tradicional.

RESULTADOS:

Ambos grupos fueron comparables en cuanto a edad, sexo y clasificación ASA. La estancia media en el Grupo A fue de 29,1 horas menos que en los paciente del Grupo B lo que correspondería a una disminución del 33,8% la estancia media, una diferencia que fue estadísticamente significativa. Esta disminución no se acompañó de mayor tasa de reingresos ni complicaciones en el primer mes postoperatorio.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El protocolo Fast Track supone una mejor optimización de los recursos sin suponer para el paciente una mayor tasa de complicaciones.

CP085

PROGRAMA FAST TRACK: ACTUALIZACIÓN EN LA OPTIMIZACIÓN DEL USO DE HEMODERIVADOS EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA.**Autores:** Zamorano Moyano, C., Señor Ramírez, C.; Quevedo Reinoso, R.**Centro:** Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El programa Fast Track o Recuperación Intensiva Funcional es usado para optimizar el preoperatorio y postoperatorio de la Artroplastia Total de rodilla con el fin de minimizar el impacto que la cirugía tiene sobre el paciente. Se basa en una educación previa del paciente, movilización precoz y control del dolor.

El objetivo fue evaluar si los pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla dentro del programa Fast Track tenían una menor pérdida sanguínea con respecto al protocolo convencional.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio casos y controles con una muestra de 71 pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla, teniendo en cuenta la necesidad de transfusión y la pérdida sanguínea (evaluando la disminución de la hemoglobina en gramos/decilitros comparando los valores pre y post intervención). Se repartió los pacientes en dos grupos: Grupo A (n=51), en el que se pautó 2 gramos de ácido tranexámico intravenoso, 1 gramo postinducción anestésica (previo a la instauración de la isquemia) y otro al terminar la intervención (10 minutos antes de retirar isquemia), no siendo necesario colocar drenaje (Programa Fast Track). Grupo B (n= 20) en el que no se pautó ácido tranexámico y se usó drenaje, que fue retirado a las 48 horas (Protocolo convencional).

RESULTADOS:

Ambos grupos fueron comparables en cuanto a edad, sexo y clasificación ASA. La disminución de la hemoglobina fue de 0,98 g/dl mayor en el Grupo B, un 33,1% mayor que el Grupo A. El promedio de pérdida sanguínea intraoperatoria fue de estadísticamente menor en el Grupo A ($p<0,05$).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El protocolo Fast Track, que incluye el uso de ácido tranexámico y no empleo de drenaje, parece estar asociado a menor pérdida sanguínea durante la intervención y menor tasa de transfusión.

CP086

EPIFISIOLISIS DE TIBIA PROXIMAL ASOCIADA A FRACTURA DE TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR (TTA) TRAS TRAUMATISMO DEPORTIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Mejía Zea, J.; Aguilar Martínez, A.J.; Simón Sánchez, F.J.**Centro:** Hospital Virgen de las Nieves, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Las epifisiolisis de tibia proximal representan menos del 1% de las fracturas pediátricas. Generalmente se asocian a traumatismos de alta energía, mecanismos de varo-valgo o de hiperextensión. Pueden aparecer asociadas a una fractura de la TTA, en especial Ogden tipo III. Se asocian a lesiones de la arteria poplítea (5%) generalmente en mecanismos de hiperextensión, lesiones del nervio peroneo (5%), lesiones ligamentarias de la rodilla (luxación de rodilla), o síndrome compartimental (3-4%).

Revisar el manejo de las epifisiolisis de tibia proximal desplazadas a propósito de un caso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 15 años que tras frenazo brusco en carrera sufre un mecanismo de hiperextensión de la rodilla derecha. A nuestra valoración presenta importante dolor, impotencia funcional y deformidad de la rodilla, exploración neurovascular distal normal. En radiografía simple apreciamos una epifisiolisis de tibia proximal tipo IV Salter-Harris (S&H) con arrancamiento de la TTA. Inmovilizamos la rodilla con una férula inguinopédica. Completamos el estudio con una tomografía computerizada donde se confirma la epifisiolisis, con un trazo coronal que afecta a ambas plataformas, asociada a una fractura tipo III de TTA, decidiendo tratamiento quirúrgico de la lesión.

RESULTADOS:

Mediante abordaje longitudinal sobre la TTA realizamos reducción abierta de la TTA y de los fragmentos óseos con pinzas de reducción, y fijación con dos tornillos de cortical de 3,5 mm con arandela en TTA y dos tornillos de cortical de 4,5 mm con arandela supra-epifisarios, de anterior a posterior. Inmovilización con férula inguinopédica durante 5 semanas y mantenemos el miembro intervenido en descarga durante 2 meses. Al mes colocamos ortesis estabilizadora y aumentamos el rango de flexión 30° cada semana, e inicia rehabilitación supervisada.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Es fundamental el diagnóstico precoz y el manejo de este tipo de lesiones. La valoración neurovascular distal y descartar signos de síndrome compartimental es imprescindible. Es imperativa la reducción anatómica y la fijación estable, no se toleran desplazamientos fisarios >2mm. Las complicaciones más frecuentes son la pérdida de la reducción y alteraciones en el crecimiento (25%), en relación a discrepancias de longitud o desviaciones angulares.

CP087

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LUXACIÓN PERILUNAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: González Gutiérrez, J.A.; Ruiz García, S.; Martínez Espinosa, M.

Centro: E.P. Hospital de Poniente, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las luxaciones perilunares son lesiones traumáticas de alta energía que acontecen en el carpo. Suelen asociarse a otras lesiones, las más frecuente la fractura de escafoides y la fractura distal de radio. Mayfield describió un patrón lesional en 4 fases afectando solo a ligamentos, este patrón se puede seguir sustituyendo la lesión ligamentosa en esa fase por una fractura:

1. Lesión del ligamento escafolunar.
2. Luxación mediocarpiana, con luxación del hueso grande hacia dorsal con respecto al semilunar.
3. Lesión del ligamento lunopiramidal
4. Luxación volar del semilunar a través del espacio de Poirier.

Revisar el tratamiento en 2 tiempos de la luxación perilunar traumática a partir de un caso acontecido en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 27 años acude a nuestro servicio de urgencias por caída de alta energía mientras disputaba una carrera de mountain bike. A la exploración se aprecia desviación radial y dorsal de muñeca izquierda con impotencia funcional total e importante edema en partes blandas. En la radiografía de urgencias se aprecia fractura de estiloides radial con luxación perilunar. Se realiza tratamiento quirúrgico de urgencia mediante reducción cerrada y estabilización con agujas de Kirschner en el siguiente orden: 1º) aguja radiolunar 2º) aguja escafolunar 3º) aguja lunopiramidal 4º) aguja en estiloides radial Posteriormente, tras la mejoría de partes blandas, se realiza una cirugía definitiva de reconstrucción ligamentosa en el carpo mediante abordaje dorsal, colocando arpones para reparar el ligamento escafolunar y realizando sutura del resto de estructuras ligamentosas dañadas. En el mismo acto se realizó una fijación interna de la fractura de estiloides radial con 2 tornillos canulados.

RESULTADOS:

A las 6 semanas se retirarán las agujas de Kirschner que se habían colocado para favorecer la cicatrización ligamentosa en carpo y se comenzará un programa de rehabilitación intensiva para recuperación de fuerza y movilidad.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La cirugía en 2 tiempos de la luxación perilunar es un método de tratamiento a usar si las partes blandas impiden realizar una cirugía definitiva de entrada. Dicho método consiste en la reducción de dicha luxación y su estabilización provisional con agujas de Kirschner, en espera de la mejoría de partes blandas que permita realizar una reconstrucción ligamentosa definitiva. El conocimiento del patrón lesional de Mayfield y el orden de colocación de las agujas Kirschner en el tratamiento de urgencia es de vital interés. El tratamiento definitivo se realizará preferiblemente por vía dorsal y consistirá en la reparación de todas las lesiones asociadas.

CP088

CONDROLISIS IDIOPÁTICA DE CADERA EN ADOLESCENTE. NUESTRO ENFOQUE TERAPÉUTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Lorenzo Machado, R.; Sierras Cristia, A.; Rodríguez Matute, A.

Centro: Hospital General Básico Santa Ana, Motril. Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La condrolisis Idiopática (CI) de la cadera es una entidad poco frecuente, de etiología desconocida. Descrita originalmente como secundaria a epifisiolisis, se asocia también a trauma severo, inmovilización prolongada, Artritis Reumatoide monoarticular e infección. En 1971 Jones describe por primera vez casos de condrolisis no asociados a

patologías conocidas. Esta patología ha mostrado ser característica de adolescentes premenárquicas de 12 años en promedio, siendo menos frecuente entre varones.

Resaltar la importancia del uso de la Fijación Externa como una herramienta más en el manejo quirúrgico de la CI de cadera; mediante la presentación de un caso tipo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se reporta el caso de un paciente de 11 años, sin antecedentes de salud relevantes a excepción de Obesidad grado I, con cuadro de 10 meses de coxalgia, cojera y disminución del rango de movilidad articular de forma progresiva con flexo rígido de cadera y rotación interna nula. El laboratorio, la radiología y el estudio anatomopatológico fueron compatibles con CI de la cadera derecha. El tratamiento consistió artrodiastasis asociado a osteotomía femoral valguizante y de extensión percutánea, mediante Fijación Externa (FE) Híbrida con apoyo supra acetabular no articulada.

RESULTADOS:

Se reporta el caso de un paciente de 11 años, sin antecedentes de salud relevantes a excepción de Obesidad grado I, con cuadro de 10 meses de coxalgia, cojera y disminución del rango de movilidad articular de forma progresiva con flexo rígido de cadera y rotación interna nula. El laboratorio, la radiología y el estudio anatomopatológico fueron compatibles con CI de la cadera derecha. El tratamiento consistió artrodiastasis asociado a osteotomía femoral valguizante y de extensión percutánea, mediante Fijación Externa (FE) Híbrida con apoyo supra acetabular no articulada.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La importancia de este caso radica en lo infrecuente de esta patología, así como la necesidad de un diagnóstico precoz, siendo este siempre de exclusión. La fijación externa parece ser opción razonable y poco invasiva en la CI. Son necesarios más estudios enfocados en la patogenia de la CI, para así llegar a conclusiones sobre el tratamiento óptimo de dicha afección.

CP089

TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DE CADERA GRADO IV DE CROWE / III DE HARTOFILAKIDIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: González Gutiérrez, J.A.; Donaire Hoyas, D.; Raya Roldán, D.

Centro: E.P. Hospital de Poniente, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La displasia de cadera es una patología donde observamos anomalías en el tamaño, forma y/o disposición de la cabeza femoral, el acetábulo o ambos.

Su incidencia es de 1/1000 recién nacidos vivos.

Son factores de riesgo: presentación de nalgas, historia familiar de displasia de cadera, recién nacido primogénito, hiperlaxitud ligamentosa, oligohidramnios, bajo peso al nacer (<2500g), nacer en un medio rural y alta hospitalaria al parto (antes de los primeros 4 días de vida).

La exploración que debe realizarse a todo recién nacido para su despistaje se basa en las maniobras de galeazzi, ortolani y barlow y en la valoración de la existencia de asimetría de pliegues.

Ante una exploración positiva o paciente con factores de riesgo, debe solicitarse una ecografía. Si pasa desapercibida, originara una malformación en el adulto clasificada por Hartofilakidis y Crowe en función del grado de luxación y ascenso de la cabeza femoral.

Revisar el tratamiento quirúrgico de la displasia de cadera grado IV de Crowe y grado III de Hartofilakidis en el adulto a partir de un caso acontecido en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 62 años, con antecedente de artrodesis de cadera derecha, acude a nuestras consultas por coxalgia izquierda de años de evolución. Rango de movilidad muy limitado, sobre todo a la abducción de la cadera. En el estudio de imagen se aprecia displasia de cadera grado IV de Crowe/III de Hartofilakidis con dismetría de 8 cm. Se realiza cirugía consistente en un abordaje posterolateral de Moore, limpieza del paleoacetabulo y preparación del mismo para colocación de cotilo no cementado, osteotomía de acortamiento femoral de 8 cm, fresado del canal femoral y colocación de vástago modular.

RESULTADOS:

A los 2 años de intervención, la paciente permanece sin clínica de dolor en la cadera intervenida, adecuada movilidad y sin dismetría.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El estadije de la displasia de cadera se basa en las clasificaciones de Crowe y Hartofilakidis. Para su tratamiento, en estadios avanzados (Grado IV de Crowe y III de Hartofilakidis) es preciso realizar una osteotomía de acortamiento femoral que debe ser planificada de manera prequirúrgica. El cotilo deberá ser posicionado en el paleoacetábulo. El uso de prótesis de cadera modulares es útil en este tipo de cirugías.

CP090

RECONSTRUCCIÓN DE PARTES BLANDAS MEDIANTE COLGAJO CROSS-FINGER TRAS RESECCIÓN TUMORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: González Guitérrez, J.A.; Gallardo Ripoll, D.; Raya Roldán, D.

Centro: E.P. Hospital de Poniente, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Ante la pérdida de piel y tejido subcutáneo en un dedo, las técnicas con mejor resultado a largo plazo para su reconstrucción son los injertos pediculados.

Las razones para realizar un injerto pediculado cross-finger son:

- El resultado final funcional y estético es superior con el injerto cross-finger.
- La rica vascularización digital, aumenta las tasas de supervivencia del injerto y la sindactilia puede retirarse en 2 semanas de forma segura.

Las complicaciones en el dedo receptor son: necrosis, infecciones, retracciones, pérdida de sensibilidad. Las complicaciones en el dedo donante son: rigidez o retracciones.

El objetivo de nuestro trabajo es la revisión bibliográfica de las publicaciones existentes sobre el colgajo cross-finger a propósito de un caso acontecido en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 69 años acude al Servicio de Dermatología de nuestro hospital por presentar un nódulo eritematoso con tapón queratósico de 3x3 cm de superficie en dorso de falange proximal del 2º dedo de la mano derecha. La biopsia de la lesión evidencia un carcinoma epidermoide bien diferenciado. La resonancia magnética de la mano derecha muestra tumor en contacto con aparato extensor del 2º dedo. El paciente es llevado a quirófano en una intervención conjunta entre el servicio de Dermatología y Traumatología de nuestro hospital donde se realiza exéresis de la lesión tumoral. Al estar en contacto dicha lesión con el tendón extensor común del 2º dedo, se resecciona también dicha estructura. Se realiza reconstrucción tendinosa mediante plastia de Foucher y se reconstruyen las partes blandas mediante colgajo cross-finger procedente del dorso de la falange adyacente. Sobre el colgajo subcutáneo se aplica un injerto de piel total procedente de la zona inguinal. A los 20 días se corta el pedículo de unión del colgajo entre el segundo y el tercer dedo de mano derecha.

RESULTADOS:

Tras 6 meses de rehabilitación, nuestros resultados fueron: déficit de extensión de 20 grados en la interfalángica proximal del segundo dedo, conservando la flexión completa. Fuerza 5/5. Neurovascular distal conservado. Sin dolor. No existieron complicaciones en el injerto, ni en la zona donante ni en la receptora.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El colgajo pediculado cross-finger demuestra ser un método seguro para la reconstrucción de partes blandas en dedos, consiguiendo un resultado funcional y estético superior al conseguido con otros métodos.

CP091

TÉCNICA DE SHERIF PARA SINDACTILIA CONGÉNITA, MEJORA FUNCIONAL Y ESTÉTICA COMISURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Lorenzo Machado, R.; Rodríguez Matute, A.; López Álvarez, B.

Centro: Hospital General Básico Santa Ana, Motril. Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La sindactilia es una malformación digital donde los dedos de manos se encuentran unidos debido a un fallo en la apoptosis durante el desarrollo, prolongándose la comisura más allá de los 2/3 de longitud de la primera falange. Es una de las malformaciones de extremidades hereditarias más comunes, con una prevalencia de hasta 10 casos por 10.000 nacimientos. Se trata de una malformación de presentación heterogénea, y puede ser unilateral o bilateral,

simétrica o asimétrica. Su incidencia varía de 1 por cada 1650 a 1 por cada 3000 nacidos vivos; es 10 veces más frecuente en raza blanca y más común en el sexo masculino. En la mitad de los casos es bilateral y el 80% de aparición esporádica, con un 20% de casos de herencia autosómica dominante. Se clasifica en simple o compleja cuando asocia fusión ósea de dedos adyacentes. Según la extensión puede ser incompleta o completa cuando estos están unidos en toda su longitud, pudiendo también compartir una uña (sinoniquia). Existen múltiples técnicas para reconstruir el espacio interdigital. La mayor parte de estos flaps no puede reconstruir la forma en reloj de arena de la comisura y requiere injertos de piel para cubrir el defecto resultante entre los dedos separados.

Presentación de la técnica de Sherif, sin necesidad de toma de injerto como opción en el manejo de Sindactilias congénitas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 6 años con sindactilia simple completa 3er espacio interdigital, asintomático, pero problemas de autoestima debido a la deformidad. Se realizó colgajo de avance dorsal mediante Técnica de Sherif con formación comisural y cobertura por colgajos digitales, sin necesidad de injerto. Inmovilización postoperatoria y curas seriadas en consultas.

RESULTADOS:

Dos meses Postquirúrgico estaba satisfecho con el resultado estético conseguido y desarrollando su actividad sin problemas. No tuvimos problemas de cicatrización importantes, salvo pequeña necrosis de esquina de colgajo que cicatrizaron por segunda intención.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La técnica de Sherif para la reconstrucción de la sindactilia de la mano permite una separación digital efectiva de forma reproducible. Presenta un bajo índice de recidivas y evita la morbilidad derivada de la toma de injerto. Puede emplearse en sindactilia en el pie con resultados satisfactorios.

CP092

RECONSTRUCCIÓN PROGRESIVA HÍBRIDA CON APOYO DE FIJACIÓN EXTERNA MONOLATERAL EN SECUELA DE OSTEONCONDROMATOSIS MÚLTIPLE EN ANTEBRAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Lorenzo Machado, R.; Sierras Cristia, A.; Gumersindo Godoy, F.A.

Centro: Hospital General Básico Santa Ana, Motril. Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Osteocondromatosis múltiple (OM), es un trastorno hereditario autosómico dominante, descrita por Virchow en 1915. El 30-60% de pacientes con OM presenta deformidad en antebrazo, siendo la más común la combinación de disminución de la longitud del cúbito y arqueamiento de uno o de ambos huesos del antebrazo e inclinación cubital aumentada de la epífisis distal del radio. Las lesiones raramente se notan antes del 1º año de edad y a menudo hasta el 3º año de vida; una vez que termina el crecimiento, las lesiones no aumentan de tamaño. Sin tratamiento se incrementa la discrepancia de longitud, el arqueamiento del cubito, el ángulo articular radial, luxación carpal. Además, es característico luxación proximal radial. Diversas técnicas de tratamiento quirúrgico se mencionan desde excisiones de la exostosis, resección de la cabeza del radio, hemiepifisiodesis distal del radio con grapas, osteotomías alineadoras de radio y cúbito fijadas con placas, alargamiento del cúbito, los cuales tienen resultados variables. En general el objetivo final de estas cirugías es el de mejorar la función, y la apariencia del antebrazo, reduciendo la progresión de la deformidad.

Mostrar los resultados de la reconstrucción de deformidad compleja de antebrazo secundaria a OM mediante técnica híbrida de corrección progresiva mediante la presentación de un caso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Adolescente de 12 años de edad con deformidad progresiva del antebrazo, tumoración indolora y limitación en la pronosupinación progresiva. Pruebas de Imagen: Radiografía con OM, cubito minus y Pseudo Madelung del radio secundario, sin evidencia de luxación radiocubital proximal. TAC de reconstrucción para planificación quirúrgica. Abordaje volar distal, Exéresis de lesiones de OM, Osteotomía biplanar de cierre para corrección de deformidad radial fijada con placa volar anatómica y Alargamiento mediante método de Illizarov con fijador Monolateral previa Osteotomía percutánea del cubito proximal.

RESULTADOS:

Retirada del FE en la 3ra semana y férula termoplástica antebraquial de protección hasta la maduración del callo. Corrección parcial de la deformidad radial, alargamiento de 1.5 cm de cubito con equilibrio de articulación

radiocarpiana y radiocubital distal. Mejoría de la pronosupinación, movilidad de la muñeca y aspecto estético del antebrazo a los 4 meses de rehabilitación.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El diagnóstico tardío de OM puede condicionar la evolución de la misma y necesidad de técnicas más agresivas. El tratamiento debe ser escalonado y a la carta por la gran variabilidad interindividual, siendo muchas veces imposible los consensos. Cuando se realice alargamiento del cúbito se procure reseca los osteocondromas y se alargue hasta alcanzar una discrepancia de longitud de cúbito. Posterior al retiro del fijador externo del cúbito se puede colocar una férula antebraquial de doble ensamble para evitar fractura del callo óseo, angulación o deformidad del antebrazo.

CP093

LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RODILLA CON LESIÓN LIGAMENTOSA: RECONSTRUCCIÓN DE LA ESQUINA POSTEROLATERAL.

Autores: Mengual Delgado, J.I.; Cuevas Pérez, A.J.; Quevedo Reinoso, R.A.; Zapata Vizuet, A.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La esquina posterolateral (EPL) de la rodilla se compone anatómicamente de tres estabilizadores mayores (ligamento colateral lateral, complejo tendinoso del poplíteo y ligamento popliteoperoneo) y una serie de estructuras consideradas como estabilizadores secundarios (cápsula posterolateral, ligamento tibioperoneo, tendón del bíceps femoral, músculo gastrocnemio lateral y cintilla iliotibial). Estas estructuras poseen un papel fundamental en la estabilización posterolateral de la rodilla al resistir la rotación en varo, la rotación externa excesiva y la traslación posterior. Las lesiones de la EPL son relativamente infrecuentes pero muy incapacitantes y origen de comorbilidad en pacientes jóvenes y deportistas. Tan solo el 28% de estas lesiones ocurren de forma aislada y su asociación con lesiones del ligamento cruzado anterior (LCA) o posterior (LCP) es frecuente. El mecanismo de lesión suele implicar un traumatismo directo en región anteromedial de rodilla en hiperextensión aunque mecanismos indirectos de estrés en varo y rotación externa con rodilla en hiperextensión, incluso en semiflexión, pueden producir lesiones en este complejo. El estudio de imagen es complementario ante la sospecha clínica siendo comúnmente normales las radiografías y resulta de utilidad realizarlas bajo estrés, así como el estudio por resonancia magnética (RM), que define la localización de las estructuras dañadas. Si bien se han obtenido resultados favorables con el tratamiento conservador en grados leves y lesiones aisladas de la EPL, en la mayor parte de los casos se debe plantear tratamiento quirúrgico al tratarse de lesiones combinadas, obteniendo mejores resultados cuando se lleva a cabo en las primeras 2-3 semanas de la lesión.

El objetivo de esta comunicación es exponer un caso clínico tratado en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de un varón de 31 años que llega a nuestro centro derivado de hospital comarcal tras accidente de tráfico. Presentaba luxación de rodilla derecha así como luxación subastragalina lateral reducidas e inmovilizadas en la primera atención de urgencias. A su llegada se objetiva deformidad e inestabilidad a la exploración de rodilla derecha, anestesia en cara lateral y dorso de pie e impotencia a la extensión dorsal de dedos y tobillo derecho. Además presentaba cianosis, frialdad y ausencia de pulsos distales en dicho miembro. Pulsos poplíteo y femoral presentes.

Se realiza angio-TC objetivando oclusión de arteria poplítea derecha.

El tratamiento quirúrgico de urgencias fue llevado a cabo por Cirugía Cardiovascular, que procedió a realización de bypass poplíteo-poplíteo con injerto autólogo de vena safena interna, y Cirugía Ortopédica y Traumatología, que llevó a cabo fijación externa de rodilla. El paciente ingresó para control del dolor y vigilancia estrecha.

Tras 4 semanas de la lesión se retira fijador externo y se coloca estabilizador de rodilla dinámico. A la exploración clínica presenta laxitud lateral al varo forzado e inestabilidad mediolateral rotatoria sin recurvatum. En estudio de RM se objetiva lesión de la EPL asociada a rotura de LCA.

Se intervino de forma programada.

RESULTADOS:

La intervención quirúrgica se inició con una artroscopia en la que se confirmaron los hallazgos de la RM. En primer lugar se llevó a cabo la ligamentoplastia hueso-tendón-hueso del LCA con aloinjerto de cadáver. Finalmente se realizó la reconstrucción de la EPL según la técnica descrita por R. LaPrade.

El postoperatorio se inició con inmovilización en extensión y se aplicaron los principios de movilización precoz progresiva, asistidos por el servicio de Rehabilitación, manteniendo ortesis estabilizadora de rodilla y descarga durante 6 semanas. A los 9 meses se encuentra asintomático, presenta un balance articular de 0-120° con ausencia de inestabilidad a la exploración y lleva a cabo una vida normal.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento conservador de las lesiones de la EPL ha demostrado buenos resultados en aquellas en estadios I y II. Sin embargo los resultados son pobres en aquellas lesiones en estadio III (inestabilidad, cambios radiológicos bicompartimentales...), siendo la mejor opción en estos casos el tratamiento quirúrgico.

Las lesiones de la EPL presentan de forma aislada en un pequeño porcentaje de casos, siendo más frecuente encontrarlas en el contexto de una lesión ligamentosa de rodilla combinada, en concreto con la lesión del LCA como se muestra en nuestro caso. Por ello ante un mecanismo de lesión compatible, con resultado de lesión del LCA, se recomienda la evaluación de la EPL.

En nuestro caso clínico comenzamos por la reparación del LCA para restituir la articulación femorotibial. La reparación de las estructuras de la EPL afectadas no fue posible por lo que se optó por la reconstrucción. Si bien existen diversas técnicas para ella, en nuestro caso optamos por la reconstrucción anatómica según LaPrade. Esta reconstrucción anatómica ha demostrado reducir objetivamente en radiografías de estrés la laxitud en varo y subjetivamente en escalas de percepción de resultados clínicos postoperatorios. El tratamiento precoz en las primeras 3 semanas presenta resultados más favorables pero en nuestro caso no fue posible el mismo por la presencia de lesiones asociadas. Se realizó la reconstrucción con aloinjerto de tendón de Aquiles. Se realizó la fijación con tornillos biointerferenciales a nivel femoral de poplíteo y ligamento colateral lateral y fijación tibial con tornillo para poplíteo y de ligamento colateral lateral en cabeza de peroné.

Las lesiones de la EPL se presentan más frecuentemente asociadas a afectación multiligamentosa. El diagnóstico de las mismas implica la comprensión de las estructuras anatómicas posterolaterales y sus funciones. Un alto índice de sospecha clínica, así como el complemento de estudios de imagen para definir la localización concreta y el grado de lesión son claves para el diagnóstico precoz de estas lesiones. Actualmente el manejo preferido en grados severos de lesión es el tratamiento quirúrgico mediante la reconstrucción anatómica.

En el futuro serán necesarios más estudios de calidad para definir los resultados a largo plazo de las diferentes técnicas de tratamiento y protocolos postoperatorios.

CP094

ESPONDILODISCITIS TUBERCULOSA COMO CAUSA DE DOLOR LUMBAR EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Quirante García, S.; Sánchez Aguilera, A.J.; Jiménez Santiago, J.M.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La tuberculosis (TB) esquelética representa del 1% al 2% de todos los casos de TB, de los cuales la TB espinal contribuye a aproximadamente la mitad de ellos. Debido a la alta vascularización de la columna vertebral es el sitio más común de infección esquelética de tuberculosis. En los niños más pequeños, el disco a menudo se ve afectado debido a la anastomosis entre la placa vertebral y el disco. La diseminación hematogénica de la infección conduce a la destrucción del cuerpo vertebral y, cuando es extensa, puede provocar un colapso vertebral. Con una mayor propagación, la infección se extiende al espacio discal adyacente. Además de los cambios óseos, la infección también puede extenderse a los tejidos blandos y provocar abscesos paraespinales.

Presentar un caso de espondilodiscitis tuberculosa en una paciente de 4 años. Hacer hincapié en la necesidad de incluir la espondilodiscitis en el diagnóstico diferencial del dolor dorsolumbar en la edad pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 4 años, mujer, presenta dolor lumbar de características inflamatorias de un año de evolución. RM sugiere espondilodiscitis vertebral del disco L1-L2, con formación de absceso epidural y colección en psoas izquierdo. Prueba tuberculínica positiva. Se realiza punción-aspiración TC-guiada de la lesión con PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Inició tratamiento antituberculoso con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. En RM de control se considera estable el proceso vertebral por lo que se descarta cirugía.

Transcurridos dos meses la paciente sigue con dolor y presenta marcada cifosis dorsolumbar, marcha inestable e hiporreflexia rotuliana derecha con RM que evidencia afectación de las vértebras L1-L2-L3, compromiso del disco intervertebral L1-L2, compresión medular y desplazamiento de las raíces de la cauda equina. Se realiza evacuación de absceso, artrodesis instrumentada posterior y laminectomía descompresiva.

RESULTADOS:

Postoperatorio nueve meses de terapia antituberculosa la radiografía pulmonar y la RM raquídea resultan negativas.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento de las infecciones tuberculosas vertebrales necesita la participación de un equipo multidisciplinar.

Normalmente la terapia antituberculosa es suficiente para resolver la infección. No obstante, en presencia de signos clínicos y radiográficos de compresión medular o radicular, la cirugía representa la mejor opción terapéutica.

CP095

ARTROPATÍA RÁPIDAMENTE DESTRUCTIVA DE GRANDES ARTICULACIONES. A PROPÓSITO DE UN CASO DE HOMBRO HEMORRÁGICO SENIL.

Autores: Quirante García, S.; Sánchez Aguilera, A.J.; Jiménez Santiago, J.M.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El síndrome del hombro de Milwaukee es una artropatía destructiva del hombro que aparece en edad avanzada, asociada a depósitos de cristales de fosfato básico de calcio (BCP), con abundante derrame articular y rotura del manguito de los rotadores. Factores predisponentes pueden ser traumas violentos o microtraumas repetidos y subluxaciones recurrentes, un depósito simultáneo de cristales de pirofosfato deshidratado de calcio (CPPD), anomalías neurológicas (siringomielia, radiculopatías cervicales severas) o una insuficiencia renal que necesita tratamiento de hemo-diálisis a largo tiempo. En muchos casos, no es aún posible individualizar un factor causal.

Ilustrar una entidad anatómico-clínica muchas veces desconocida

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 79 años, refiere dolor a nivel del hombro derecho de 7 años de evolución con empeoramiento de los síntomas en los últimos tres meses.

El examen objetivo evidencia tumefacción extendida de todo el hombro, hipotrofia del supraespinoso e infraespinoso, frecuentes difusiones equimóticas, hígroma a nivel de la articulación acromioclavicular (signo de Geyser). Se observa reducción de la movilidad activa de la articulación, especialmente en la abducción, asociada a inestabilidad articular. El examen radiográfico evidencia ascenso de la cabeza humeral debido a rotura del manguito rotador, con esclerosis ósea subcondral y reducción del espacio articular glenohumeral. Por sospecha del "Milwaukee shoulder syndrome" a la paciente se le realiza una ecografía en la que se puede apreciar derrame articular e hipertrofia de la membrana sinovial. El diagnóstico es confirmado tras el examen del líquido sinovial, que es hemorrágico y no inflamatorio; para individualizar los cristales de BCP ha sido utilizada la coloración con rojo de Alizarina. Se le hace artrocentesis e infiltraciones locales esteroideas con buenos resultados.

RESULTADOS:

La paciente ha obtenido una recuperación funcional muy satisfactoria y, sobre todo, no refiere más dolor.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El cuadro puede ser inicialmente controlado con la toma de analgésicos o de AINES. Sucesivamente se necesitará artrocentesis evacuadora y eventualmente infiltraciones de esteroides, su efecto es, sin embargo, muchas veces transitorio. El uso de irrigaciones intra-articulares con solución fisiológica parece dar respuestas clínicas más duraderas respecto a las simples artrocentesis. La progresión de la patología lleva a la impotencia funcional completa y en tal caso, el tratamiento quirúrgico es el único recomendado al menos para una recuperación funcional parcial.

CP096

FRACTURA DE GANCHO CON LUXACIÓN CARPOMETACARPIANA ASOCIADA: RETO DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO.

Autores: Rojas Leandro, A.; Almagro Gil, M.I.; Jiménez Santiago, J.M.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El gancho es el hueso más cubital de la fila distal del carpo. Se compone de dos partes, cuerpo y gancho. Articula distalmente con 4º y 5º metacarpianos y tiene una forma triangular.

Las fracturas del cuerpo del gancho engloban <2% del total de fracturas del carpo, siendo una patología poco frecuente. El mecanismo lesional suele ser un traumatismo axial directo sobre el puño cerrado. Dependiendo de la posición de la muñeca, el trazo de fractura variará, pudiendo asociar luxación de 4º y 5º metacarpianos en un 15% de los casos. La clasificación actualmente más aceptada es la descrita por Cain.

La clínica de presentación es en forma de dolor e inflamación en el lado cubital de la muñeca, con dolor a la palpación del gancho.

Las proyecciones radiográficas simples anteroposterior y lateral pueden no ser un método fiable de diagnóstico, por lo que está recomendado realizar una proyección oblicua a 30º para visualizar la fractura. De forma general está indicada la realización de TAC para delinear el tipo de fractura y determinar el plan de tratamiento quirúrgico.

El tratamiento conservador que cada vez se encuentra más en desuso está reservado para fracturas extra articulares no desplazadas y que no asocian luxación. En cuanto al tratamiento quirúrgico, que es la línea de tratamiento más aceptada, consiste en una reducción abierta y fijación interna mediante tornillos interfragmentarios con o sin agujas de kirschner para realizar una estabilización temporal.

Las complicaciones posibles son la rigidez articular, la malunión de la fractura, o la infección.

Evaluar la efectividad diagnóstica y terapéutica de la fracturas de cuerpo de ganchoso para aumentar la calidad de vida y reducir las posibles complicaciones en su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 29 años, acude a servicio de urgencias tras traumatismo por puñetazo en mano derecha con el puño cerrado. Presenta componente vasculonervioso conservado, dolor e inflamación a nivel dorsal del carpo. En radiografías simples se observa pérdida de altura de 4º y 5º metacarpo, sin evidenciarse luxación posterior. Se completa estudio mediante TAC, donde se observa una fractura articular longitudinal en plano coronal del cuerpo del ganchoso, produciéndose interposición en el foco de fractura de bases de 4º y 5º metacarpos. Durante la primera atención se intenta reducción manual mediante tracción axial y se coloca férula posterior. Debido a la inestabilidad de la lesión, se procede a reparación quirúrgica mediante reducción abierta y fijación interna bajo control radiológico con dos tornillos a compresión en el ganchoso, tras la reducción de la fractura se comprueba estabilidad carpo-metacarpiana, por lo que no se realiza fijación temporal de 4º y 5º metatarsianos. Durante el postoperatorio el paciente presenta una evolución favorable. Se mantiene con férula posterior durante 4 semanas. En la evaluación postoperatoria al mes, presenta estabilidad carpo-metacarpiana y fuerza de agarre conservada.

RESULTADOS:

Durante el postoperatorio el paciente presenta una evolución favorable. Se mantiene con férula posterior durante 4 semanas. En la evaluación postoperatoria al mes, presenta estabilidad carpo-metacarpiana y fuerza de agarre conservada.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

-Las fracturas de cuerpo de ganchoso son una patología poco frecuente con un alto índice de diagnóstico tardío, por lo que conocer su mecanismo de lesión tras traumatismos directos por puñetazo en pacientes con clínica de dolor y con pruebas de radiología simple aparentemente normales, pueden conducirnos al diagnóstico precoz. -Se trata de una patología que asocia lesiones concomitantes en un alto porcentaje de casos, siendo la más frecuente la luxación (anterior, posterior o a través del foco de fractura) de 4º y 5º metacarpiano. De forma menos frecuente encontramos fracturas de escafoides o trapecio por la transmisión de las fuerzas a través del ligamento transversal del carpo. -Ante la sospecha de esta lesión, está indicada la realización de radiografía simple oblicua a 30º de pronación, completando estudio con TAC si se visualiza la lesión, o se tiene un alto índice de sospecha. -La reducción de la fractura y la restauración de la superficie articular con 4º y 5º metacarpianos son la base del tratamiento quirúrgico, y van a determinar los resultados funcionales a corto y a largo plazo. Tras la reducción y fijación de la fractura ha de comprobarse la estabilidad carpo-metacarpiana, realizando una fijación temporal de esta articulación mediante agujas de kirschner si se evidencia inestabilidad.

CP097

FRACTURA-LUXACIÓN DE CHOPART TRATADA CON SISTEMA DE DISTRACCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Montilla García, Z.; Rodríguez Huguet, P.; Marante Fuertes, J.

Centro: Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentamos el caso de un varón de 36 años con Fx-luxación bifocal de Chopart.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 36 años, con AP de ADVP, que acude a al servicio de URG con tumefacción y dolor a nivel de tobillo y pie izquierdos tras meter el pie en desnivel de terreno en vía pública. En Rx se aprecia Fx-luxación de escafoides tarsiano hacia dorsal, a la par que Fx-luxación de cuboides hacia plantar. Bajo anestesia raquídea en quirófano, se procede a reducción cerrada bajo escopia de las Fx-luxaciones mediante sistema de distracción. Se colocaron un pin transcalcáneo y otros dos pines en las bases del 1er y 5º metatarsianos. Por último, se realizó reducción cerrada y fijación interna de las Fx de cuboides y escafoides mediante dos agujas de Kirschner.

RESULTADOS:

Se realizaron sucesivas revisiones del paciente, en las cuales se mostró la progresiva consolidación de las fracturas y la adecuada reducción de las luxaciones. Finalmente, a las 6 semanas, se programó extracción de material de osteosíntesis, tras lo que se le autorizó a un apoyo progresivo con bastones.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Hay que prestar especial atención a los signos clínicos que nos lleven a sospechar una fractura y/o luxación de los huesos del tarso, ya que tratándose de una de las articulaciones de carga más importante del cuerpo, el no diagnóstico de las mismas, puede llevar a dolor crónico, disfuncionalidad y artrosis temprana entre otros. Por lo tanto, ante la ligera sospecha de este tipo de lesiones (ya sea por los signos clínicos, radiológicos, mecanismo lesional, etc.), hay que actuar en consecuencia con premura.

Las luxaciones del mediopié (Chopart) son lesiones raras. Para el diagnóstico es muy importante la sospecha clínica, así como también es determinantemente importante un tratamiento precoz. De no ser así, hay muchas posibilidades de secuelas posteriores e incapacidad. Estas luxaciones pueden venir acompañadas o no de fracturas. El tratamiento se basa en la reducción inmediata de la fractura-luxación, mediante reducción cerrada, en la mayoría de casos. Y posteriormente, se deberá mantener inmovilización con al menos 4-6 semanas.

CP098

EVIDENCIA OBJETIVA DE AFECTACIÓN VASCULAR ANTE UN SÍNDROME COMPARTIMENTAL EN EL PIE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Montilla García, Z.; Prado Cabillas, M., Santana Ramírez, S.

Centro: Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentamos el caso de un varón de 16 años que desarrolló un síndrome compartimental en el pie izquierdo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 16 años sin AP de interés, que acudió al servicio de URG de nuestro centro tras accidente de motocicleta. Tras este mecanismo de alta energía, el paciente fue diagnosticado de fractura de meseta tibial externa izquierda mínimamente desplazada y fracturas de escafoides tarsiano, cuñas intermedia y lateral y bases de 3º y 4º metatarsianos en pie izquierdo (asociadas a gran edema de partes blandas). A las horas de ingreso en observación se objetivó un aumento del edema en dorso de pie asociado a palidez generalizada con ausencia de pulso Pedio y Tibial. En las radiografías, se evidenciaron las lesiones mencionadas con anterioridad. En el Angio-TC realizado, se evidenció “defecto de relleno de contraste intraluminal en porción más inferior de arteria tibial posterior izquierdo y en arteria dorsal del pie izquierdo”. Ante la sospecha de síndrome compartimental se realizó fasciotomía de los cuatro compartimentos del pie (lateral, medial, central e interóseos).

RESULTADOS:

En el postoperatorio de la fasciotomía, el paciente recuperó pulsos Pedio y Tibial. Durante el ingreso del paciente, se objetivó una lesión a nivel de la articulación de Lisfranc, realizándose de manera programada una fijación con tornillos. Se retiró férula a las 9 semanas, autorizándose carga parcial. A las 12 semanas se autorizó carga total. El paciente ha seguido en revisiones y, meses más tarde ha logrado una recuperación funcional satisfactoria.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En este tipo de lesiones es importante llevar un control periódico de la evolución clínica, reflejando claramente la exploración (muscular, nerviosa, vascular), al igual que los signos clínicos. Siempre teniendo en cuenta que la forma de presentación de los síntomas puede variar entre pacientes. Las parestesias y el dolor exacerbado por movimientos pasivos de los dedos suelen ser las primeras manifestaciones clínicas en aparecer ante un Sd. Compartimental. En nuestro caso, éstas no fueron muy llamativas ni fiables. Por el contrario, nos encontramos con palidez y ausencia de pulsos periféricos en el miembro inferior, que son signos tardíos que aparecen cuando el flujo arterial está muy disminuido o dañado. Es por ello que tuvimos que realizar pruebas complementarias poco usadas en el diagnóstico de este síndrome, como es el Angio-TC. Diagnosticar un síndrome compartimental en sus fases tempranas es de vital importancia. Si el cuadro clínico es dudoso o la exploración equivoca, debe medirse la presión intracompartimental.

El síndrome compartimental es una patología temida, pero poco frecuente en nuestro medio. Se debe a un aumento de la presión intersticial dentro de un compartimento osteofascial a consecuencia del compromiso microcirculatorio. Los compartimentos más afectados son el anterior y el posterior de la pierna por tener una estructura osteofascial poco elástica. No obstante, este síndrome puede darse en cualquier lugar donde el músculo esté rodeado por fascia resistente (nalgas, hombro, mano, pie, etc.).

La afectación vascular que acontece secundaria al aumento de presión dentro del compartimento es bien conocida, pero habitualmente no llegamos a evidenciarlas de forma objetiva.

CP099

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN PIE ASOCIADO A INCIDENTALOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Montilla García, Z.; Santana Ramírez, S.; Martínez Pardo, F.**Centro:** Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Presentamos el caso de una mujer de 54 años con una tumoración en el 2º dedo del pie izquierdo en la que tras estudio mediante RM se diagnostica además de una tumoración en la articulación metatarsofalángica del primer dedo (incidentaloma).

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 54 años AP: HTA en tratamiento, hallux valgus pie izquierdo. Acudió a las CCEE de nuestro servicio por referir un nódulo doloroso en zona dorso-medial de zona IFP del 2º dedo del pie izquierdo. Se realizó una primera RM, que no aportó datos claros, por lo que se solicitó una segunda con contraste para dilucidar diagnóstico. En la misma se hallaron datos compatibles con tumor de células gigantes de la vaina sinovial o xantogranuloma. En este segundo estudio se descubrió también, de manera incidental, una lesión proliferativa sinovial en la 1ª articulación MTF, compatible con sinovitis villonodular. Se decidió biopsia escisional del tumor del 2º dedo debido al aumento del tamaño del mismo y a las molestias ocasionadas a la paciente y del incidentaloma dada sus características proliferativas. Ambas lesiones se remitieron a Anatomía Patológica que determinó: - Tumor de células gigantes tenosinovial (IFP 2º dedo pie izquierdo) - Sinovitis villonodular (MTF 1er dedo pie izquierdo).

RESULTADOS:

Se revisó a la paciente en varias ocasiones en las consultas externas. Tras más de un año de seguimiento no presenta dolor ni signos de recidiva local.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El método básico y más certero para el diagnóstico de tumores de partes blandas del sistema osteoarticular sigue siendo la entrevista clínica. La anamnesis y la son fundamentales para una correcta orientación diagnóstica. Las pruebas de imagen son un complemento al que recurrir para confirmar la sospecha clínica y/o descartar otras patologías. Sin embargo, hay que tener en cuenta que también pueden desarrollarse otras tumoraciones de manera silente y aparecer de forma casual en alguna prueba de imagen (incidentaloma).

Los tumores de partes blandas suponen una causa frecuente de consulta en Traumatología. Existe gran variedad de tipos, pudiéndose hacer un diagnóstico diferencial entre ellos de manera relativamente sencilla mediante su localización y sus características clínicas y apoyados en las técnicas de imagen. Es muy importante la sospecha clínica y, por encima de todo, discernir si son benignos o malignos.

CP100

LIGAMENTO DE VICKERS CONGÉNITO COMO CAUSA DE DEFORMIDAD DE MADELUNG EN ADOLESCENTE.**Autores:** Rojas Leandro, A.; Rodríguez Rey, C.; Tahiri, S.**Centro:** Hospital Universitario San Cecilio, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Evaluar la efectividad diagnóstica y terapéutica de la deformidad de Madelung en el paciente en edad pediátrica para aumentar la calidad de vida y reducir las posibles complicaciones secundarias a su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Niña de 11 años, diagnosticada de deformidad de Madelung bilateral en la infancia, sin otras enfermedades asociadas. Presenta dolor de muñeca de forma bilateral de 3 meses de evolución predominante en muñeca izquierda que no mejora con tratamiento médico. En la exploración presenta una prominencia palpable a nivel de cúbito dorsal, dolor sobre ARCD, sobre todo en la supinación (limitada a 30º) e inestabilidad cubital. Se completa estudio con RMN, visualizándose Ligamento de Vickers, y se indica intervención quirúrgica. Durante la intervención, se realiza escisión de ligamento de Vickers y osteotomía en cuña de apertura radial que se rellena con cemento fosfocálcico. Una vez reestablecida la morfología radial, se asocia osteotomía de acortamiento cubital para obtener una varianza cubital neutra, que se fija con placa LCP. Se bloquea ARCD con aguja de Kirschner.

RESULTADOS:

A las 5 semanas se realiza la retirada de aguja de Kirschner y se libera la ARCD, comenzando tratamiento rehabilitador. La paciente presenta una evolución favorable con mejoría significativa del dolor de muñeca y corrección de la

deformidad estética, manteniendo un rango de movilidad conservado tras tratamiento rehabilitador en un seguimiento de 9 meses.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La deformidad de Madelung es una patología que requiere un seguimiento periódico durante el periodo de crecimiento del paciente con el fin de controlar la clínica y la velocidad a la que la deformidad progresa, pudiendo realizar un tratamiento profiláctico si es necesario. El tratamiento quirúrgico en pacientes con deformidad de Madelung que cursan con dolor y deformidad estética en la muñeca se benefician de una mejora en la calidad de vida, tanto estéticamente como por la mejoría del dolor. El uso de cemento fosfocálcico como relleno en cuñas de osteotomía radial de apertura es una buena alternativa al uso de autoinjerto óseo y fijación con placa, eliminando la morbilidad de la zona donante y la implantación de material de osteosíntesis.

La deformidad de Madelung es una discondrosteosis congénita del radio distal. Es bilateral en el 74% de los casos, y provoca un déficit parcial de crecimiento de la fisis radial distal en la zona anterocubital.

Está provocado por un ligamento anómalo (ligamento de Vickers) que impide el crecimiento normal del radio por un mecanismo de atrapamiento en la zona afectada. La incurvación generada provoca un fallo de la articulación radiocubital distal (ARCD), una luxación cubital dorsal con varianza cubital positiva, impactación cubito-carpiana y un desplazamiento anterior del carpo.

La asociación a síndromes como como la displasia esquelética de Léri-Weill es frecuente (74%).

El dolor y la deformidad de muñeca con una luxación del cubito en la articulación radiocubital distal son las principales manifestaciones clínicas. El diagnóstico clínico se confirma mediante la presencia del ligamento en RMN. La principal indicación de tratamiento quirúrgico es el dolor, siendo el problema estético una indicación actualmente en controversia. El tratamiento quirúrgico profiláctico mediante la escisión del ligamento de Vickers, pudiendo asociar otras actuaciones (osteotomías, fisiolisis o incluso artroplastias), esta indicado en casos de rápida evolución de la deformidad en pacientes con alto potencial de crecimiento.

CP101

FRACTURA PERIPROTÉSICA DE BOTÓN ROTULIANO EN PACIENTE CON PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA.

Autores: Sánchez Aguilera, A.J.; Olmo Jiménez, J.M.; Quirante García, S.

Centro: Hospital Universitario de Jaén.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Mostrar el manejo de una fractura periprotésica de botón rotuliano en una paciente con artroplastia total de rodilla.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 81 años que tras una caída presenta traumatismo directo sobre la rodilla izquierda, donde tiene una artroplastia total de rodilla con conservación del cruzado posterior (CR) y botón rotuliano asociado, desde hace 14 años. En las radiografías se aprecia fractura del polo inferior de la rótula con desplazamiento de los fragmentos, constatándose la presencia del botón rotuliano inserto en el fragmento proximal.

RESULTADOS:

Se indica tratamiento quirúrgico, donde se confirma la estabilidad del componente protésico y suficiente stock óseo para realizar osteosíntesis primaria con cerclaje en 8. La evolución posterior es satisfactoria clínica y radiográficamente. Las fracturas periprotésicas de rótula son una nueva complicación en el espectro de las cirugías protésicas, aunque todavía infrecuente, con una incidencia del 0,7%. Algunos factores de riesgo son la obesidad, la interrupción del aporte vascular a la rótula, el grosor patelar o el eje del miembro. Su manejo quirúrgico conlleva un alto índice de complicaciones, por lo que el tratamiento conservador debe ser valorado. El tratamiento quirúrgico de elección es la osteosíntesis primaria, siempre que haya suficiente reserva ósea y no haya conminución extrema. Si el botón rotuliano está inestable, se prefiere la retirada al recambio por el importante riesgo de complicaciones asociadas a este gesto. En el caso de no poderse realizar la síntesis, se indicaría patelectomía parcial y reinserción tendinosa del aparato extensor. Ante un fracaso en el tratamiento, estaría indicada la patelectomía total para paliar el dolor y la reconstrucción del aparato extensor con aloinjerto.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas periprotésicas de rótula se pueden manejar mediante síntesis primaria, aunque hay que tener en cuenta alternativas por si el stock óseo o el tipo de fractura no la permiten.

CP102

TRATAMIENTO DE CUT-IN DE CLAVO CEFALOMEDULAR EN PACIENTE CON GRAVE COMORBILIDAD.**Autores:** Sánchez Aguilera, A.J.; Olmo Jiménez, J.M.; Pérez Fernández, P.**Centro:** Hospital Universitario de Jaén.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Los fallos en los implantes para fracturas osteoporóticas de cadera suponen un reto terapéutico tanto en la búsqueda de las causas como del mejor manejo para cada caso.

Mostrar el manejo de una complicación tipo cut-in de un clavo cefalomedular para el tratamiento de una fractura pertrocanterea en paciente con marcada comorbilidad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 90 años con antecedentes de cardiopatía severa que sufre un fallo tipo cut-in de clavo cefalomedular implantado tres meses antes. En el análisis de las causas, se aprecia una subóptima reducción de la fractura y ausencia de bloqueo distal por fallo de la técnica. Debido a las severas comorbilidades del paciente se indica reosteosíntesis en lugar de una cirugía más agresiva como sustitución protésica.

RESULTADOS:

Se realiza extracción del clavo y nueva reducción y enclavado con aloinjerto de hueso esponjoso al cuello. La evolución radiológica y clínica del paciente es satisfactoria, tras permitir carga precoz desde el postoperatorio inmediato. La incidencia de fallo cut-in es la literatura es del 6%. Consiste en un deslizamiento medial anómalo del tornillo cefálico por el clavo protruyendo por el extremo de la cabeza femoral, condicionando por definición la rotura de la misma. El tratamiento con mejores resultados es la artroplastía. Sin embargo, en pacientes con graves comorbilidades en los que se prefiere una cirugía con menor exposición, duración y sangrado, se puede indicar la reosteosíntesis, teniendo en cuenta que la tasa de fracaso debido al menor stock óseo esperable en el cuello puede llegar al 50% de los casos. Por tanto, se recomienda la aumentación del cuello con aloinjerto óseo esponjoso, para promover un mejor agarre del implante. La opción del polimetilmetacrilato (PMMA) que se puede utilizar para la aumentación de estos clavos no está indicada por el riesgo de salida intraarticular del cemento, por lo que se reserva para casos sin rotura del cuello o la cabeza femoral, como el pull-out.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento de elección del fallo cut-in de los clavos cefalomedulares es la artroplastía, pero en pacientes añosos con comorbilidades importantes se puede plantear la opción de un nuevo enclavado valorando la posibilidad de aumentar el stock óseo con aloinjerto esponjoso.

CP103

UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE. FRACTURA DIAFISARIA DE TIBIA CON ARRANCAMIENTO DE LA TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA EN UN ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Rodríguez Márquez, A.; Hoyos Perales, I.; Martínez Pardo, F.**Centro:** Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Las fracturas de la tuberosidad de la tibia (TTA) representa el 3% de las fracturas tibiales proximales. Esta lesión traumática es típica de la edad de crecimiento, cuando los músculos, tendones y ligamentos son más fuertes que la placa de crecimiento. El mecanismo lesional generalmente es la avulsión del tubérculo por una contracción brusca. Este tipo de fractura en un adulto es muy excepcional, y el mecanismo lesional es sobre todo por una contusión directa tangencial a nivel de la prominencia ósea.

Se presenta el caso de una paciente de 77 años con fractura diafisaria de tibia y peroné con arrancamiento de la TTA tras traumatismo de baja energía.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 77 años que acude a urgencias tras sufrir una caída casual en su domicilio.

AP: HTA y FA crónica.

La paciente refería dolor a la palpación en la cara anterior de tibia izquierda e impotencia funcional del mismo miembro con una exploración neurovascular sin alteraciones.

Se procedió a la inmovilización con férula inguinopédica inicialmente y se procedió a la reducción cerrada de la fractura bajo anestesia raquídea y control radiológico, realizando una osteosíntesis intramedular mediante la colocación de un clavo T2 de 300mm de longitud y de 9mm de diámetro con bloqueo distal estático y proximal dinámico. Dado que en

la tuberosidad anterior de la tibia se encontró una conminución importante del fragmento óseo unido al tendón rotuliano, se procedió a el anclaje del tendón rotuliano mediante la colocación de dos arpones. El protocolo postoperatorio incluyó una inmovilización del miembro inferior izquierdo mediante una ortesis tipo Don Joy bloqueada inicialmente a 0-30° de flexión para proteger la sutura del tendón y posteriormente se fueron aumentando los grados hasta completar los 90° a las 8 semanas, momento en el que se inició la carga parcial de la extremidad.

RESULTADOS:

A los dos meses y medio de la intervención, la paciente logró la extensión completa de la rodilla y flexo-extensión completa del tobillo. Apreciando signos de consolidación completa en los controles radiográficos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La edad adulta no está comúnmente relacionada con las fracturas de TTA, pero puede ocurrir, especialmente si el paciente es obeso y el hueso osteoporótico.

La reducción abierta y la fijación interna es el objetivo para preservar el mecanismo extensor de la rodilla después de las fracturas de tuberosidad tibial.

Se debe tener cuidado con la rigidez después de la cirugía (complicación inusual en edad pediátrica); pero también, para evitar roturas postoperatorias, no se debe permitir un rango completo de movimiento demasiado temprano.

CP104

PLACA DE FÉMUR PROXIMAL PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE CADERA.

Autores: Sánchez Aguilera, A.J.; García Carmona, M.; Corredor Cabello, A.

Centro: Hospital Universitario de Jaén.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas periprotésicas son un problema creciente debido al incremento exponencial de las cirugías protésicas. El auge de los nuevos implantes y componentes, con más posibilidades y versatilidad, así como al aumento en sus indicaciones, supone también la aparición de nuevas complicaciones.

Mostrar el manejo de una fractura periprotésica de cadera en un paciente con artroplastia total de rodilla con vástago femoral largo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 70 años con artroplastia total de rodilla izquierda con vástago femoral largo que sufre una fractura pertrocanterea tipo AO 31A1 ipsilateral. En la planificación preoperatoria se cuestiona la indicación habitual de clavo cefalomedular debido a la creación entre clavo y vástago de una zona de tensión significativa, con el riesgo asociado de fractura a ese nivel. Por tanto, se indica la fijación con una placa de fémur proximal sobrepasando la punta del vástago para tratar de evitar tal complicación.

RESULTADOS:

Se realiza reducción cerrada y fijación con placa de fémur proximal con un tornillo de 6,5mm paralelo al cócal y el resto del montaje con tornillos bloqueados a la placa de 4,5mm. Se solapa con el vástago protésico en 13cm y se colocan dos tornillos bloqueados a ese nivel. Se inicia un protocolo de movilidad inmediata en descarga. El auge de las fracturas por osteoporosis junto al de las cirugías protésicas supone en muchos casos la aparición de complicaciones con compleja estandarización del manejo. Se establecen como objetivos primordiales la estabilidad de la fractura, el cuidado de las partes blandas y la movilización temprana, teniendo que lidiar en ocasiones con otros implantes que condicionan significativamente el tratamiento. Como regla general, se recomienda evitar la interfase de hueso entre implantes para evitar el riesgo de una nueva fractura a ese nivel. Para ello, se antoja fundamental el manejo de diferentes y versátiles implantes para poder alcanzar todos los objetivos sin ocasionar en el mismo acto puntos de debilidad que pudieran ensombrecer el pronóstico.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las placas de fémur proximal son una adecuada opción para el manejo de las fracturas pertrocanterea periprotésicas, aportando suficiente estabilidad y permitiendo el solapamiento de los implantes.

CP105

TRATAMIENTO INVASIVO DEL DOLOR CON ELECTROESTIMULACIÓN MEDULAR.**Autores:** Almagro Gil, M.I.; Rojas Leandro, A.; Tahiri, S.**Centro:** Hospital Universitario San Cecilio, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Conocer alternativas al tratamiento conservador en pacientes limitados funcionalmente por dolor secundario a SDRC.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 35 años diagnosticado de SDRC crónico tras esguince de tobillo hace diez años. Se remite a la Unidad del Dolor y Rehabilitación. Tratado de forma conservadora con dosis altas de derivados mórficos y fármacos adyuvantes; posteriormente sometido a radiofrecuencia sin resultados. A pesar de ello persiste dolor en reposo hasta EVA 9-10. Dada la larga data y pronóstico se decide plantear EEM.

RESULTADOS:

Tras valoración por comité multidisciplinar, se procede a EEM dorsal de cordones posteriores a nivel D10-D11 en canal epidural, conectado a un generador subcutáneo en región supraglútea derecha. Un año después se evidencia mejora del dolor, con descenso de dosis farmacológica hasta un tercio de la que tomaba y satisfacción del paciente, aunque sigue con impotencia funcional notable e incapacidad para una marcha normal.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La gran incapacidad que produce la cronificación de esta afección, provoca un importante papel en el traumatólogo, así como en otros profesionales de la salud. El diagnóstico es clínico y debe ser precoz. El tratamiento con EEM mejora el dolor y la calidad de vida a corto-medio plazo, pero no la funcionalidad. Es una técnica reversible, que a diferencia de intervencionismo convencional, evita daños irreversibles en el tratamiento del dolor crónico. Se considera exitoso con 80% de cobertura en área de dolor y mantener al menos 50% de reducción del dolor al año. La clave del éxito está en la buena indicación.

El Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) es una entidad rara pero que en determinados pacientes tiende a la cronificación, hasta del 20%. Cursa con dolor exagerado y diversidad clínica, afectando a una extremidad. El tratamiento es complejo y es estrictamente sintomático, ya que su fisiopatología es desconocida. Precisa intervención multidisciplinar y, en ocasiones, en casos refractarios a las terapias habituales, es necesario realizar tratamientos intervencionistas, como la ElectroEstimulación Medular (EEM).

CP106

UTILIDAD DE LA PLACA MEDIAL DE TIBIA DISTAL CONTRALATERAL COMO TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS DE FÉMUR EN PACIENTES CON SECUELAS DE POLIOMIELITIS.**Autores:** García Carmona, M.; Sánchez Aguilera, A.J.; Palma Arjona, F.**Centro:** Complejo Hospitalario de Jaén.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Los huesos de los pacientes con secuela de poliomiелitis se caracterizan por presentar con frecuencia osteoporosis severa y alteraciones en su forma (deformidades importantes, canal intramedular estrecho, etc.) por lo que el tratamiento quirúrgico comprende grandes retos. En el fémur, las placas anatómicas bloqueadas que se utilizan hoy en día en el tratamiento de fracturas supracondíleas quedan a menudo sobredimensionadas en este tipo de pacientes, aumentando el riesgo de complicaciones (irritación de partes blandas, dehiscencias, fracturas intraoperatorias, etc.). El objetivo es describir el uso de la placa medial de tibia distal del miembro contralateral para el tratamiento de este tipo de fracturas en pacientes con secuelas de poliomiелitis.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de un varón de 59 años con secuelas de polio que ingresa en nuestro servicio por fractura supracondílea de fémur izquierdo tras caída en domicilio. Previo a la caída, el paciente era deambulante con ayuda de una ortesis en el miembro afecto. Dada las alteraciones anatómicas del paciente (miembro inferior corto y delgado, con escasa cobertura de partes blandas y alteraciones en la morfología del fémur) se optó por realizar una osteosíntesis percutánea con una placa medial de tibia distal derecha con tornillos bloqueados.

RESULTADOS:

Se consiguió una correcta alineación del miembro sin complicaciones postoperatorias. Debido a la mala calidad ósea se utilizó una ortesis estabilizadora de rodilla para las transferencias del paciente y se mantuvo en descarga durante 3 meses tras la cirugía. Posteriormente se autorizó carga parcial progresiva con bastones, con buena evolución en los siguientes meses.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El uso de la placa medial de tibia distal contralateral puede ser una alternativa a tener en cuenta en el tratamiento de fracturas de fémur en pacientes con secuelas de poliomielitis, dado que presenta una mejor adaptación a la anatomía del miembro y un perfil más estrecho que las placas de fémur actuales.

CP107

INCURVACIÓN POSTEROMEDIAL CONGÉNITA DE TIBIA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Autores: Baña Marcos, E.A.; Sotelo Sevillano, F.J.; Miró Jiménez, J.I.

Centro: Hospital Punta de Europa, Algeciras, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La incurvación posteromedial de tibia es una enfermedad rara y benigna. Aparece típicamente de forma unilateral, asociado a un pie talo que mejora con la edad, y a un acortamiento del miembro que tiende a aumentar con el tiempo. Su etiología es desconocida, aunque se piensa que puede ser debido a una posición intrauterina anormal. Recientes estudios describen que la ruptura del amnios conduce a efectos de compresión y por tanto puede ser causante de la deformidad.

Se han descrito actitudes conservadoras o intervencionistas dependiendo del crecimiento aberrante y la remodelación incompleta que pueda presentar el paciente.

Presentamos un caso de desviación posteromedial de tibia y peroné, el tratamiento llevado a cabo y sus resultados.

MATERIAL Y MÉTODO:

Desde el servicio de Pediatría se solicitó valoración por parte de Traumatología de una recién nacida de parto eutócico de 40 semanas, por presentar un acortamiento del miembro inferior derecho. Como antecedentes personales presentaba una agenesia renal derecha. Como único antecedente materno relevante, la madre padecía Lupus Eritematoso sistémico. A la exploración presentaba un acortamiento de dicho miembro, deformidad de pie talo derecho y clinodactilia de 1er y 5º dedos de ambos pies. En el estudio radiográfico simples anteroposterior y lateral muestran una desviación posteromedial de tibia y peroné derechos presentando angulación de 35º y acortamiento de unos 4 cm. Tras ser descartadas otras patologías más graves, se decide tomar una actitud expectante y realizar seguimiento con radiografías.

RESULTADOS:

La paciente presenta, tras el seguimiento con radiografías seriadas hasta los 14 años, una dismetría de 2.5 cm y angulación menor a 10º. Se le explicó la posibilidad de realizar un alargamiento óseo o una epifisiodesis que la paciente rechazó. Se mantuvo el seguimiento con el uso de alzas, con buena evolución clínica.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La incurvación posteromedial de tibia es una patología benigna, debido a que su evolución natural será hacia la corrección espontánea, por lo que se obtienen buenos resultados con el tratamiento conservador. Las férulas y estiramientos específicos pueden ser útiles en estos casos, aunque es frecuente que pueda quedar como secuela una discrepancia de longitud de los miembros inferiores. En base a esto se puede optar por el tratamiento quirúrgico (epifisiodesis, osteotomías correctoras y alargamientos óseos). Como conclusión se recomienda el seguimiento periódico hasta la madurez esquelética para controlar su arqueamiento residual, la discrepancia en la longitud de las extremidades y la deformidad del tobillo, y tratarlas según los defectos en la función.

CP108

OSTEOCONDROMA TIBIAL Y PERONÉ. ¿DÓNDE ESTÁ EL LÍMITE DE LA DEFORMIDAD PLÁSTICO?

Autores: Sotelo Sevillano, F.J.; Baña Marcos, E.A.; Hoyos Perales, I.

Centro: Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El osteocondroma conforma el 40% de los tumores benignos óseos más frecuentes y al 10% del total de los tumores primarios del hueso, apareciendo el 90% de forma espontánea.

Apareciendo sobretudo en varones en la 2ª década de vida, tienen un origen cartilaginoso y se localizan con mayor frecuencia en la superficie ósea de las metáfisis de huesos largos (fémur distal, tibia proximal y húmero), siendo la rodilla la ubicación más frecuente.

Clínicamente se presentan como masas asintomáticas sin curso maligno normalmente, pudiendo producir

deformidades asociadas.

Su tratamiento definitivo dependerá de los síntomas del paciente.

Se pretende presentar una serie de osteocondromas de localización atípica en tibia distal. Planteamos su diagnóstico y tratamientos realizados, discutiendo otros presentados en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se estudia una serie de casos en pacientes diagnosticados de osteocondroma de tibia distal y proximal de forma casual con importante deformidad del peroné. El 50% de ellos presentaban dolor a nivel del tobillo y un 25% a nivel proximal con sintomatología neurológica asociada por lo que se decidió, tras estudio con pruebas de imágenes, la exéresis de la lesión mediante un abordaje anterolateral sin osteotomía del peroné en los casos de lesión en tibia distal y un abordaje directo en tibia proximal.

RESULTADOS:

Todos los casos mostraron remodelación ósea y mejoría de los síntomas, sin deformidad de la articulación del tobillo y con movilidad activa-pasiva completa. La clínica neurológica se resolvió en el resto de ellos. Actualmente aproximadamente el 90% pacientes se encuentran asintomáticos y realizan vida normal.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los osteocondromas laterales de tibia distal son infrecuentes a diferencia de los de nivel proximal. No suelen precisar tratamiento quirúrgico salvo por tamaño y deformidad asociada, clínica o alteración neurovascular. Se han descrito diferentes tipos de abordajes a nivel distal siendo más utilizado el anterior, salvo en casos en los que la lesión se localicen en cara posterior donde se prefiere un abordaje postero-lateral con osteotomía del peroné, obteniendo buenos resultados en la mayoría de ellos.

CP110

USO DE TALLOS DE CRECIMIENTO EN UN CASO DE ESCOLIOSIS MUSCULAR ESPINAL TIPO II.

Autores: Gómez Rodríguez, M.; Fuentes Caparrós, S.; López Jordán, A.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Exponer el diagnóstico, tratamiento y evolución de un caso de escoliosis neuromuscular secundaria a Atrofia Muscular Espinal tipo II.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de una paciente de 11 años, diagnosticada en el año 2011 de Atrofia Muscular Espinal tipo II. Incapaz de deambular y gatear. Acude a nuestra consulta para valoración de escoliosis. A la exploración presenta escoliosis con giba torácica de 3 centímetros, muy reductible. En radiografías, curva torácica T5-T12 de 87°. No cifosis. Tras considerar opciones terapéuticas, se decide intervención quirúrgica: en un primer tiempo, se lleva a cabo una implantación de halo de tracción. En un segundo tiempo, se colocan tallos de crecimiento.

RESULTADOS:

Tras la intervención, buena evolución clínica: buen control del dolor, sedestación mantenida y corrección de la escoliosis de 34° (de 87° a 53°). Actualmente, pendiente de nuevo alargamiento.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los tallos de crecimiento están indicados en escoliosis idiopáticas, neuromusculares, sindrómicas y en algunas escoliosis congénitas, dando lugar a muy buenos resultados clínicos. Una desventaja de las barras de crecimiento es que provocan rigidez de la columna vertebral y la corrección obtenida con cada alargamiento es menor con el paso del tiempo.

La atrofia muscular espinal proximal tipo 2 (SMA2) es una forma infantil crónica de atrofia muscular espinal proximal caracterizada por una debilidad muscular y una hipotonía, resultado de una degeneración y pérdida de las neuronas motoras inferiores en la médula espinal y en los núcleos del tronco encefálico. La debilidad muscular (casi siempre simétrica) afecta principalmente a las piernas y a los músculos del tronco. Son comunes la insuficiencia respiratoria, la escoliosis y las fracturas en respuesta a mínimos traumas.

EL tratamiento de la escoliosis con tallos de crecimiento es una buena opción terapéutica en pacientes con grandes deformidades e inmadurez esquelética.

CP111

USO DE ÁCIDO HIALURÓNICO DE ALTA DENSIDAD COMO "PLANTILLAS BIOLÓGICAS" EN ATROFIA GRASA PLANTAR.**Autores:** Herrera Mármol, R.; Jiménez Blázquez, J.L.; Natividad Pedreño, M.**Centro:** Complejo Hospitalario de Jaén.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El dolor del talón plantar es un problema común entre los adultos; Puede provocar un dolor intenso que provoca una discapacidad y un deterioro significativos de las actividades de la vida diaria. El dolor del talón plantar puede deberse a causas locales, radiculopatías o sistémicas. Dentro de las causas locales más comunes de dolor en el talón plantar después de la fascitis plantar se encuentra la atrofia de la almohadilla de grasa del talón. La almohadilla del talón está compuesta por cámaras de grasa muy compactas rodeadas de tabiques colágenos circulares o cónicos y fibras de elastina. La reducción de las cámaras de grasa puede ocurrir como resultado de uno de tres mecanismos: atrofia simple de la almohadilla de grasa debida a la degeneración senil, el uso de esteroides o la enfermedad vascular del colágeno., lo que conduce a una disminución de las propiedades de absorción de impactos y al desarrollo del dolor al caminar. El dolor a diferencia de la fascitis plantar tiene una localización más central y superficial, visualizándose en imagen una franca alteración de señal de la grasa plantar, con normalidad del grosor y señal de la fascia plantar. Los tratamientos incluyen modificación del estilo de vida, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), rehabilitación y ortesis ortopédicas, inyecciones locales y cirugía.

Describir el uso de ácido hialurónico de alta densidad, para el tratamiento de una paciente seguida en consultas externas de traumatología infantil del Complejo Hospitalario de Jaén, con atrofia grasa plantar desarrollada durante el crecimiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza historia clínica de paciente de 12 años de edad, femenina, que acude a consultas externas de COT infantil derivada desde AP por talalgia bilateral, que no cede con toma de ibuprofeno de 400 mg cada 12 horas. La paciente refiere dolor mecánico en el centro y margen del talón durante la bipedestación prologada, marcha y actividad deportiva especialmente con los saltos. Refiere la sensación de tener una piedra en el zapato. El dolor empeora al andar descalzo y mejora con el reposo. En la exploración paciente con pies aparentemente normales. Dolor selectivo a punta de dedo en la base plantar del calcáneo. No dolor a nivel de la inserción aquilea. Llama la atención la escasa resistencia a la presión del tejido graso plantar que permite tocar prácticamente las prominencias óseas y la inserción de la fascia plantar a nivel calcáneo. Huella plantar en podoscopio normal. No afectación del estado general. Radiografía simple de ambos pies en carga completamente normal con fórmula metatarsal adecuada y arcos plantares formados. Llama la atención la escasez de partes blandas a nivel calcáneo. Se solicitó RNM de ambos pies para evaluar las partes blandas, EMG, Analítica sanguínea con perfil reumatoide, se puso tratamiento analgésico con ibuprofeno 600 mg cada 8 horas, ortesis plantar blanda (tipo taloneras), ejercicios de estiramiento, se derivó a la paciente a rehabilitación y se suspendió la actividad deportiva hasta nuevo control. Al mes se citó de nuevo a la paciente para Recogida de resultados y evaluación clínica. La RNM se informó como alteración en la disposición interna del paquete adiposo, asociado a la atrofia del mismo y a la disminución de los septos fibroelásticos que separan los diferentes compartimentos graso con juicio clínico compatible con atrofia grasa plantar a correlacionar con la clínica. La Analítica sanguínea fue completamente normal. La paciente refería que la sintomatología no había cedido y que se encontraba prácticamente igual cuando iniciaba la marcha. Se procedió a la inyección, en quirófano bajo condiciones de asepsia, de ácido hialurónico de alta densidad (60 mg/4 ml de hialuronato sódico de origen natural con un peso molecular de 1500-2000 kDa) guiada por ecografía, en todo el espesor de la almohadilla grasa de manera bilateral. Previamente se realizó sedación profunda mediante gases y bloqueo del nervio safeno interno ecoguiado con lidocaína al 2% para el control del dolor postinyección.

RESULTADOS:

Se revisó a la paciente a las dos semanas del procedimiento y se encontraba completamente asintomática. Se retiraron los medicamentos orales y las ortesis plantares, se reintrodujo la actividad deportiva y se volvió a revisar a la paciente a las dos semanas en consultas externas y para nuestra sorpresa continuaba sin clínica dolorosa. Actualmente presenta cita de revisión para 6 meses, a partir de los cuales se podría repetir el proceso asistencia mediante este método.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Aunque somos conscientes de las limitaciones que tiene este estudio y que los resultados del mismo son insuficientes para extrapolar el resultado a la población en general, siendo necesario más estudios para evaluar la eficacia del presente tratamiento, con este caso, se abre la posibilidad de la práctica terapéutica con viscosuplementación, mediante ácido hialurónico de alto peso molecular, para la recuperación de las características viscoelásticas del tejido adiposo, ayudando a mejorar la atrofia grasa plantar en pacientes pediátricos que son refractarios a los tratamientos habituales.

CP112

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO PEDIÁTRICO EN CADERA IZQUIERDA, TRATADO CON PLACA BLOQUEADA Y RELLENO ÓSEO.**Autores:** Natividad Pedreño, M.; Jiménez Blázquez, J.L.; Herrera Mármol, R.**Centro:** Complejo Hospitalario de Jaén.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El quiste óseo aneurismático es una lesión benigna, expansiva, no neoplásica del hueso, caracterizados por canales de sangre y espacios que están separados por tabiques fibrosos. Suele aparecer en la infancia generalmente y a nivel de extremidades. El tratamiento más habitual consiste en el curetaje y relleno con injerto. Cuando son muy grandes se tratan de una condición poco común y puede ser difícil de manejar debido al efecto destructivo del quiste en los huesos y el efecto compresivo en las estructuras cercanas, especialmente en los huesos del cuerpo que soportan peso, además de que en localizaciones poco accesibles a la cirugía suponen un reto terapéutico.

En objetivo de este trabajo fue evaluar la efectividad del tratamiento combinado con relleno del defecto con hidroxiapatita y médula ósea autóloga y fijación con placa LCP, como sostén en la resección de quistes óseos solitarios en cuello femoral, a través de un paciente atendido en el Complejo Hospitalario de Jaén, teniendo en cuenta la curación ósea y la reincorporación rápida a la vida social.

MATERIAL Y MÉTODO:

Valoramos a un paciente de 10 años de edad, derivado desde consultas de atención primaria, por presentaba dolor en la cadera derecha de cuatro meses de duración, junto con dificultad para caminar. No hubo otro historial contribuyente significativo. En la exploración física, hubo sensibilidad en la palpación profunda de la cadera izquierda y balance articular restringido para los movimientos de la cadera. La piel de la misma, era normal sin enrojecimiento ni venas dilatadas. Las radiografías simples revelaron una lesión lítica expansiva bien definida que involucra la porción proximal del fémur izquierdo en la región trocantérea y subtrocantérea de aproximadamente 5 cm x 5 cm. Se realizó una resonancia magnética de ambas caderas, que mostró una lesión hiperintensa en el extremo proximal del eje del fémur derecho con tabiques internos en una imagen ponderada en T2. Apareció hipointenso en la imagen ponderada en T1 y mostró una mejora no homogénea en estudio de contraste, que sugirió un quiste óseo aneurismático. El paciente se propuso para tratamiento quirúrgico ya que nuestra mayor preocupación era el riesgo de fractura existente dado el tamaño y localización de la lesión, y por eso nos llevó a optar por el doble tratamiento para maximizar las posibilidades de curación. Por tanto el paciente fue tratado con lavado del quiste óseo mediante dos trocares, uno de infusión y otro de lavado, para posterior fijación de la cadera mediante abordaje lateral, con placa pediátrica de cadera LCP 3.5 con tres agujeros para tornillos cervicales en la porción proximal y agujeros combinados para tornillos de cortical y de bloqueo en la porción distal, finalizando el relleno del defecto óseo con hidroxiapatita mezclada con médula ósea autóloga.

RESULTADOS:

Meses de seguimiento después, la lesión había disminuido, se constató el relleno total de la cavidad y osteointegración total del material incluido, así como una mejoría clínica del paciente que caminaba sin dolor y sin deformidad.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento de los quistes óseos aneurismáticos debe ser individualizado, teniendo en cuenta la ubicación del tumor, su agresividad y su extensión. Recomendamos que en los quistes óseos aneurismáticos que sean agresivos y grandes, próximos a la fisis, deben ser ampliamente curados y llenados con un injerto óseo autógeno junto a una fijación profiláctica para dar soporte al injerto y así prevenir enfermedades patológicas como la fractura.

CP113

MANEJO DE LESIÓN DE LISFRANC SUTIL. IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS.**Autores:** Martínez López, I.; Pineda Diéguez, S.; Merino Gallardo, B.C**Centro:** Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La lesión de Lisfranc es una fractura-luxación compleja de la articulación tarsometatarsiana. Dada su baja incidencia (1/60.000 habitantes/año) y sutileza de las alteraciones radiográficas en las lesiones más leves, hasta el 20% pasan inicialmente inadvertidas, lo que conlleva a una alteración de la biomecánica del pie y predisposición a artrosis precoz.

MATERIAL Y MÉTODO:

Resaltar la importancia de la valoración clínica y radiológica en urgencias ante la sospecha de esta lesión a través de dos casos clínicos de Lisfranc sutil.

Varón de 67 años que acude a urgencias tras caída de motocicleta sobre dorso de pie izquierdo con gran tumefacción. Las radiografías iniciales no identifican ninguna lesión y el paciente es dado de alta. A los 4 meses, acude de nuevo a

urgencias por persistencia de dolor. Tras realizar radiografías del pie en carga se diagnostica de lesión de Lisfranc. Se trató con reducción abierta y artrodesis mediotarsiana con tornillos interfragmentarios y placa dorsal de neutralización.

Mujer de 47 años que acude a urgencias tras torcedura de pie mientras bajaba una escalera con dolor e impotencia funcional a nivel de mediopie. En las radiografías iniciales no se identificó ninguna lesión y es dada de alta. Al mes acude de nuevo a urgencias por persistencia de clínica. Se solicita TAC que informa de lesión de Lisfranc estadio II de Vertully. Se procedió a reducción abierta y fijación interna con tornillo de 4 mm de esponjosa desde 1º cuña a 2º metatarsiano y placa de soporte dorsal en 2º metatarsiano y 2º cuña.

RESULTADOS:

Ambos pacientes se mantuvieron en descarga durante 8 semanas tras la intervención quirúrgica, comenzando con carga parcial progresiva a partir de este momento. Se valoraron a las 4, 8 y 12 semanas con evolución favorable. Actualmente se encuentran asintomáticos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Resulta fundamental conocer los signos clínicos y radiográficos de la lesión de Lisfranc para diagnosticarla y tratarla correctamente, ya que no hacerlo predispone a la aparición de secuelas incapacitantes a nivel del mediopie. Aun así, la reducción anatómica no siempre impide la evolución a la artrosis.

CP114

CIRUGÍA DE REVISIÓN EN SÍNDROME DE IMPACTACIÓN ULNOCARPIANA: CASO CLÍNICO.

Autores: López Morales, M.,; López Álvarez, B.; Cartagena Roa, L.

Centro: Hospital Santa Ana. Motril, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La carga excesiva cúbito-carpiana genera una impactación articular con degeneración progresiva del fibrocartilago triangular (FCT), causa común de dolor cubital de la muñeca. La varianza ulnar positiva es el factor predisponente más frecuente, en relación inversa con el grosor del FCT. Presenta diferentes etiologías congénita, traumática o dinámica. La clínica se exacerba por el agarre fuerte, la pronación y la desviación cubital. La prueba de esfuerzo cubitocarpiana o el Gripping Rotary Impactation Test constituyen maniobras especiales de provocación. Como criterios diagnósticos encontramos: ulceración/lesión quística semilunar y/o cabeza cubital en Rx, baja intensidad de señal en semilunar en secuencias T1 de RM o lesiones degenerativas del FCT en artroscopia (Palmer clase 2). La osteotomía de acortamiento es útil para la transferencia de cargas a la articulación radio-carpiana.

Diagnóstico diferencial del dolor cubital tras fractura de extremidad distal de radio (EDR).

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 15 años que presenta epifisiolisis tipo II de EDR izquierdo, acompañada de fractura de tercio distal de cúbito, que fue tratada con aguja de Kirschner (AK) en cúbito. Se observa una consolidación viciosa del radio con acortamiento progresivo y cierre fisario precoz de la EDR, dando lugar a un varianza ulnar de +3mm y aparición de dolor cubital con pronación limitada en 30°. En un 2º tiempo se realiza osteotomía correctora del radio aportando injerto trapezoidal y fijación con AK. En sucesivas revisiones, se evidencia consolidación radial y crecimiento normal del cúbito dando lugar de nuevo a un cúbito plus. En un 3er tiempo se procede a la osteotomía de acortamiento cubital y fijación con placa, siendo éste el tratamiento definitivo.

RESULTADOS:

Al 4º mes, movilidad completa y persistencia de leve dolor a la presión cubital vigorosa y molestias en actividades que impliquen rotación de muñeca.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La osteotomía de acortamiento cubital es un procedimiento relativamente simple y con menores complicaciones que la de alargamiento radial más injerto. Es efectiva para tratar la sintomatología, con buenos resultados a largo plazo, tanto radiológicos como de dolor, movilidad y funcionalidad. Es necesaria una óptima planificación preoperatoria para minimizar en lo posible la probabilidad de artrosis radio-carpiana.

CP115

GANGLIÓN DE CADERA EN PACIENTE PEDIÁTRICO.**Autores:** Natividad Pedreño, M.; Jiménez Blázquez, J.L.; Herrera Mármol, R.**Centro:** Complejo Hospitalario de Jaén.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El ganglión es un pseudoquiste que se presenta como un nódulo bien definido, de consistencia firme, formado por paredes de tejido fibroso y una capa de células discontinuas pseudosinoviales, con contenido mucinoso espeso y que frecuentemente está cerca de una articulación o una vaina tendinosa. Dependiendo de su ubicación, existen varios tipos histológicamente similares. Las manifestaciones clínicas varían dependiendo de su localización y tamaño: pueden comportarse como proceso expansivo, desplazando o comprimiendo estructuras vecinas, ser asintomáticos y a veces provocar una molestia estética al paciente o, ser un hallazgo radiológico incidental.

A propósito de un caso de ganglión de cadera derecha hemos revisado la literatura. Se trata de una tumoración de partes blandas cuya incidencia es muy baja en edad pediátrica (inferior 2%) y aún más raro es la presentación en dimensiones mayores a 25 mm. Existen varias opciones de tratamiento; sin embargo, el tratamiento de elección para evitar la recurrencia es la extirpación quirúrgica en su totalidad del ganglión.

Se procede a presentar el caso de un paciente evaluado y tratados de por el Departamento de Cirugía ortopédica y Traumatología infantil del Complejo Hospitalario de Jaén, realizando tanto el estudio clínico como anatomopatológico por el interés que supone una afectación tan rara.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza historia clínica de paciente de 10 años de edad, que acude a consultas externas de COT infantil derivado desde AP por dolor inguinal y cojera de 4 meses de evolución que le limita sus actividades diarias. Tiene dolor en la ingle y zona glútea derecha a los movimientos de hiperextensión de cadera derecha. No existe alteración del estado general. Coxalgia derecha de características mecánicas que aumenta con la marcha y la actividad deportiva. El paciente ha recibido el diagnóstico de sobrecarga mecánica y ha seguido tratamiento con analgesia habitual según peso, sin mejoría alguna. En la exploración marcha normal, con el balance articular pasivo de las caderas libre y en el activo molestia a la rotación externa e hiperextensión de cadera derecha. No cadera en resorte ni choque femoracetabular. No aumento de temperatura, fiebre, ni traumatismo. En las pruebas complementarias analítica sanguínea con perfil reumatoide completamente normal. Radiografía simple de pelvis normal sin hallazgos significativos. El paciente aporta RNM privada, donde se evidencia e informa lesión quística de cadera derecha de 1 x 2 cm compatible con ganglión de cadera. Se solicita nueva RNM y TAC con contraste confirmándose la lesión. En el TAC se evidencia lesión quística que capta contraste localizándose en la región posteroinferior acetabular derecha con extensión a región posterior del cuello de la cadera derecha.

RESULTADOS:

Se procede a incluir al paciente en lista de espera quirúrgica para extirpación de la lesión. Para la cual bajo anestesia general se realizó abordaje posterolateral de cadera derecha, con el paciente en decúbito lateral izquierdo. El abordaje se realiza a través del músculo glúteo mayor y por detrás del músculo glúteo medio, con lo que no se afecta el aparato abductor. Se desinsertan los pelvirotadores cortos y se visualiza la cápsula articular. Llegados a este punto, identificamos la lesión que consistía en quiste blando situado en la zona posterior del cuello femoral y adherido a la cápsula del mismo, que presentaba un pedículo cuyo origen provenía de la región infracetabular derecha. Se procede a su disección y extirpación y sutura de la base pedicular con vicryl. Se envió la pieza a anatomía patológica para su estudio. Se realiza lavado abundante, hemostasia cuidadosa, reinserción de pelvirotadores cortos y cierre por planos. El paciente en el primer día postoperatorio ya no presentaba dolor. Cuatro semanas más tarde el paciente acude a consulta para recogida de resultados y evaluación clínica. En anatomopatólogo informa como pseudoquiste no secretor de paredes de tejido fibroso con aspecto nodular de 1,3x 2,1 cm bien definido, firme, de paredes delgadas; que almacena un contenido viscoso gelatinoso compatible con ganglión o quiste sinovial de cadera. El paciente acude con marcha normal, completamente asintomático.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Al realizar la revisión bibliográfica y al compararla con el caso clínico, se puede decir que los gangliones independientemente de su localización muestran características similares en cuanto a su presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución. Sus rasgos histológicos y pruebas de imagen también son similares. En los niños, los reportes son escasos de gangliones en la cadera. El diagnóstico es clínico, y ante el desarrollo de signos y síntomas se decide la resección quirúrgica completa con el objetivo de evitar posibles recurrencias, restricciones de movimiento y por consiguiente limitación funcional. La evolución, tanto en la literatura como en el caso es buena. Su incidencia es muy baja, sobre todo en la cadera pediátrica, lo cual confiere más importancia al caso del Complejo Hospitalario de Jaén estudiado en este trabajo.

CP116

LESIÓN AISLADA NERVIIO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** López Morales, M.; Cartagena Roa, L.; Rodríguez Matute, A.**Centro:** Hospital Santa Ana. Motril, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El nervio ciático poplíteo externo se origina, a nivel del plexo lumbosacro L4-S2, dirigiéndose a través del biceps femoral hasta rodear la cabeza del peroné donde al pasar el músculo peroneo largo se divide en sus 2 ramas principales; su lesión puede ser debida a muchas causas, principalmente por compresión, fracturas, o mecanismos de tracción, sin embargo también hay afectación en pacientes que presentan enfermedades inflamatorias en menor cuantía y que pasan desapercibidas.

Nuestro objetivo ha sido valorar el caso de lesión aislada del nervio debida a enfermedad inflamatoria intestinal.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta un paciente de 52 años que es derivado por parte de su médico de atención primaria, por parestesias a nivel de zona lateral de pierna y pie izquierdo, así como imposibilidad para extensión de tobillo y dedos, sin traumatismo aparente, lleva así 2 meses, como antecedentes paciente con enfermedad de Crohn de 10 años de evolución en tratamiento con mesalazina y azatioprina.

Cuando se realiza la exploración se aprecia debilidad tibial anterior así como extensores dedos y hallux 2/5, así como parestesias en territorio CPE.

Se realizan pruebas de imagen para descartar patología a nivel de zona proximal de peroné así como de columna descartándose patología. Así como EMG que informa de neuropatía sensitivo-motora axonal parcial de N. peroneo común izquierdo de grado moderado/intenso, con signos de denervación/reinervación en paciente con enfermedad de Crohn activa. No signos de polineuropatía concomitante.

RESULTADOS:

Después de haber realizado las diferentes pruebas se diagnóstica de lesión aislada de Ciático Poplíteo Externo debido a enfermedad de Crohn.

El tratamiento de estos pacientes debe ser individualizado, ya que se produce normalmente por falta de absorción de nutrientes, principalmente vitaminas, hay casos descritos de mononeuropatía en pacientes que toman inmunosupresores tipo adalimumab. En este caso se optó por tratamiento rehabilitador para mantener movilidad pasiva, así como férula antiequino, se realizó tratamiento individualizado por parte de digestivo con corticoides y fármacos para el dolor neuropático.

El paciente ha mejorado parcialmente, persiste paresia musculatura 3/5, ha mejorado la zona de hipoestesia sin dolor.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Consideramos importante este caso, para tener en cuenta que los pacientes con patologías inflamatorias puede ser causa de lesiones de nervios periféricos siendo importante un diagnóstico precoz para poner tratamiento adecuado y evitar las secuelas que genera.

CP117

FRACTURA INTRAARTICULAR PATOLÓGICA POR TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES.**Autores:** Márquez Ruiz, F.J.; Cuevas Pérez, A.; López Jordán, A.**Centro:** Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Presentar el manejo del tumor de células gigantes, así como sus opciones terapéuticas en las fracturas patológicas intrarticulares.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente mujer de 41 años que acude al servicio de urgencias tras sufrir caída fortuita presentando dolor e impotencia funcional. Se solicitan radiografías donde se visualiza fractura patológica a nivel de la epífisis distal del fémur con afectación supraintercondilea. Se inmoviliza e ingresa a la paciente. Se solicitan TAC (rodilla y tórax) y RMN que informan la tumoración como un posible tumor de células gigantes. Posteriormente en quirófano programado se procede a realizar biopsia incisional e inmovilización con fijador externo. Tras confirmar mediante AP que se trata de un tumor de células gigantes se procede a realizar escisión de la tumoración y colocación de prótesis tumoral.

RESULTADOS:

Tras un seguimiento de un año la paciente se encuentra libre de enfermedad, siendo necesaria la solicitud de un TAC de tórax al año (descartar posibles metástasis), presentando un BA de 0-90º y una buena fuerza muscular.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tumor de células gigantes se trata de un tumor localmente agresivo con un potencial metastásico bajo cuya localización más frecuente son los cóndilos femorales. Se trata de lesiones líticas excéntricas con bordes bien definidos y una buena transición tumor –hueso. Debuta en un 15-25% con fracturas patológicas. Son tumores que deben ser tratados siempre ya que producen destrucción ósea y fracturas patológicas que no precisan ni de QT ni RT. Su tratamiento habitual es la resección intralesional ampliada. El tratamiento de las fracturas depende del estadio de Campanacci, compromiso articular, ubicación y desplazamiento de la fractura. Debemos saber que las fracturas patológicas no aumentan el riesgo de recurrencia local. En caso de presentar una fractura patológica intrarticular o imposibilidad para conservar la articulación se realiza una resección amplia más un reemplazo megaprotésico de la articulación en el caso de la rodilla.

Paciente de 39 años con fx patológica intrarticular de rodilla derecha por tumor de células gigantes que tras biopsia y estudio de extensión completo es sometida a cirugía tumoral mediante colocación de megaprotésis.

CP118

EL PAPEL DEL CIRUJANO ORTOPÉDICO EN EL NUEVO MODELO DE MANEJO MULTIDISCIPLINAR DEL SARCOMA DE EWING: CASO CLÍNICO TRATADO EN NUESTRO HOSPITAL.

Autores: Álvarez Álvarez, S.; Pérez Hevia, I.; Iglesias García, R.; Collazo Martín, O.

Centro: Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El sarcoma de Ewing es un tumor maligno típico de la infancia y la adolescencia, el segundo en frecuencia tras el osteosarcoma. De etiología desconocida, procede de las células mesenquimales con localización más frecuente en la región metafisodiartricular, siendo el fémur el hueso más afectado.

Según las últimas actualizaciones, el manejo con poliquimioterapia previo y posterior a una resección quirúrgica a la que se puede añadir o no radioterapia según el caso, ha logrado aumentar de manera significativa la supervivencia libre de enfermedad de estos pacientes, del 10% al 70% en formas localizadas y 30% en formas metastásicas.

Situar al cirujano ortopédico como una pieza más en el tratamiento multidisciplinar de este sarcoma.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos un caso manejado en nuestro centro desde Agosto de 2018 hasta Diciembre de 2019. Se trata de un varón de 16 años sin antecedentes de interés, con diagnóstico de Sarcoma de Ewing en fémur proximal izquierdo con infiltración medular, de partes blandas y metástasis diseminadas por esqueleto, pulmón y cráneo.

RESULTADOS:

Una vez confirmado el diagnóstico histológico, se procede a la inclusión del paciente de forma aleatorizada en la rama DVE-IE del estudio multicéntrico Euroewing 2012. Siguiendo los nuevos esquemas de tratamiento, el paciente recibe 9 ciclos de quimioterapia preoperatoria, logrando una respuesta completa metastásica y muy buena respuesta parcial local. Posteriormente se lleva a cabo una exéresis completa del fémur izquierdo y de las partes blandas musculares adyacentes al tumor primario, y reconstrucción con una prótesis modular de fémur. En la pieza anatómica se encontró un 100% de necrosis tumoral. El tratamiento siguió con un nuevo ciclo de quimioterapia de consolidación tras la cirugía y se logró una remisión de la enfermedad. A pesar de esto, en un control periódico se diagnosticó una recidiva tumoral metastásica, resistente a los nuevos ciclos de quimioterapia, y que condujo al inevitable fallecimiento del paciente tras dieciséis meses desde el diagnóstico.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La cirugía ha pasado de ser el único tratamiento a ser una herramienta más del tratamiento de esta enfermedad. El cirujano ortopédico debe integrarse en un equipo multidisciplinar para lograr aumentar las posibilidades de supervivencia de estos pacientes. Las formas metastásicas, como el caso aquí presentado, continúan siendo el reto más difícil para estos equipos de tratamiento.

CP119

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MIOSITIS CALCIFICANTE Y SARCOMA DE BAJO GRADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Álvarez Álvarez, S.; Pérez Hevia, I.; Collazo Martín, O.; Iglesias García, R.**Centro:** Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La miositis osificante es una lesión no neoplásica, benigna, consistente en la formación anómala de tejido óseo maduro en el músculo, si bien puede aparecer en tendones y tejido subcutáneo también. Su forma más típica es la secundaria a un traumatismo en personas jóvenes, varones con más frecuencia, aunque existe una forma atraumática de difícil explicación a otras edades y en mujeres. Tiene predilección por las extremidades, siendo su localización más frecuente el muslo a nivel del cuádriceps. La importancia de esta patología radica en su difícil diagnóstico diferencial con los sarcomas de bajo grado.

Clínicamente debuta con dolor y debilidad, seguido de una tumoración de crecimiento progresivo hasta delimitación de una masa bien circunscrita e indurada.

Radiográficamente, evoluciona como un aumento progresivo de la densidad de los tejidos hasta alcanzar una densidad similar al hueso, sobre todo en su periferia.

Desde el punto de vista anatomopatológico, se caracteriza por un patrón con diferentes grados de diferenciación celular, con importante actividad mitótica e inflamatoria.

A la hora del diagnóstico diferencial con los sarcomas, hay que tener en cuenta los aspectos demográficos (los sarcomas aparecen de forma típica en pacientes de mayor edad), radiológicos e histológicos (la miositis presenta células más maduras en la periferia, al contrario que el sarcoma, y sin presentar atipia celular), aunque se dificulta en casos de largo tiempo evolutivo.

El tratamiento debe ser conservador, con actitud expectante ya que en ocasiones involucionan, reservando la cirugía para formas avanzadas y con clínica progresiva.

Reflejar la dificultad del diagnóstico diferencial entre miositis osificante y sarcomas de bajo grado.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de una paciente de 55 años con gonalgia de más de 20 años de evolución. Natural del Sáhara, no tiene antecedentes de interés. Además del dolor, refiere aumento de volumen de la rodilla desde hace 8 años. La tumoración incluye el paquete vasculonervioso poplíteo, con la clínica consecuente. Tras dos biopsias, no se descarta la presencia de un osteosarcoma de bajo grado y se recomienda la exéresis de la lesión.

RESULTADOS:

El estudio patológico demuestra la presencia de una tumoración sin atipias, con marcadores de sarcoma negativos (MDM2 y CDK4) pero con importante componente cartilaginoso que impide descartar completamente una lesión maligna. Por ello, con clínica por compresión del paquete vasculonervioso, se indica exéresis radical versus amputación del miembro, que por el momento la paciente ha rechazado.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La miositis osificante continúa planteando un reto en su diagnóstico y tratamiento debido a su similitud clínica y patológica con sarcomas de bajo grado, precisando en ocasiones tratamientos agresivos por la incertidumbre diagnóstica que genera.

CP121

EL RETO DE LA CIRUGÍA PROTÉSICA DE CADERA ANTE UNA DISPLASIA CROWE IV.**Autores:** Martínez Cerdán, E.M.; Requena Ruiz, F.M.; Montes Torres, C.**Centro:** Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La displasia del desarrollo de cadera (DDC) supone una cobertura inadecuada de la cabeza femoral que produce una sobrecarga mecánica en el borde anterolateral del acetábulo y labrum. Produce artrosis secundaria, siendo una de las causas principales de artroplastia primaria de cadera (APC) en el adulto joven. La clasificación de Crowe se utiliza para estimar el grado de subluxación y ascenso de la cabeza femoral respecto al acetábulo, siendo el grado IV el más severo. El déficit de stock óseo, la amplia liberación de partes blandas y las anomalías anatómicas aumentan el riesgo de complicaciones postoperatorias como discrepancia de longitud (DDL), fractura intraoperatoria de fémur, pseudoartrosis de la osteotomía y lesión nerviosa.

Planificación quirúrgica y manejo de las secuelas severas de la DDC.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 33 años que acude por coxalgia izquierda y cojera. Como antecedentes personales refiere varias cirugías previas por DDC en la infancia. Presenta dolor en región inguinal, limitación de las rotaciones y discrepancia de longitud clínica de 3 cm. La radiografía simple muestra el fémur ascendido y displásico con neocotilo en pala ilíaca compatible con Crowe tipo IV. Además, el cotilo anatómico se observa displásico, verticalizado y con déficit importante de cobertura.

RESULTADOS:

Realizamos artroplastia total de cadera mediante abordaje lateral de Bauer. Siguiendo la tendencia actual de reconstruir el acetábulo en su posición original, para reestablecer el centro de rotación de la cadera, en primer lugar, localizamos el cotilo primitivo mediante escopia, referenciamos el nervio ciático y liberamos la musculatura rotadora. A continuación, fresamos el cotilo hasta 38mm fijándolo con dos tornillos para aumentar la estabilidad. Continuamos fresando el canal medular hasta 14mm y realizamos una osteotomía subtrocanterea transversa de acortamiento de 5cm. Está indicada la osteotomía femoral si se prevé un alargamiento > 3-4 cm para reducir el riesgo de lesión del nervio ciático. Se suele optar por la osteotomía transversa por su simplicidad técnica y excelentes resultados. Finalmente, se procedió al inserto del componente femoral con metáfisis varizante. Comprobamos reducción y estabilidad. Tras medio año de seguimiento, buena evolución clínica con control radiográfico satisfactorio.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La DDC Crowe tipo IV es la más severa precisando una minuciosa planificación y técnica quirúrgica. El tratamiento de elección es la APC asociada a gestos que minimicen las posibles complicaciones. Es recomendable la reconstrucción anatómica del cotilo para reducir el riesgo de revisión a largo plazo y la luxación de la prótesis.

CP123

MANEJO DE LA LUXACIÓN DE CADERA EN PACIENTE CON TRISOMÍA 21.

Autores: Baña Marcos, E.A.; Sotelo Sevillano, F.J.; Miró Jiménez, J.I.

Centro: Hospital Punta de Europa, Algeciras, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los pacientes con trisomía 21 pueden estar afectados por un gran número de alteraciones musculoesqueléticas debido a la hiperlaxitud que presentan. En cuanto a la cadera, la displasia o luxación de cadera ocurre en casi el 5% de los niños con síndrome de Down, y es el trastorno de cadera más común en esta población. A pesar de ello, no existen suficientes datos en la literatura actual para determinar el mejor tratamiento.

La luxación de cadera suele ocurrir entre los 2 y 10 años, y pueden progresar hacia una displasia de cadera o luxación crónica.

La causa de estas luxaciones recurrentes, generalmente indoloras, está relacionada con la hipermovilidad articular y la laxitud ligamentosa.

Presentamos un caso de luxación de cadera en paciente con síndrome de Down, el tratamiento realizado y los resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Acude a urgencias pediátricas un varón de 10 años de edad por gonalgia derecha, sin antecedente traumático, que le impide la bipedestación. Como antecedente personal presenta una trisomía 21. Se habían realizado estudios previos por sospecha de cadera derecha en resorte. Última revisión hace 4 días. A la exploración física describe dolor en cara anterior de la rodilla. Ausencia de dolor a otros niveles. Miembro inferior rotado externamente y acortado. No peloteo rotuliano. Leve bostezo al explorar el ligamento lateral interno. Balance articular de rodilla y tobillo correcto. Rotación externa e interna de ambas caderas por encima de 45º con abducción y adducción superior a 50º. Sin compromiso neurovascular distal. Radiológicamente se observa luxación de cadera derecha con displasia acetabular bilateral. Se decidió realizar un tratamiento ortopédico mediante reducción cerrada y colocación de yeso pelvipédico durante 2 meses, y posteriormente se colocó una ortesis en abducción durante 4 meses más.

RESULTADOS:

La evolución clínica del paciente ha sido satisfactoria no presentando dolor y manteniendo buen balance articular. Sin recidiva de luxación aguda de cadera. Radiológicamente, la posición de ambas cabezas femorales permanecen subluxadas con displasia acetabular bilateral.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Desde el nacimiento de un paciente con trisomía 21 debemos tener en cuenta la hiperlaxitud que presentan y explorar una posible inestabilidad de cadera. La historia natural puede comenzar con luxaciones reductibles de la cadera, progresar con luxaciones recidivantes asintomáticas reductibles voluntariamente, subluxaciones y finalizar en una luxación crónica. En nuestro caso, pensamos que aquellos episodios de cadera en resorte se trataban en realidad de

luxaciones agudas de cadera que se reducían voluntariamente. Se piensa que el tratamiento no quirúrgico tiene muy poco beneficio en el caso de niños con hiperlaxitud, aunque en el caso de niños con trisomía 21 se ha visto que tienen muy buenos resultados, por lo que debe reservarse el tratamiento quirúrgico para los casos en los que el tratamiento ortopédico no logre solucionar las luxaciones recidivantes.

CP126

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE IMPACTACIÓN ULNO-CARPIANA. ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON DENERVACIÓN ASOCIADA.

Autores: Almirón Santa Bárbara, R.; Martín Moya, M.A.; Espejo Reina, M.J.

Centro: Área Sanitaria Norte de Málaga. Hospital de Antequera.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El síndrome de impactación ulno-carpiana es una causa frecuente de dolor en la muñeca degenerativa o como secuela de patología traumática. En la literatura existen múltiples soluciones quirúrgicas a este conflicto, sin haber consenso sobre cuál es la técnica más adecuada.

Presentamos un caso de síndrome de impactación ulnar secundario a una excesiva variación ulnar dinámica en un paciente de 42 años sin otros antecedentes de interés, proponiendo una alternativa quirúrgica a las técnicas descritas en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO:

Acude a consulta un varón de 42 años con dolor inespecífico de muñeca acentuado al realizar prensión y pronación, sin inestabilidad ni deformidad. Disminución de flexoextensión y pronosupinación secundaria a dolor. Se realizan múltiples radiografías, apreciándose una varianza ulnar positiva acentuada en pronación e imperceptible en supinación. Al ampliar el estudio con RMN se evidencian lesiones osteocondrales en cara dorsal de hueso semilunar. Se realiza intervención quirúrgica mediante acortamiento cubital de 5mm y colocación de placa tipo LCP, añadiendo microperforaciones en zona lesional del semilunar y complementando la intervención con denervación mediante técnica de Foucher.

RESULTADOS:

Tras 2 semanas de inmovilización post-quirúrgica se inicia movilidad activa y pasiva con limitación de carga. 4 semanas más tarde, el paciente acude con ausencia de síntomas previos a la cirugía, recibiendo el alta.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La impactación ulnar por variación dinámica es un cuadro de diagnóstico complejo que requiere de una alta sospecha clínica y un estudio radiológico apropiado. La literatura expone múltiples técnicas tanto abiertas como artroscópicas para el síndrome de impactación ulnar. A través del presente caso, proponemos añadir una técnica de denervación de muñeca a la técnica principal escogida en pacientes que presenten lesiones osteocondrales severas a nivel del carpo. Sería interesante realizar un estudio que compare la eficacia de técnicas sin denervación versus técnicas con denervación asociada en esta patología.

CP127

LA TERMOABLACIÓN COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DEL CONDROBLASTOMA.

Autores: Montes Torres, C.; Requena Ruiz, F.M.; Fernández Serrano, F.

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El condroblastoma es un tumor óseo benigno poco frecuente que se localiza en la epífisis de los huesos largos. La clínica es muy inespecífica. Radiológicamente se caracteriza por una lesión lítica, redondeada con calcificaciones centrales y reacción perióstica. A pesar del comportamiento benigno, la recidiva puede ser de hasta el 20% hallando ocasionalmente metástasis pulmonares.

El tratamiento consiste en la cirugía con curetaje y relleno óseo. Las complicaciones son derivadas de la resección quirúrgica debido a la localización epifisaria del tumor dando lugar a lesiones fisarias y del cartílago articular que conllevarían a una discrepancia de longitud y artrosis precoz respectivamente.

La termoablación por radiofrecuencia como alternativa segura y efectiva a la cirugía en el tratamiento del condroblastoma.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 17 años con dolor de cadera de años de evolución que ha ido empeorando limitando la deambulacion. Radiológicamente apreciamos una lesión lítica en epífisis femoral. La RMN y TC informa de lesión ósea de 3 cm de apariencia relativamente agresiva en epífisis femoral proximal, afectando a metáfisis y diáfisis proximal. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de condroblastoma.

RESULTADOS:

Se realiza termoablación con radiofrecuencia mediante 4 agujas durante 6 minutos a 80°C. Posteriormente se cementa la lesión con 3cc de cemento acrílico a través de una de las agujas.

A los 2 meses ausencia de dolor y movilidad de la cadera completa. La RMN al año no muestra recidiva.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La termoablación es una alternativa efectiva para el tratamiento del condroblastoma sobre todo en lesiones de pequeño de tamaño ya que puede disminuir el número de complicaciones asociadas a la cirugía como la lesión del cartilago articular y de la fisis evitando las resecciones de mayor tamaño que se producen con la misma. En lesiones mayores su papel es más discutido porque el riesgo de complicaciones aumenta igualándose a los de la cirugía, aunque en nuestro caso el resultado ha sido bueno.

CP129

UN CASO INUSUAL DE LINFOMA B DIFUSO PRIMARIO EN ACROMION.

Autores: Requena Ruiz, F.M.; Zafra Villar, J.; Montes Torres, C.

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Aunque el conjunto articular del hombro, con húmero proximal, escápula y clavícula es la tercera localización más frecuente de tumores óseos y partes blandas, los tumores primarios de escápula siguen constituyendo un raro diagnóstico, siendo las principales entidades encontradas en dicha localización el condrosarcoma y el sarcoma de Ewing.

El linfoma óseo primario es una entidad rara que conforma el 5% de los tumores óseos primarios, siendo la mayoría de estos casos de tipo no Hodgkin. Sus principales localizaciones son el fémur metadiáfisis (25%), húmero proximal y pelvis.

Respecto a los tumores óseos primarios que debutan en el acromion, aproximadamente un tercio son condrosarcomas, otro tercio osteocondromas y un último tercio para otros diagnósticos, tanto malignos como benignos.

Importancia de una correcta historia clínica apoyada en pruebas de imagen para el diagnóstico diferencial de la patología tumoral primaria atípica en una localización infrecuente como el acromion.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 72 años derivada de atención primaria por omalgia derecha de 2 meses de evolución que se atribuye a traumatismo directo. Presenta dolor constante durante el día, con leve incremento durante la noche y al despertar, acompañado de sudoración, pérdida de peso y febrícula vespertina de unos 6 meses de evolución. Presenta tumefacción en cara anterolateral de hombro centrada en acromion sin hematoma ni heridas, con aumento de la temperatura respecto al contralateral. Rango de movilidad completo.

RESULTADOS:

Se realiza radiografía en la que se aprecia masa lobulada con focos de osteolisis e imágenes sugerentes de calcificaciones irregulares en su interior. La RMN muestra masa dependiente de acromion que rompe cortical y capta contraste mostrando un realce heterogéneo, infiltra deltoides, respeta la articulación y alcanza un eje mayor transversal de 8.4 cm. Se realiza biopsia incisional con resultado de linfoma B difuso de alto grado.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El diagnóstico diferencial de los tumores óseos primarios localizados en acromion se ve condicionado por la falta de bibliografía y conocimiento sobre el tema, por lo que puede llegar a suponer un verdadero reto diagnóstico en el que la correcta interpretación de los síntomas y enfoque de pruebas complementarias es crucial.

CP130

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO MEDIANTE TERMOABLACIÓN DE LESIÓN LÍTICA SUPRAACETABULAR.**Autores:** Requena Ruiz, F.M.; Fernández Serrano, F.; Quirante García, S.**Centro:** Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El osteoma osteoide (OO) representa aproximadamente el 10% de los tumores óseos benignos, con un potencial de crecimiento máximo de 2cm y rodeado de hueso esclerótico reactivo. Su forma clásica de presentación es dolor nocturno que cede a la administración de AINES y suele aparecer en niños y adolescentes. Su localización más frecuente es subcortical en la diáfisis de huesos largos. Su localización en acetábulo es muy rara, considerándose que puede aparecer en un 1% de todos los casos de OO y supone un reto diagnóstico y terapéutico por su localización cercana a estructuras nobles. La termoablación se ha establecido como el tratamiento seguro y efectivo para el manejo de OO resistentes al tratamiento conservador.

Diagnóstico diferencial de lesión lítica supraacetabular en edad adulta y manejo terapéutico de OO sintomático en localización atípica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 62 años remitida de otro centro por dolor en región púbica izquierda de años de evolución irradiado a cara anterior de muslo. Radiología simple anodina, aporta RMN que muestra lesión lítica de 12mm en región supraacetabular izquierda bien delimitada que engrosa la cortical sin romperla, presentando en su interior zona calcificada rodeada de esclerosis ósea. Se decide realizar biopsia guiada por TC dada la extraña localización y rango de edad atípico según la distribución de OO.

RESULTADOS:

Biopsia confirma lesión como OO y se acuerda con servicio de radiología tratamiento de la lesión mediante termoablación dada la fuerte sintomatología resistente a analgesia. Tras un año y medio de seguimiento la paciente se encuentra asintomática y realizando vida normal.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El acetábulo representa un lugar muy extraño de presentación del OO que, combinado con la edad avanzada supone un reto a la hora de afrontar el diagnóstico. La termoablación guiada por TC es el tratamiento de elección para este tipo de lesiones, aportando excelentes resultados y una baja tasa de complicaciones.

CP131

PSEUDOTUMOR GIGANTE CON DESTRUCCIÓN ÓSEA MASIVA EN PRÓTESIS DE CADERA.**Autores:** Requena Ruiz, F.M.; Montes Torres, C.; Fernández Serrano, F.**Centro:** Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Los pseudotumores son un amplio espectro de reacciones de tejidos blandos periprotésicos que dan lugar a masas granulomatosas o lesiones quísticas destructivas, se consideran lesiones no neoplásicas y no infecciosas y su incidencia ronda del 0,27%-5%. En la cadera puede ser resultado de una implantación protésica con par metal-polietileno o par metal-metal por la reacción a las partículas de sus componentes. Tras la realización de una biopsia se presentan como un infiltrado linfocitario perivascular con acumulación de células plasmáticas en asociación con macrófagos que contienen partículas protésicas fagocitadas. Todo esto da lugar a una destrucción y ulceración del tejido sinovial con depósitos organizados de fibrina y necrosis de los tejidos circundantes que llevan a un fracaso mecánico de la prótesis.

Pseudotumor como entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones líticas asociadas a masas de partes blandas sobre material protésico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 74 años derivado de otro centro que presenta luxación de prótesis de cadera izquierda y fracaso del material asociado a lesión lítica periprotésica en hemipelvis izquierda afectando al fémur proximal y pelvis. La RMN muestra una voluminosa colección multiloculada de unos 25x17cm, con márgenes bien definidos, niveles líquido-líquido y depósito de detritus en zonas declive que se extiende por hueso iliaco hasta ala sacra izquierda y anteriormente por rama isquiopubiana y fémur proximal con gran destrucción ósea e impronta sobre músculo obturador interno y fosa isquiorrectal. Tras valoración multidisciplinar en comité de sarcomas se decide toma de biopsia.

RESULTADOS:

La sospecha diagnóstica de pseudotumor se confirma tras la biopsia que muestra líquido hemático con moderada inflamación mixta y presencia de macrófagos pigmentados en probable relación a metalosis.

Dada la importante destrucción del tejido óseo periprotésico se decide en un primer tiempo retirada de material y limpieza de amplia área de metalosis. Tras 6 meses de evolución el paciente se encuentra sin dolor y con aceptable

calidad de vida por lo que se decide finalmente no realizar reconstrucción definitiva.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los pseudotumores pueden presentarse como una entidad asintomática o como importantes lesiones destructivas que llevan al fracaso del implante. Es importante conocer la entidad a la hora de realizar un diagnóstico diferencial con lesiones malignas.

CP132

REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA CON PLACA VOLAR BLOQUEADA Y TORNILLO DE SOSTÉN DORSAL CON DOBLE ARANDELA A TRAVÉS DE PLACA, PARA FRAGMENTOS CON CONMINUCIÓN Y DIE PUNCH DORSAL EN FRACTURAS ARTICULARES DE RADIO DISTAL.

Autores: Miró Jiménez, J.I.; Galán Novella, A.; Baña Marcos, E.A.; Guerado Parra, E.

Centro: Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Pese a la irrupción de nuevas técnicas quirúrgicas con nuevas placas dorsales de bloqueo y bajo perfil para fracturas de radio distal intraarticulares, existen determinados patrones de fracturas que precisan de un sostén dorsal. Se presentan 3 casos de fracturas con fragmento tipo die punch dorsal tratados mediante fijación con placa volar y tornillo de sostén dorsal con doble arandela fijado a la placa como método alternativo de fijación dorsal.

MATERIAL Y MÉTODO:

Para la fijación de la fractura se emplea una placa bloqueada volar de bajo perfil de 7x4 orificios. En un primer tiempo quirúrgico se lleva a cabo la reducción y fijación de la fractura vía volar convencional. En un segundo tiempo se realiza mediante un mini abordaje dorsal una apertura del tercer compartimento y se levanta el 4º compartimento sin abrirlo. Se inserta en el orificio más cubital de la hilera distal de la placa un casquillo al que se rosca desde el abordaje dorsal un tornillo con dos arandelas de 7 y 13 mm. Finalmente se sutura un flap distal y transversal del retináculo extensor por debajo de los tendones ED y EPI, transponiendo el tendón EPL a nivel subcutáneo.

RESULTADOS:

El abordaje y fijación vía dorsal en fracturas de radio distal se indica en ciertos patrones en los que la fijación volar es de gran dificultad, como las fracturas con die punch dorsal. Las series publicadas que estudian los resultados de la fijación con placas dorsales registran complicaciones como molestias por implante, tenosinovitis extensora, rotura de tendones extensores, etc. El método de fijación descrito podría reducir estas complicaciones. Los 3 casos reportados evolucionaron adecuadamente con una consolidación radiológica a las 8 semanas y un rango de movilidad de muñeca óptimo tras 12 semanas.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Consideramos que la osteosíntesis mediante placa volar bloqueada con un tornillo de sostén dorsal con doble arandela a través de placa podría ser una alternativa a las técnicas descritas para el tratamiento de fracturas de radio distal intraarticulares con fragmento dorsal tipo die punch que podría disminuir las complicaciones asociadas a la fijación con placas dorsales.

CP133

TRATAMIENTO DE INESTABILIDAD DE RODILLA EN PACIENTE JÓVEN CON GONARTROSIS MEDIAL Y MORFOTIPO VARO.

Autores: Márquez Ruiz, F.J.; Cuevas Pérez, A.; Olcina Meseguer, M.A.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentar la asociación entre ligamentoplastias y osteotomías correctoras del eje en rodillas con inestabilidad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente hombre de 44 años que acude a nuestras consultas debido a que hace un año sufrió un traumatismo indirecto a nivel de la rodilla derecha desde el cual presenta tumefacción, dolor y sensación de inestabilidad a nivel de dicha rodilla, sin presentar episodios de bloqueo. A la exploración presenta un morfotipo varo, con dolor a nivel de la interlínea interna sugerente de patología meniscal, lachman dudoso y dudoso cajón anterior. Tras solicitar RMN (signos de rotura crónica del LCA y artrosis medial) y telemetría con unos 9º de varo, nos decantamos por realizar una osteotomía valguizante de adicción y asociar una ligamentoplastia extrarticular de Lemaire para poder controlar la inestabilidad sin dar una excesiva constricción a una rodilla que presenta ya ciertos cambios degenerativos.

RESULTADOS:

Tras 6 meses de evolución el paciente ha mejorado del dolor a nivel del compartimento medial (consolidación radiográfica de la osteotomía) y no refiere episodios de inestabilidad.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La asociación de osteotomía valguizante de adicción medial y la ligamentoplastia pueden realizarse conjuntamente en pacientes con osteoartritis medial, morfotipo varo e inestabilidad anterior. Hay que tener especial cuidado a la hora de controlar la pendiente tibial para evitar una nueva rotura de la plastia, ya que un aumento de la pendiente tibial anterior está asociado a un aumento de roturas. En nuestro caso se decidió realizar una plastia extrarticular, para evitar dar una excesiva constricción a dicha rodilla y facilitar la realización de la osteotomía.

Presentamos el caso de un paciente joven con dolor medial e inestabilidad anterior de rodilla que presenta una rotura del LCA además de un morfotipo varo con una leve gonartrosis del compartimento medial, tratado mediante ligamentoplastia y osteotomía valguizante de adicción medial.

CP134

OLEOMA CALCIFICADO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores: Gallardo Ripoll, D.; García García, F.J.; González Gutiérrez, J.

Centro: Hospital de Poniente, Cirugía Ortopédica y Traumatología, El Ejido, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Un oleoma es un nódulo o foco de inflamación granulomatosa, generalmente de tipo cuerpo extraño, como respuesta a sustancias exógenas inyectadas en dermis o subdermis.

El nombre de oleoma viene de la suspensión rica en grasa. En función del vehículo solvente por el que se forman pueden ser de dos tipos, eleidomas y parafinomas. Su localización, volumen, aspecto clínico y evolución son a menudo distintos, pero el mecanismo anatomopatológico es el mismo.

Los oleomas glúteos se deben a inyecciones intramusculares de medicamentos que no se absorben bien y se convierten en un verdadero cuerpo extraño alrededor del cual se provoca una reacción inflamatoria que acaba calcificando.

Describir el manejo diagnóstico y terapéutico en una paciente adulta que presenta una tumoración a nivel del glúteo izquierdo de años de evolución con crecimiento progresivo en los últimos meses y que asocia coxalgia de 3 meses de evolución. Realizar un diagnóstico diferencial con patologías que pueden cursar con clínica similar como puede ser: lipoma, coxartrosis, dolor radicular así como otras causas que puedan provocar calcificaciones de los tejidos blandos (insuficiencia venosa, infecciones parasitarias, neoplasias).

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 54 años con antecedentes de numerosas inyecciones intramusculares a nivel del glúteo en relación a procedimientos estéticos que consulta por tumoración en glúteo izquierdo de años de evolución y que ha crecido recientemente, asociado a coxalgia de 3 meses de evolución. A la exploración se evidencia tumoración en glúteo izquierdo de consistencia dura, no adherida a planos profundos. Dolor y leve limitación a la abducción completa y rotación externa de la cadera izquierda. Solicitamos estudio radiológico completo con radiografía AP y axial de ambas caderas observándose la presencia de un lesión circular de bordes calcificados superpuesto en pala iliaca izquierda. Las articulaciones coxofemorales, sacroiliacas y sínfisis púbica no presentan alteraciones significativas. Se realiza estudio ecográfico que evidencia un nódulo calcificado de 12,5 mm en tejido subcutáneo de glúteo izquierdo, sugestivo de oleoma calcificado. La paciente también estaba en seguimiento por Medicina Interna que solicitó un TAC por otros motivos, en el cual se observa una lesión de circular de bordes calcificados y contenido hipodenso a nivel subcutáneo en el glúteo izquierdo que sugiere oleoma calcificado.

RESULTADOS:

Se explicó a la paciente la benignidad del oleoma calcificado y su relación con antecedentes de inyecciones previas en la zona glútea izquierda. Se decidió tratamiento conservador mediante medidas posturales y analgesia, y se le explica que en caso de persistir la clínica se propondrá la exéresis del mismo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

- La incidencia de oleomas calcificados esta aumentado progresivamente debido al crecimiento potencial de procedimientos estéticos, pero también puede darse secundario a inyectables intramusculares.
- Son lesiones benignas y cuyo diagnóstico en la mayoría de los casos es debido a un hallazgo accidental.
- Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras causas de calcificaciones de los tejidos blandos (insuficiencia venosa, infecciones parasitarias, neoplasias, dermatomiositis, esclerodermia y osificación

heterotópica). • La radiología simple ayuda en el diagnóstico diferencial basándose en la morfología y localizaciones características de las mismas.

• Por lo general el tratamiento es sintomático con analgesia y medidas higiénico –dietéticas. En lesiones localizadas muy sintomáticas se podría valorar un tratamiento quirúrgico. Cuando las lesiones son múltiples los esteroides pueden mostrar algún resultado y se están introduciendo nuevas posibilidades terapéuticas siendo la colchicina una alternativa accesible y segura.

CP135

LESIÓN DE NERVO FEMORAL EN PACIENTE INTERVENIDO POR FRACTURA PERTROCANTÉREA DE CADERA.

A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Gallegos Rodríguez, L.; Quirante García, S.; Jiménez Santiago, J.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Entre las causas traumatológicas de lesión del nervio femoral se encuentran principalmente, las fracturas de pelvis o cadera, hematomas o tumores en iliopsoas y como iatrogenia tras artroplastia de cadera. Según la bibliografía hasta un 60% de las lesiones del nervio femoral son iatrogénicas.

Comentar un caso de neuroapraxia de nervio femoral tras intervención de fractura pertrocantérea de cadera y ponerlo en relación con una revisión bibliográfica sobre esta lesión, para discutir la importancia de su diagnóstico precoz y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de un varón de 64 años que, tras caída accidental desde dos metros de altura acude a urgencias con fractura pertrocantérea de cadera izquierda. Es intervenido en nuestro servicio mediante clavo endomedular según técnica habitual, produciéndose como única incidencia la protrusión intrapélvica de la aguja guía durante el brocado para la introducción de la lámina espiral.

Es en el postoperatorio inmediato al comenzar deambulacion, cuando paciente presenta debilidad para la flexión de cadera y la extensión de rodilla que le dificulta la marcha, presentando además dolor de características neuropáticas en cara anterior de muslo. Se descarta rotura de tendón cuadriceps mediante ecografía y también se comprueba mediante resonancia magnética ausencia de hematoma epidural secundario a punción de anestesia raquídea, que pudiera ocasionar compresión de raíces nerviosas. Finalmente, se solicita electromiograma que informa de neuroapraxia de nervio femoral izquierdo y axonotmesis severa de nervio cutáneo femoral anterior, con nivel lesional de ambos proximal a ligamento inguinal.

Paciente inicia rehabilitación estando hospitalizado y continúa tratamiento físico de forma ambulatoria al alta.

RESULTADOS:

Tras 3 meses de rehabilitación exhaustiva paciente evolucionó de forma satisfactoria, encontrándose libre de dolor y caminando con normalidad sin ayuda a los 4 meses de la cirugía.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La parálisis del nervio femoral tras intervención de fractura de cadera, es una lesión rara que puede pasar desapercibida con facilidad. El reconocimiento temprano de esta lesión es importante, debido al papel fundamental que juega en el pronóstico el inicio precoz de la rehabilitación.

CP136

PSEUDOARTROSIS INFECCIOSA DE ANTEBRAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Tahiri, S.; Gallegos Rodríguez, L.; Hernández Cortés, P.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La pseudoartrosis infecciosa supone un problema de difícil manejo médico y quirúrgico. En ella se combinan dos problemas a solucionar: la falta de consolidación y la infección.

Presentar el caso clínico de un paciente de 55 años con pseudoartrosis infecciosa tras una fractura doble de antebrazo.

MATERIAL Y MÉTODO:

El paciente es tratado en otro centro, realizándose abordaje doble de antebrazo y osteosíntesis con dos placas LCP. A

las 2 semanas el paciente empieza a presentar supuración de las heridas y se intenta controlar el cuadro con limpiezas quirúrgicas y cobertura antibiótica con cefazolina.

El proceso no se controla y el paciente es remitido a nuestro centro. En Urgencias presenta:

- Estado general conservado. No fiebre, constantes mantenidas.
- Analítica dentro de la normalidad. PCR: 4,4. L: 12.300. N: 54,3%.
- Exploración: supuración activa en ambas heridas, deformidad evidente del antebrazo, movilidad limitada en los últimos grados, aunque aceptable para realizar las labores diarias. Estado vasculo-nervioso conservado.
- Rx: se aprecian signos de pseudoartrosis, osteolisis evidente y movilización del material de OS.

Se realiza un primer tiempo de Masquelet, ampliando ambos abordajes, retirada del material de OS, desbridamiento agresivo. Tras ello encontramos un defecto de 5 cm en el cúbito y 7 cm en el radio, procediendo a la colocación de fijador externo Penning- Orthofix. En los defectos de cúbito y radio se aplica cemento con antibiótico (vancomicina y gentamicina).

El paciente es seguido de modo estrecho y coordinado junto al servicio de E. Infecciosas, iniciando tratamiento empírico con cefepime + linezolid. En los cultivos se aisló *Staphylococcus aureus* resistente a glucopéptidos en una sola muestra y se consideró un contaminante. Se completaron 5 semanas de tratamiento con ciprofloxacino + linezolid.

A las 6 semanas continuamos con el segundo tiempo de Masquelet, retirando los espaciadores de cemento tras abrir la pseudo-membrana. Fijación provisional del cubito y radio con placas de Acumed preconformadas y fijadas con 4 tornillos proximales y 4 distales. Para suplir el defecto óseo se usa injerto de peroné vascularizado que se divide en dos, manteniendo el eje vascular. Para suplir ambos defectos óseos en los bordes, se aporta injerto de cresta ilíaca.

RESULTADOS:

Tras un mes el paciente presenta heridas curadas, sin signos de supuración. Rx de control: material de OS bien posicionado. Analítica dentro de la normalidad. La técnica de Masquelet es un procedimiento cada vez más utilizado para abordar defectos óseos segmentarios de diferente índole. Para sustituir el defecto óseo tenemos diferentes opciones, pero dadas las características del caso se optó por injerto de peroné vascularizado dado que el defecto era grande (12 cm en total), tejidos poco vitalizados y lecho teóricamente contaminado.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La pseudoartrosis infecciosa requiere un equipo multidisciplinar para su tratamiento, sólo de ese modo tendremos posibilidades éxito en su tratamiento y mejorar la calidad de vida del paciente.

CP137

SECCIÓN COMPLETA DE NERVIOS MEDIANOS BÍFIDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Gallegos Rodríguez, L.; Jiménez Santiago, J.; Chicón Mesa, M.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Se han descrito diferentes variantes anatómicas para el nervio mediano, siendo una de ellas la división del nervio en dos haces a nivel del antebrazo distal, apareciendo como un nervio mediano duplicado o bífido en el túnel carpiano. En la literatura se ha registrado una incidencia de esta variante de la normalidad del 2% aproximadamente. Un nervio mediano bífido puede estar acompañado por una arteria accesoria, la arteria mediana persistente del antebrazo, que se encuentra entre los dos haces nerviosos y que puede estar encerrada junto a estos en un epineuro común.

Comunicar un nuevo caso de sección completa traumática de nervio mediano bífido y ponerlo en relación con una revisión bibliográfica sobre esta rara lesión y variante anatómica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de un varón de 35 años, trabajador manual que, tras sufrir corte con un cuchillo, presentaba herida inciso-contusa transversal en muñeca derecha de unos 7 centímetros. Paciente presentaba hipoestesia de cara volar de pulgar, segundo y anestesia de tercer dedo y borde radial de cuarto dedo. Al realizar exploración bajo bloqueo anestésico, con ampliación de herida se visualizó sección completa de un haz nervioso del nervio mediano bífido y sección parcial del otro haz. Así mismo presentaba sección completa de arteria cubital. Las estructuras tendinosas de muñeca, se encontraban conservadas.

Se procedió a realizar sutura epineural de ambos haces del nervio mediano con Nylon 8-0 y aplicación posterior de sellador de fibrina, así como sutura de arteria cubital con Nylon 9-0.

RESULTADOS:

El paciente evolucionó de forma satisfactoria, con recuperación de la sensibilidad de forma completa a los 6 meses de la cirugía y con buena funcionalidad motora de la mano tras realizar rehabilitación postoperatoria. Fue dado de alta sin secuelas y reincorporado a su actividad laboral.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El nervio mediano bífido es una variante de la normalidad poco frecuente, que conviene conocer en el caso de lesiones del mismo ocasionadas por heridas a nivel de la muñeca, así como también en el tratamiento quirúrgico del Síndrome de Túnel del carpo para poder realizar de esta forma un tratamiento adecuado y evitar la iatrogenia.

CP138

LESIÓN DE NERVO RADIAL ANTE TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA.

Autores: Gallegos Rodríguez, L.; Elizondo Espósito, D.; Jiménez Santiago, J.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La lesión del nervio radial acompaña a las fractura diafisarias de húmero en el 6-15% de las ocasiones, tratándose a menudo de neuroapraxias con recuperación espontánea en más del 80% de los casos. Se asocia también a intoxicaciones etílicas por compresión, fracturas de radio, epicóndilo o tumores entre otras causas. No siendo frecuente la lesión de este nervio con traumatismos de baja energía, sin fractura asociada.

Comunicar un caso de axonotmesis parcial motora de nervio radial de intensidad severa, tras un traumatismo cerrado de baja energía sin fractura asociada.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de un varón de 19 años, que hace dos años sufrió caída de la moto mientras estaba parado y acude a nuestra unidad de miembro superior por impotencia funcional para extensión muñeca, metacarpo-falángicas y pulgar, sin alteración evidente de la sensibilidad y con atrofia muscular de todo el miembro superior de año y medio de evolución y curso progresivo.

Resonancia magnética de columna cervical y plexo braquial no muestra alteraciones. Electromiograma evidenció claros signos de axonotmesis parcial sensitivo-motora del nervio radial, de intensidad severa y sin claro nivel lesional. Dado tiempo transcurrido se decide realizar cirugía de secuelas mediante transferencias tendinosas: transfiriendo palmar mayor a extensor común de los dedos y flexor superficial de tercer dedo a extensor largo del pulgar, realizando en el mismo tiempo quirúrgico tenodesis del abductor largo y extensor corto del pulgar sobre el braquiorradial.

RESULTADOS:

El paciente evolucionó de forma satisfactoria tras la intervención quirúrgica, recuperando funcionalidad y consiguiendo buena extensión de muñeca, pulgar y resto de dedos.

Dado que nuestro paciente no presentaba déficit sensitivo evidente, cabe pensar que nos encontramos ante una lesión parcial del nervio radial, con posible micro laceración intraneural a nivel de la división del cordón posterior del plexo braquial, distal a la salida del nervio axilar.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La parálisis del nervio radial por traumatismo de baja energía, sin fractura asociada es una entidad poco frecuente, que puede conllevar un retraso en el diagnóstico dada atipicidad de la lesión, siendo la cirugía de secuelas mediante transferencias nerviosas una buena opción terapéutica.

CP139

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA LUXACIÓN POSTERIOR DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Liria Ibáñez, A.; Bastida Tornés, L.; Reyes Jiménez, A.; Hernández García, S.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La luxación de una prótesis de rodilla es una patología infrecuente, cabe destacar que, de ellas, la mayoría son luxaciones posteriores (15 de cada 3000 pacientes en algunas series), siendo las anteriores mucho más raras.

La luxación constituye la forma más grave de la inestabilidad de las prótesis de rodilla, suele ocurrir de manera atraumática o tras traumatismos mínimos; en el caso de la luxación posterior, por laxitud en flexión. Es necesaria una

detección y tratamiento precoz, consistente en reducción de la luxación, para minimizar el riesgo de lesiones neurovasculares, pudiendo ser habitual la afectación de la arteria poplítea y/o nervio peroneo. Tras la reducción, es importante realizar las pruebas diagnósticas y exploración clínica necesaria para corroborar la integridad de las posibles estructuras afectadas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Nuestra paciente es una mujer de 73 años, portadora de PTR derecha desde 2006, que sufrió una luxación posterior de PTR tipo LCKK en enero de 2019, el suceso se produjo de manera atraumática mientras dormía.

Como antecedentes en miembro ipsilateral presentaba: fractura supracondílea de fémur, tratada con clavo intramedular retrógrado en 2013; aflojamiento de PTR con sospecha de origen séptico en 2014 (momento en el cual se retiró el clavo intramedular y los componentes protésicos y se procedió a realizar un rescate en un 1º tiempo mediante la colocación de un espaciador); y posteriormente rescate en 2º tiempo con implantación de PTR tipo LCKK más cuadriceplastia. Es portadora de PTR contralateral sin incidencias.

Tras identificar la luxación, se procedió a realizar, de manera urgente, una reducción cerrada de la luxación bajo sedación, y posteriormente se cercioró que no existían lesiones neurovasculares asociadas. Un mes después del suceso se realizó, de manera programada, la cirugía definitiva, consistente en una artroplastia total de rodilla tipo NexGen RHK.

RESULTADOS:

Debido a la baja incidencia de esta patología, y al hecho de que cada caso puede llegar a presentar múltiples variables que afecten, de manera individual, tanto a la indicación como al desarrollo y posible evolución de complicaciones tras la implantación de una PTR, es difícil determinar cuál sería el tratamiento de elección en estos casos.

En el caso de nuestra paciente, no sería descabellado plantear que los antecedentes padecidos hayan influido en la consecuencia final, por lo que analizar este tipo de factores, u otros que puedan ser causa de este tipo de inestabilidades es una parte fundamental a la hora de intentar evitar y tratar esta patología.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Existen condicionantes descritos que pueden ser causa de este tipo de inestabilidad (desgaste de los componentes, sobre todo el polietileno; inadecuada elección del tipo y tamaño de esos componentes, mala función del aparato extensor de la rodilla, deformidades o limitación de partes blandas, incompetencia en el balance flexo-extensión, enfermedades neurológicas o del tejido conectivo, etc.), y es importante que sean tenidos en cuenta.

CP141

INESTABILIDAD GLENOHUMERAL BONY BANKART. MANEJO ARTROSCÓPICO.

Autores: Tahiri, S.; Simón Sánchez, F.J.; Peña Rodríguez, C.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La luxación anterior de hombro es una lesión común en pacientes jóvenes. En dicha lesión se produce la interrupción del complejo capsulo-ligamentoso, lo que lleva a la conocida lesión de Bankart. En algunas ocasiones se produce una fractura del borde antero-inferior de la glenoides conocido como Bony Bankart.

Mostar el caso clínico de un paciente con fractura de glenoides que condiciona inestabilidad, manejada de modo artroscópico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de un paciente de 50 años sin antecedentes médicos de interés, que tras caída accidental, presenta luxación de hombro reducida de modo simultáneo por sí mismo. El paciente acude a los 5 días a Urgencias, refiriendo que en ese periodo ha presentado 3 episodios de luxación.

En Rx de Urgencias se aprecia fractura del borde anterior- inferior de la glenoides, sin luxación, que corresponde a un tipo 2 de Bigliani. Se solicita TAC y se procede a programar cirugía.

RESULTADOS:

A las 2 semanas se procede a la realización del abordaje artroscópico de la fractura.

Se coloca el paciente en decúbito lateral bajo anestesia general. El hombro izquierdo afectado se coloca a 70º de abducción y 15º de flexión hacia delante con tracción con 4 kg. Se usan posteriores habituales (posterior, antero-superior y antero-inferior) junto a portal antero-inferior accesorio. Se realiza una exploración articular y se aprecia fractura del margen antero-inferior de la glenoides, lesión de Hill- Sachs y subluxación anterior de la cabeza humeral. Usando el motor se cruentan los bordes de la fractura. Se realiza capsulotomía anterior, desde el portal accesorio se realiza una reducción provisional de la fractura con ayuda de aguja de Kirschner y palpador movilizand

óseo a su posición anatómica. Fijación definitiva con tornillo canulado de 3,5 mm. Se procede a realizar reanclaje del labrum superior a la fractura con anclaje BIORAPTOR 2,3 PK y así aportar más soporte a la osteosíntesis.

El paciente es dado de alta al día siguiente de la intervención. A las 3 semanas se retiran los puntos de sutura iniciando la movilización pasiva del hombro, de modo pasivo auto-asistido. A las 6 semanas se inició movilización activa. El paciente se encuentra actualmente en rehabilitación.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las luxaciones gleno-humerales son lesiones frecuentes y deben ser tratadas de modo correcto para que no desemboquen en una lesión invalidante. En este caso nos encontramos con una lesión que condiciona inestabilidad recurrente y que gracias al manejo artroscópico podemos conseguir una correcta reducción articular, junto al tratamiento correcto de las partes blandas. Además, ofrece las ventajas de no realizar una importante agresión a las partes blandas y permitir una recuperación mucho más rápida en comparación con otros procedimientos.

CP142

UTILIDAD DEL INJERTO ÓSEO DE CRESTA ILÍACA POSTERIOR EN FRACTURAS CON GRAN DEFECTO ÓSEO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores: Gallardo Ripoll, D.; Raya Roldán, D.; Ruiz Molina, J.A.

Centro: Hospital de Poniente, Cirugía Ortopédica y Traumatología, El Ejido, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El tratamiento de las fracturas abiertas de tibia grado IIIB es complejo y requiere de una adecuada planificación quirúrgica. En los casos más graves nos podemos encontrar con defectos óseos de gran tamaño, siendo en estos casos el injerto autólogo de cresta iliaca posterior una opción a tener en cuenta tanto por la calidad como por la cantidad que podemos obtener.

Exponer los resultados clínicos y radiológicos obtenidos en nuestro caso valorando la cresta iliaca posterior como fuente de aporte de injerto autólogo de calidades óptimas y en gran cantidad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 24 años de origen africano que sufre una fractura abierta tipo IIIB tras accidente en una embarcación en su tránsito hacia España. El paciente es intervenido en otro centro mediante desbridamiento de las lesiones de partes blandas asociado a una resección del tejido óseo desvascularizado, se realiza cobertura con un colgajo vascularizado y colocación de un fijador externo, que le retiraron a posteriori. Cuando el paciente llega a nuestro servicio se evidencia una pseudoartrosis con un defecto óseo de 6 cm de los dos tercios anteriores de la tibia en región metafisaria distal, y se programa para cirugía. Se realiza un abordaje quirúrgico anterolateral respetando el colgajo miocutáneo, curetaje y aporte de injerto autólogo masivo de cresta iliaca posterior esponjosa sobre el foco de fractura, a continuación se realiza reconstrucción de la cortical anterior de la tibia con la tabla externa de la cresta iliaca posterior y fijación con placa LCP anatómica de tibia metafisaria distal.

RESULTADOS:

El paciente presenta muy buena evolución clínica con movilidad completa y deambulación sin ayudas tras 7 meses de la intervención quirúrgica. En la radiografía de control se observa consolidación completa de la fractura con integridad del injerto.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas abiertas de tibia grado IIIB con defectos óseos importantes requieren una buena planificación quirúrgica, ya que hay multitud de variables a tener en cuenta cuando nos enfrentamos a este tipo de fracturas.

La utilización de injerto óseo autólogo de cresta iliaca posterior (cortical y esponjosa) es una opción que nos permite solventar los defectos óseos importantes que en ocasiones nos encontramos en este tipo de fracturas abiertas, ya que conseguimos injerto autólogo esponjoso en cantidad abundante para rellenar el defecto óseo y además nos permite restituir las corticales perdidas.

La fijación interna con placa nos permite mantener la estabilidad deseada hasta la consolidación de la fractura.

CP144

LUXACIÓN 4º Y 5º METACARPIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**Autores:** Gallardo Ripoll, D.; Ruiz Pilar, S.; Martínez Espinosa, M.**Centro:** Hospital de Poniente, Cirugía Ortopédica y Traumatología, El Ejido, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Las luxaciones múltiples de las articulaciones carpo metacarpianas son lesiones poco frecuentes, siendo la causa más frecuente un traumatismo de alta energía.

En ocasiones estas luxaciones pueden pasar desapercibidas si no se realizan las pruebas radiológicas adecuadas. Ante la sospecha se deben solicitar radiografías en AP, lateral, oblicua a 30 grados de pronación y oblicua a 30 grados de supinación.

Las luxaciones de los metacarpianos se pueden acompañar con frecuencia de fracturas del carpo, y sobre todo, del ganchoso que no requieren ningún tratamiento específico, ya que en la mayoría de casos son pequeños arrancamientos.

Describir el manejo diagnóstico y terapéutico en un paciente adulto que presenta una luxación del 4º y 5º metacarpiano. Se exponen los resultados clínicos y radiológicos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 19 años que acude a urgencias por dolor y deformidad en el dorso de la mano tras golpear una puerta.

A la exploración se observó gran deformidad y edema en el dorso de la mano a nivel de la unión del carpo con la base de los metacarpianos. La exploración neurovascular distal fue normal.

Solicitamos estudio radiológico completo con radiografía AP y lateral de mano derecha donde se evidencia una luxación del 4º y 5º metacarpiano.

A continuación bajo anestesia local se realiza maniobra de reducción cerrada mediante tracción longitudinal seguido de compresión volar a nivel de la base del 4º y 5º metacarpiano. Se coloca un yeso cerrado y se realizan radiografías de control que son satisfactorias.

RESULTADOS: Se retira el yeso a las 4 semanas y se realiza radiografía de control en la que se observa estabilidad carpometacarpiana. Se le indica comenzar a movilizar progresivamente y se deriva a rehabilitación.

A las 12 semanas tras la luxación el paciente presenta movilidad completa, buen balance articular y fuerza conservada. Se ha incorporado de nuevo al trabajo y no presenta limitaciones en sus actividades diarias.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las luxaciones múltiples de los metacarpianos son muy poco frecuentes y pueden pasar desapercibidas en las radiografías iniciales, siendo fundamental realizar una correcta valoración radiológica solicitando diferentes proyecciones (AP, lateral, oblicua en pronación 30 grados y oblicua en supinación 30 grados)

Las luxaciones no tratadas pueden presentar inestabilidad carpometacarpiana y artrosis precoz.

El mecanismo más frecuente de las luxaciones múltiples metacarpianas son los traumatismos de alta energía y es relativamente frecuente que pueden llevar asociada alguna fractura del carpo, siendo el hueso más frecuentemente afectado el ganchoso.

El tratamiento por lo general es mediante reducción cerrada e inmovilización. En aquellos casos que no se consiga una reducción óptima será necesario valorar una actitud quirúrgica.

CP145

SÍNDROME COMPRESIVO NERVIOSO EN MIEMBRO SUPERIOR POR OSTEOCONDROMA POSTEROMEDIAL DE HÚMERO PROXIMAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Hernández Peniche, J.; Cabeza García, C.; Mejías Montañez, D.**Centro:** Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Carpintero et. al. (2009) exponen que los osteocondromas son los tumores óseos mas frecuentes representando el 10-15% de la totalidad, y al igual que Cañete et. al. (2013) indican que la característica radiológica patognomónica de este

tumor es la continuidad cortical y medular de las lesiones con el hueso del que surgen. Las lesiones pueden ser solitarias o múltiples, formando esta última parte del síndrome de exóstosis hereditaria múltiple. Estas lesiones también se pueden presentar con complicaciones como deformidades óseas, fracturas, compromiso neurológico o vascular, formación de bursa y más raramente transformación maligna. En cuanto a la afectación vascular, se puede producir desplazamiento de vasos, estenosis, oclusión vascular y formación de pseudoaneurismas, siendo estos últimos más frecuente a nivel de la rodilla, involucrando generalmente a la arteria poplítea o presentarse como una trombosis arterial (Cañete, 2013). Además pueden producir síndromes de compresión nerviosa, pudiendo generar sintomatología de atrapamiento, siendo la del nervio peroneo causada por una lesión tibial la más frecuente.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de un osteocondroma posteromedial de humero proximal con compresión vasculonerviosa asociada.

Presentar un caso de un osteocondroma posteromedial de humero proximal con compresión vasculonerviosa asociada.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 15 años de edad en seguimiento en consultas de traumatología por presentar osteocondroma posteromedial de humero proximal derecho tras ser diagnosticado con radiografía simple a los 13 años por clínica de tumefacción y molestias en zona proximal de brazo, quien en su última revisión refirió clínica de parestesias ocasionales en zona más distal de miembro superior, no claramente localizadas aunque en zona medianocubital, de meses de evolución y con empeoramiento. A la exploración la función neurovascular del miembro estaba conservada. Se realiza resonancia magnética nuclear de hombro y brazo derecho que informó de lesión focal de unos 20 x 10 mm de diámetro que protruye el borde medial del tríceps y tejido celular subcutáneo, localizado inmediatamente posterior a estructuras vasculonerviosas adyacentes. Se decide intervenir realizando abordaje sobre lesión, identificando la misma y estructuras vasculonerviosas, se realizó resección amplia desde base de tumoración y cierre por planos.

RESULTADOS:

Los controles radiográficos postoperatorio fueron satisfactorios, anatomía patológica confirmó la sospecha diagnóstica de osteocondroma. Al seguimiento en el segundo mes, se constató la mejoría clínica de dolor y molestias referidas, hasta que se procede al alta de paciente de la consulta.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El osteocondroma representa el tumor óseo más común, y posee unas características radiológicas típicas, principalmente la continuidad cortical y medular. El tratamiento definitivo consiste en una resección simple o ampliada. Aunque son infrecuentes, puede manifestarse con síntomas relacionados a sus complicaciones tales como la compresión nerviosa y vascular.

CP146

LA IMPRESIÓN EN 3D COMO HERRAMIENTA EN LA PLANIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL CON EXTENSIÓN DIAFISARIA.

Autores: García Carmona, M.; Obrero Gaitán, D.; Rodríguez Ferri, A.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de humero proximal con extensión diafisaria suponen un reto quirúrgico para el traumatólogo. Entre las opciones quirúrgicas, la más utilizada es la osteosíntesis con placa y tornillos, que suele ser de una longitud importante y requiere un abordaje quirúrgico amplio (técnicas MIPO aparte). El objetivo es presentar las ventajas que aporta la impresión en 3D del hueso del paciente para la planificación quirúrgica en este tipo de fracturas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presentan dos casos de pacientes con fractura de humero proximal con extensión diafisaria intervenidos en nuestro centro mediante osteosíntesis con placa y tornillos a través de un abordaje deltopectoral ampliado. Previo a la cirugía, se realizó una impresión 3D del humero completo del paciente ya reconstruido, utilizándose para el premoldeado de la placa para colocarla en un lugar adecuado, minimizando así el riesgo de lesiones asociadas y para elegir la longitud adecuada.

RESULTADOS:

En los dos pacientes se consiguió realizar una reducción anatómica de la fractura, minimizando en gran medida el tiempo quirúrgico intraoperatorio gracias a la planificación previa y el premoldeado de la placa. Durante el postoperatorio los dos pacientes evolucionaron de forma satisfactoria, sin complicaciones asociadas, y en ambos casos se consiguió la consolidación completa de la fractura con un balance articular similar al miembro contralateral.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La impresión en 3D para el tratamiento de las fracturas de húmero proximal es una técnica útil para planificar de forma adecuada el abordaje de este tipo de fracturas. Aunque son necesarios estudios realizados de forma rigurosa, se puede intuir que se trata de una herramienta que disminuye de forma considerable el tiempo quirúrgico y por tanto el número de complicaciones.

CP147

EXPERIENCIA CON LAS PLACAS PUDDU EN LAS OSTEOTOMÍAS TIBIALES VALGIZANTES.

Autores: Jiménez Martín, A.; Iborra Trebujano, P*.; Chaqués Asensi, F.J.; Gómez Cobo, R.

Centro: Hospital FREMAP, Sevilla. *Hospital de Cruces, Bilbao.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La meniscectomía supone un buen pronóstico en roturas meniscales agudas a medio plazo, mientras que en las crónicas, sólo se alcanza un pronóstico favorable en el 20% a los 6 años. La osteotomía valgizante obtiene buenos resultados en el 55% de los pacientes, a pesar de un riesgo de empeoramiento clínico en 15 años. Nuestro objetivo es analizar nuestra experiencia con osteotomías valgizantes, siendo ésta una alternativa a la artroplastia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Tamaño muestral de 36 pacientes. Variables: edad, sexo. Escala Lysholm. Tiempo quirúrgico, de consolidación, rehabilitación, comienzo de carga, eje mecánico, ángulo tibia proximal medial (M.P.T.A.), slope y factores de riesgo asociados (obesidad, edad superior a 50 años, Ashback, meniscectomía previa, afectación del cruzado anterior). Criterios de inclusión: edad inferior a 60 años, buena calidad ósea, artrosis grado I-II unicompartmental medial, rodilla estable y móvil.

RESULTADOS:

31 varones, 5 mujeres. 32 casos con artroscopia asociada. Edad media de 47.3+/- 6.5 años. Tiempo quirúrgico: 104.2 +/- 20.8 minutos, tiempo rehabilitador de mediana en 225 días, consolidación de mediana en 110 días y comienzo de carga de mediana en 60 días. Mejoría del eje mecánico de 8 a 0º, M.P.T.A. desde 84 +/- 2.3 a 91 +/- 2.4º, slope de 5.3 +/- 3.2 a 6.4 +/- 3.8º y Lysholm desde 41.9 +/- 9.6 a 79.4 +/- 14.2 puntos. Factores de riesgo asociados: obesidad 27.8%, mayor de 50 años (27.8%, Ashback II: 44.4%, meniscectomía previa en el 66.7% y lesión del cruzado anterior en el 11.4%. La obesidad era el único factor que de modo significativo, p=0.04, influía en el Lysholm postoperatorio (U de Mann Whitney). Paso a PTR en el 8.3%.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La corrección del M.P.T.A. es el factor más importante. La corrección del slope excesiva puede aumentar el síndrome femoropatelar. Es una buena técnica para tratar la artrosis unicompartmental, medial, en jóvenes activos. La asociación de artroscopia ayuda a confirmar el diagnóstico y tratar lesiones asociadas.

CP148

DISOCIACIÓN ESPINO-PÉLVICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Abderrachid Ali Chaib, Y.; Fernández de Rota, A.; Díez Izquierdo, M.

Centro: Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La Disociación Espino Pélvica se define como una fractura del sacro que combina un trazo transversal con trazos sagitales en ambas alas sacras y provoca una separación mecánica entre el raquis y la Pelvis. Lesión infrecuente aunque posiblemente infra-diagnosticada en contexto de traumatismo de alta energía.

Presentar un caso clínico sobre Disociación Espino Pélvica tratado en nuestro hospital así como su discusión, sospecha clínica, importancia en el diagnóstico temprano, tratamiento de elección y posibles complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 34 años que ingresa en el área de urgencias en contexto de politraumatismo tras sufrir un accidente de tráfico alta energía. Primera valoración área de urgencias donde se constata de traumatismo abdominal y pélvico. Se solicita Body Tac. Estabilización en UCI EXPLORACIÓN POR COT - Buen estado general, Estable, Consciente y orientado - Dolor a la palpación pélvica y abdominal - EVA 8 - ROTs normales y simétricos - No AGU - Fuerza motora conservada 4/5. Sin alteraciones sensibilidad TAC - Fractura conminuta y desplazada del hueso sacro con múltiples trazos de fractura de disposición vertical, horizontal y oblicua que afectan a la región lateral, medial y foraminal bilateral. Probable

disociación espino-pélvica a nivel de S1. - Fractura no desplazada de la pared y columna anteriores del acetábulo izquierdo INTERVENCIÓN QUIRURGICA PROGRAMADA - Esqueletización de niveles L4-SACRO - Localización de punto de inserción de tornillo sacroiliaco bajo control radioscópico y colocación de tornillo 7.5x100 mm bilaterales canulados (expedim) - Localización de pedículos e inserción de tornillos en L4-L5 y control radioscópico. - Colocación de barra y bloqueadores SEGUIMIENTO EN CONSULTA El paciente presenta buena evolución, con marcha conservada Sin alteraciones motoras ni sensitivas Control Radiográfico: MOS bien posicionado.

RESULTADOS:

A causa de la poca frecuencia de estos casos y la severidad de las lesiones asociadas se trata de una lesión lumbopélvica se han vuelto comunes en el tratamiento de las lesiones sacras, los resultados están por describirse y el manejo de estos pacientes se realiza de forma personalizada. En las fracturas minimamente desplazadas un tratamiento quirúrgico con estabilización de las mismas permitiría una movilización precoz, disminuyendo la morbilidad y mejorando los resultados funcionales a largo plazo en el paciente politraumatizado. La norma, es por tanto, el tratamiento quirúrgico con descompresión de los elementos nerviosos, y reducción y estabilización de la lesión. Aunque no hay una indicación categórica sobre los tiempos, se recomienda llevar a cabo esta cirugía en las primeras 24-72 horas, con el objetivo de maximizar la capacidad de recuperación del daño neurológico. Si este se manifestase antes con la aparición de una cauda equina, sería deseable un tratamiento mas precoz. Actualmente se llevan a cabo sistemas de fijación que se han convertido en el estándar de tratamiento. Estos montajes incluyen una sólida fijación lumbar con tornillos pediculares a varios niveles unidos mediante barras. Además, se colocan tornillos iliacos a nivel de la espina iliaca postero- superior. A pesar de que se puede conseguir una adecuada fijación con un tornillo único en cada ala iliaca.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La importancia del diagnóstico temprano de la Disociación espino pélvica es fundamental para un buen proceso terapéutico del paciente y para evitar posibles complicaciones neurológicas en el futuro. El tratamiento actual es quirúrgico, así lo avala la experiencia clínica y la literatura científica, estabilizar y descomprimir las lesiones neurológicas posibles debe ser nuestro objetivo primordial.

CP149

NEUROTOMÍA DEL NERVO MUSCULOCUTÁNEO SECUNDARIA A FRACTURA DE CLAVÍCULA.

Autores: Quirante García, S.; Ayllón Barranco, R.; Requena Ruiz, F.M.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de clavícula constituyen una entidad bastante frecuente, representando aproximadamente el 4-10% de todas las fracturas del adulto. En la mayoría de los casos son causadas por traumatismos indirectos sobre el hombro o directos sobre la clavícula. Estas lesiones son generalmente tratadas de forma conservadora con inmovilización por medio de un cabestrillo y sólo en pocos casos se recurre al tratamiento quirúrgico. Las complicaciones neurovasculares debidas a fracturas de este hueso son bastante raras.

Presentar un caso de fractura de clavícula con lesión del plexo nervioso braquial.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 54 años, que presenta fractura de clavícula por traumatismo indirecto tras caída en accidente de motocicleta. La exploración muestra la imposibilidad de efectuar flexo-extensión de codo, muñeca y dedos. Se realiza RM que informa de la presencia de fragmentos óseos junto a hematoma que producen compresión en plexo braquial. Se interconsulta con Neurocirugía e indican tratamiento quirúrgico. Durante la cirugía se identifica el plexo braquial y se inspecciona cuidadosamente. Se extraen los fragmentos óseos y se retira el hematoma. Durante la meticulosa disección efectuada por el equipo neuroquirúrgico, se observan importantes lesiones del nervio musculocutáneo con interrupción de este. Se decide, por lo tanto, efectuar una transposición nerviosa utilizando fibras del nervio ulnar homolateral. Finalmente se reduce y fija la fractura mediante placa puente posicionada anteriormente para obtener un mejor agarre de los tornillos.

RESULTADOS:

Control radiográfico al mes de la cirugía en el que se evidencia formación de incipiente callo óseo e inicial consolidación de la fractura. Se realizan controles radiográficos seriados y la completa consolidación se observa a las 12 semanas postquirúrgicas. Se realizan también controles neurológicos seguidos de EMG y se aplica un protocolo de rehabilitación específico. El EMG detecta reinervación completa sin secuelas tras seis meses desde la intervención.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En un paciente con fractura de clavícula y lesión asociada del plexo braquial es muy importante intervenir lo más precozmente posible para que se evidencie el tipo de lesión nerviosa y se pueda decidir la estrategia de tratamiento más correcta. Es fundamental realizar la reducción y síntesis de la fractura y de forma paralela la exploración del plexo braquial. La intervención precoz permite lograr una mejor recuperación funcional.

CP150

LOCALIZACIÓN INFRECUENTE DE FRACTURA ATÍPICA POR BIFOSFONATOS: FRACTURAS DE RAMAS PÉLVICAS.

Autores: Gómez Haccart, P.; Gómez Haccart, J.; García Guirao, A.J.

Centro: Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los bifosfonatos son fármacos para el tratamiento de la osteoporosis. En la última década han aparecido efectos adversos relacionados con este medicamento, entre ellos 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.

La mayoría ocurren en una o varias diáfisis femorales pero también otros huesos pueden estar afectados, entre ellos sacro, isquion, costillas y ramas pubianas.

Las fracturas son atraumáticas o ante mínimos traumatismo y en algunos casos son precedidas por un dolor prodrómico en la zona de la fractura.

El objetivo del estudio es presentar la importancia de la sospecha clínica para el diagnóstico de las fracturas atípicas por bifosfonatos ya que muchos pacientes suele referir dolor previo a la fractura.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 65 años que acude a urgencias por dolor en ingle derecha y cojera a la marcha sin traumatismo aparente de varias semanas de evolución. Como antecedentes personales destaca hipertensión y osteoporosis en tratamiento con bifosfonatos.

Se le realiza radiografía de pelvis donde se objetiva fractura ileo e isquiopubianas derechas, se amplía estudio con TC confirmándose el diagnóstico de fracturas de rama ileo e isquiopubiana derecha por bifosfonatos.

Se le suspendieron los bifosfonatos, se pautó tratamiento sintomático y se solicitó rehabilitación.

RESULTADOS:

En el seguimiento a los 6 meses se objetiva consolidación de las fracturas tras la realización de TC y Rx de control. La paciente ha evolucionado satisfactoriamente y deambulando sin dolor a los 8 meses desde la fractura.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas atípicas aparecen fundamentalmente en pacientes tratados durante tiempo prolongado con bifosfonatos. Para su diagnóstico es muy importante la sospecha clínica, ya que algunos pacientes refieren pródomos a nivel de ingle o muslo, y la realización de pruebas de imagen ya que las fracturas asociadas a bifosfonatos suelen tener un patrón radiológico característico.

CP152

¿QUEDA EXCLUIDA LA GRAVEDAD ANTE LA AUSENCIA DE SIGNOS DE ALARMA?. LUXACIÓN INVETERADA DE HOMBRO ASOCIADA A FRACTURA DIAFISARIA DE HÚMERO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Romero Sánchez, M.; Gómez Haccart, P.; Gómez Haccart, J.

Centro: Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La luxación inveterada de hombro asociada a fractura diafisaria es una lesión poco frecuente. La literatura y la experiencia clínica nos enseña que el dolor es el síntoma más frecuente para orientar el diagnóstico ante una lesión aguda en el hombro traumático.

Pero el incremento de prevalencia en patología degenerativa de hombro asociado a otros factores como la edad avanzada, demencia o escaso soporte familiar, encubre el dolor como síntoma de alarma, lo que dificulta el diagnóstico y en ocasiones enmascara situaciones de gravedad.

Mostrar la importancia de un correcto diagnóstico en pacientes cuya historia clínica resulta difícil de realizar, para dirigir el manejo y tratamiento definitivo, debiéndose plantear la posibilidad de lesiones graves aunque se carezca de

una clínica florida que lo justifique.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente varón de 77 años, con antecedente de enfermedad de Alzheimer avanzada con escaso soporte familiar, traído por familiar a urgencias tras apreciar limitación funcional en miembro superior de varias semanas. El paciente, dada su enfermedad de base, presenta escasa colaboración a anamnesis, exploración y a la realización de pruebas complementarias.

Tras estudio con radiografía simple y TC 3D, se diagnostica de luxación anterior inveterada de hombro con fractura del tercio anteroinferior de glena y fractura concomitante diafisaria de húmero izquierda de 8 semanas de evolución.

Se optó por realizar cirugía abierta, practicándose osteosíntesis con placa NCB diafisaria, reducción de la cabeza humeral y colocación de injerto de banco en muro antero-inferior glenoideo.

RESULTADOS:

Se consiguió una adecuada congruencia y estabilidad articular. En el seguimiento a los 6 meses de la intervención el paciente ha evolucionado satisfactoriamente, consiguiendo una correcta función global y buen control de dolor.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La luxación anterior inveterada de hombro asociada a fractura diafisaria es una patología infrecuente de la que no se dispone mucha información en la literatura; por la que, ante la ausencia de signos de alarma en un paciente anciano y poco colaborador, se debe realizar una correcta historia clínica para poder alcanzar un diagnóstico diferencial que nos permita una adecuada actuación sobre la patología presente.

CP153

VENTAJAS DEL ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO EN FRACTURAS ARTICULARES DE CALCÁNEO.

Autores: Almagro Gil, M.I.; Robles Molina, M.J.; Cárdenas Grande, E.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Conocer beneficios del abordaje del seno del tarso en fracturas articulares de calcáneo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Tres pacientes llegan a urgencias con fracturas de calcáneo. Tras decisión de tratamiento quirúrgico como definitivo, se decide abordar dicha fractura de forma mínimamente invasiva a nivel articular mediante abordaje del seno del tarso asociada a fijación percutánea.

RESULTADOS:

Los pacientes obtienen radiográficamente una buena reducción de la superficie articular. En los tres casos la evolución de las partes blandas y la cicatrización de la herida quirúrgica no supuso ningún problema. Salvo un paciente, que muestra signos de artrosis subastragalina temprana, los demás obtuvieron movilidad satisfactoria y buen control del dolor.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El abordaje del seno del tarso asociado a fijación percutánea en fracturas de calcáneo es una alternativa adecuada, y un recurso más en el manejo quirúrgico de estas fracturas. Favorecen no solo una mejor evolución de la herida quirúrgica si no que disminuyen la recuperación de los pacientes. Es importante destacar que podemos optar por ello en pacientes que tradicionalmente habrían sido tratados de forma conservadora, si no es por la evolución de la cirugía en este ámbito.

La fractura de calcáneo es la fractura más frecuente del tarso, significando el 1-2% de todas las fracturas. Alrededor del 70% afectan a la articulación subastragalina.

El tratamiento de estas fracturas ha sido un tema controvertido a lo largo del tiempo, ya que a pesar del avance del manejo, el tratamiento conservador continúa teniendo un puesto relevante para evitar complicaciones de la herida; pero una anómala reducción de la superficie articular subastragalina ha demostrado incrementar el riesgo de artrosis sintomática. Afecta en su mayoría a pacientes con diabetes y enfermedad vascular periférica.

El objetivo de la reducción abierta y fijación interna es conseguir una reducción anatómica de la articulación subastragalina, fijación estable, rango de movimiento precoz y recuperar la morfología del calcáneo.

Los abordajes extendidos ofrecen una visualización directa excelente y facilita la fijación, pero las complicaciones ascienden desde 1,5% hasta 30% según las series.

Por ello, son cada vez más usados abordajes mínimamente invasivos para el tratamiento de fracturas articulares, ya que disminuyen las complicaciones de la herida, el tiempo quirúrgico, la formación de hematoma, así como que tienen similares resultados funcionales que abordajes tradicionales.

CP155

USANDO TORNILLOS. FRACTURA SUSTENTACULUM TALÍ. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** López Morales, M.; Luque Valenzuela, M.; López Álvarez, B.**Centro:** Hospital Comarcal Santa Ana, Motril, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Explicar la importancia de este tipo de fracturas así como mencionar distintos tipos de tratamiento quirúrgico y posibles complicaciones y secuelas.

Anamnesis

Paciente de 23 años que acude a urgencias tras caída de 2 m de altura con pie en supinación.

Presenta dolor en zona anterior e interna del pie con limitación funcional completa, inflamación en dorso y hematoma incipiente, no signos de trombosis venosa profunda, neurovascular conservado.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se pide Rx donde se intuye fractura de calcáneo. Se solicita tac para un mejor estudio donde se diagnostica una fractura intraarticular conminuta desplazada del sustentaculum tali.

Se procede a intervención quirúrgica mediante abordaje medial longitudinal paralelo al tibial posterior centrado en la zona del sustentaculum.

El tendón del tibial posterior y Flexor digital común se retiran hacia craneal mientras que el flexor hallucis longus (FHL) se retira hacia caudal. Se realiza reducción del sustentaculum Tali con pinzas, se fija temporalmente con aguja se Kirschner y para finalizar se realiza una osteosíntesis con tornillo de 3,5 mm.

Se mantiene un yeso unas 10 semanas sin permitir carga hasta que no se produce de la retirada del mismo y visualización de inicios consolidación en radiografía.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas aisladas de calcáneo son raras, suponen 1 -2 % del total de las fracturas de tobillo/pie, siendo menor del 1 % las fracturas aisladas del sustentaculum tali.

El mecanismo de producción suele ser caída desde altura con el pie en supinación o traumatismo directo. En la exploración encontraremos dolor en zona anterior y distal al maléolo tibial que aumenta con la movilidad pasiva del FHL.

Pueden pasar fácilmente desapercibidas en la radiografía. La prueba más importante es el tac, donde podemos encontrar gaps intraarticulares, depresiones del muro medial, que den lugar a una incongruencia articular. Si no se diagnostican pueden producirse diversas complicaciones, como pseudoartrosis, artritis subtalar, pinzamiento crónico del FHL, varo de retropie, parestesias del nervio plantar, persistencia del dolor, deformidad de pie en plano valgo progresiva, síntomas de síndrome tarsal.

El sustentaculum tali presenta una importante función en el mantenimiento de la columna medial del pie. El FHL pasa por un surco en la superficie plantar del mismo. También sirve de inserción del ligamento plantar calcáneo navicular y del deltoideo.

Los principios del tratamiento quirúrgico son la reconstrucción anatómica del sustentaculum, reconstrucción de la cara medial de la articulación subastragalina y el arco medial del pie.

Si no hay desplazamiento ni trazos intraarticulares, está descrito el tratamiento conservador, aunque como hemos visto, hay riesgos de complicaciones que dejarán secuelas importantes en el pie, por lo que, ante este tipo de fracturas, abogamos en la mayoría de las ocasiones tratamiento quirúrgico. Éste se encuentra indicado sobre todo en gaps intraarticulares de más de 2 mm, hundimiento de la cara medial, al tratamiento del FHL, FDL, tibial posterior, fractura que se extienda a la cara posterior del calcáneo.

Clásicamente se ha realizado un abordaje lateral, pero limita el acceso a la zona medial, haciendo más difícil la consecución de una reducción anatómica por la interposición de la tuberosidad intacta del calcáneo. La vía medial descrita por Mc Reynolds inicialmente fue luego empleada por Burdeaux, es la que mayor visualización ofrece y la de elección en estos casos.

CP156

¿QUÉ PASA CON EL GANCHO DEL GANCHOSO?. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Gumersindo Godoy, F.A.; López Morales, M; M.; Cartagena Roa, L.**Centro:** Hospital Comarcal Santa Ana, Motril, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Mostrar una experiencia de trabajo de investigación en una patología con poca causística.

Paciente de 26 años acude a urgencias tras caída de bicicleta con apoyo de ambas manos en extensión. Exploración miembro superior izquierdo dolor en base del pulgar con limitación funcional completa miembro superior derecho edema y tumefacción en carpo, dolor en metacarpofalángica del tercer al quinto dedo vasculonervioso conservado.

Radiografías miembro superior derecho fractura gancho de ganchoso.

M superior izquierdo fractura de Bennett.

MATERIAL Y MÉTODO:

Intervenido al día siguiente del traumatismo se le realiza en miembro superior izquierdo una reducción cerrada fijación interna con dos AK.

En miembro superior derecho se realiza reducción abierta fijación interna con tornillo de 22 mm abordaje dorsal tras identificación Palmar del nervio y arteria cubital.

RESULTADOS:

Se retiran agujas de miembro superior izquierdo a los 50 días Post intervención en miembro superior derecho presenta parestesias en pulpejo de quinto dedo no alteración del mediano cierto déficit de movilidad de la muñeca y flexoextensión de cuarto y quinto dedo.

Se deriva a rehabilitación para aumento movilidad se procede al alta sin complicaciones.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En la literatura actual, dado lo infrecuente de las fracturas de la región subtrocanterea y su pseudoartrosis no hay suficiente evidencia para afirmar que el enclavado endomedular sea superior a sistemas extramedulares tipo DCS en la cirugía de revisión ni se ha podido establecer un protocolo de actuación ante dicha lesión. Por tanto, su tratamiento sigue suponiendo un reto para el cirujano y es imprescindible individualizar cada caso.

La fractura del gancho de ganchoso es rara 2- 4 % de las fracturas del carpo, Su diagnóstico suele ser tardío.

Su mecanismo de producción en la práctica de deportes que se usan empuñaduras tipo tenis golf o por traumatismo directo.

Sospecharemos esta patología si encontramos dolor en región hipotenar sobre la línea de Carter (Línea imaginaria entre pisiforme y cabeza del segundo metacarpo), dolor a flexión contrarresistencia del cuarto y quinto dedo, manifestaciones de neuropatía cubital distal. En la apófisis unciforme del ganchoso se insertan ligamentos y músculos intrínsecos de la mano, actúa como polea de reflexión para los flexores profundos del cuarto y quinto dedo. Presenta vascularización rica en borde radial de la base del gancho, no así en otras zonas. Esto, junto con las distintas tracciones musculares, explica la facilidad de pseudoartrosis. La proximidad al nervio cubital explica la sintomatología de neuropatía que puede aparecer.

Realizar la exploración mediante tracción del gancho del ganchoso (hook of the hamate pull test) flexión contra resistencia de cuarto y quinto dedo con muñeca en desviación cubital, positiva si reproduce el dolor. Diagnóstico de imagen: las radiografías tienen poco rendimiento, imprescindible realizar un tac comparativo bilateral. La falta de evidencia en la literatura sobre el manejo de estas lesiones explica las distintas posibilidades terapéuticas que se ofrecen.

El tratamiento en casos agudos sin desplazamiento puede ser conservador, yeso 12 semanas. Aun así se han visto series de pseudoartrosis que llegan al 85 %.

En caso deportista, diagnóstico tardío o muy desplazado, el tratamiento de elección es el quirúrgico no habiendo consenso sobre la técnica a realizar.

Se puede llevar a cabo una excisión del fragmento, conlleva un menor tiempo de recuperación aunque puede derivar en una pérdida de fuerza flexora.

El abordaje volar permite la visualización directa de estructuras vasculares, pero implica un mayor riesgo de lesión. Para evitarlo Schenfler describió el abordaje dorsal mínimamente invasivo con fijación con tornillo. Éste permite movilización inmediata, consigue consolidación en más del 90 % con una recuperación funcional excelente por lo que parece ser el mejor tratamiento para pacientes deportistas o con alta actividad.

CP157

PSEUDOARTROSIS Y FRACASOS MÚLTIPLES DISPOSITIVOS DE OSTEOSÍNTESIS EN ADULTO JOVEN CON FRACTURA SUBTROCANTEREA.

Autores: Álvarez Fernández, A.; Soler Vasco, B.; Olmedo Palma, J.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas subtrocanterias suponen un pequeño porcentaje de las fracturas de fémur proximal, siendo poco frecuente en jóvenes consecuencia generalmente de un mecanismo de alta energía y dando lugar a patrones de fractura más complejos.

El tratamiento quirúrgico de las fracturas subtrocanterias supone un reto ya que dicha región anatómica está expuesta a factores biomecánicos y biológicos característicos de riesgo de pseudoartrosis.

Presentar el manejo terapéutico de pseudoartrosis aséptica de fractura subtrocanterea de fémur en adulto joven reintervenido en tres ocasiones.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 37 años, adicto a la cocaína, diagnosticado de fractura subtrocanterea de fémur hace dos años tras precipitarse de diez metros de altura. Se llevó a cabo reducción abierta y fijación interna mediante enclavado endomedular, presentando durante el siguiente año dolor durante la deambulación y no consolidación radiográfica del foco de fractura. Se decidió reintervenir al paciente realizando osteotomía valguizante con colocación de injerto óseo autólogo y fijación mediante sistema extramedular DHS® (Dynamic Hip Screw); intervención tras la cual no desapareció el dolor. En posteriores revisiones se observó la no consolidación del foco, con fracaso del material de osteosíntesis que se sustituyó por implante DCS® (Dynamic Condylar Screw). Tres meses después se somete a cirugía de revisión por fracaso nuevamente del implante. En esta ocasión se opta por desbridamiento, colocación de matriz ósea desmineralizada e implante DCS de mayor longitud.

RESULTADOS:

Tras la cirugía el paciente permaneció en descarga dos meses y actualmente, seis más tarde, el paciente deambula sin dolor con ayuda de un bastón y muestra signos de consolidación en la radiografía. Las fracturas subtrocanterias suponen aproximadamente un 5-20% de todas las fracturas de fémur proximal. Presentan una distribución bimodal, siendo una lesión poco frecuente en jóvenes, consecuencia generalmente de un mecanismo de alta energía, dando lugar a patrones de fractura más complejos. El tratamiento quirúrgico de las fracturas femorales y, especialmente las fracturas subtrocanterias suponen un reto para el cirujano ya que dicha región anatómica está expuesta a factores biomecánicos y biológicos característicos que pueden considerarse de riesgo de pseudoartrosis. La zona subtrocanterea y, en especial su córtex medial soporta cargas muy elevadas; razón por la cual la conminución medial supone un factor adicional de inestabilidad en este tipo de fractura; existen fuerzas deformantes en dichas lesiones propiciadas por la musculatura insertada en los fragmentos proximal y distal, que dificultará aún más la adecuada reducción de la fractura; además, cabe mencionar el escaso aporte vascular a dicha región compuesta principalmente por hueso cortical. En la actualidad, la reducción indirecta y osteosíntesis mediante técnicas mínimamente invasivas son de elección en el tratamiento de las fracturas subtrocanterias. La opción terapéutica preferida en la literatura es el enclavado endomedular, que ha demostrado ser superior biomecánicamente a sistemas de fijación extramedular por su menor brazo de palanca, con el inconveniente de ser un factor de riesgo por el mal alineamiento de la fractura. La correcta reducción de la fractura antes de la introducción del clavo y el punto de entrada son cruciales para evitar la consolidación en varo de la misma y los problemas que puede conllevar. En el caso presentado, se optó por el enclavado endomedular como fijación de elección, pero en el control postoperatorio se podía observar gran conminución del córtex medial a nivel de la fractura, que conllevó el colapso de la fractura en varo y pseudoartrosis de la misma. Con intención de evitar problemas de la marcha y restaurar el eje mecánico se decidió tratar la pseudoartrosis en el adulto joven mediante osteotomía valguizante con autoinjerto, que se fijó con sistema DHS. A pesar de la poca evidencia, se han observado buenos resultados funcionales en series de casos de tratamiento de la pseudoartrosis de fractura subtrocanterea mediante el uso de esta técnica. Uno de los sistemas más extendidos para el tratamiento de la fractura subtrocanterea de fémur y su correspondiente pseudoartrosis es el uso de dispositivos DCS, que debido a la angulación que poseen y a fuerzas de tensión que la musculatura realiza sobre esta zona actúa según el principio biomecánico del tirante favoreciendo así la consolidación de la fractura.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En la literatura actual, dado lo infrecuente de las fracturas de la región subtrocanterea y su pseudoartrosis no hay suficiente evidencia para afirmar que el enclavado endomedular sea superior a sistemas extramedulares tipo DCS en la cirugía de revisión ni se ha podido establecer un protocolo de actuación ante dicha lesión. Por tanto, su tratamiento sigue suponiendo un reto para el cirujano y es imprescindible individualizar cada caso.

CP158

STRESS SHIELDING EN OSTEOSÍNTESIS CON PLACAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** López Soto V, López Álvarez B, Rubín Capalvo C.**Centro:** Hospital Comarcal Santa Ana, Motril, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Poner de manifiesto una complicación cada vez más frecuente, dado el incremento exponencial del uso de implantes de osteosíntesis en personas jóvenes, y el tratamiento que decidimos realizar en este caso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente intervenido en 2011 por pseudoartrosis de escafoides con necrosis proximal y colapso carpiano avanzado (SNAC tipo II). Se realizó resección de la primera hilera del carpo y artrodesis radiocarpiana.

En 2018 presenta caída con contusión directa en misma muñeca, presentando tumefacción, dolor y limitación funcional.

Rx: fractura periimplante a nivel de tercio medio-distal de radio. Se comprueba consolidación de la artrodesis radiocarpiana.

Se decide realizar tratamiento quirúrgico mediante doble abordaje vía volar y dorsal, retirada de placa de artrodesis de muñeca, reducción abierta y fijación interna de fractura de radio mediante placa volar de radio LC-DCP.

RESULTADOS:

Postoperatorio inmediato: se permite movilización pasiva precoz, autorizando movilidad activa en 15 días tras intervención. Al mes se encuentra sin dolor, realizando movilidad activa sin carga. Rx: confirman inicio de consolidación de la fractura.

En la actualidad, 4 meses de evolución, ha comenzado a realizar esfuerzos, no presenta dolor ni limitación para sus actividades. No se observa fracaso de artrodesis radiocarpiana.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Ahora se prefiere el tratamiento quirúrgico de la patología osteoarticular, con las correspondientes complicaciones de fracturas periimplante. Existen muchas publicaciones acerca de las fracturas periprotésicas, pero no sobre fracturas periplaca o periclavo.

La cirugía abierta, desperiostización y utilización de placas de contacto, conlleva disminución de la vascularización cortical del hueso donde contacta con la placa (stress-shielding). Ésto conlleva una osteoporosis cortical, con debilitamiento óseo, que, sumado al montaje rígido del implante, puede predisponer la aparición de fractura periplaca. Para disminuir este riesgo se recomienda utilizar placas de contacto limitado, que reparten la carga uniformemente sobre el hueso y disminuyen el stress-shielding, además de no ser necesaria la desperiostización excesiva.

Las recomendaciones básicas de osteosíntesis (AO) eligen montajes menos rígidos: no atravesar más de 4-6 corticales a cada lado de la fractura, espaciar la distancia de los tornillos en la placa, aumentar la distancia de los tornillos de fijación del foco de fractura.

CP159

TRATAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO PROXIMAL CON FIJADOR EXTERNO CON PIN PROXIMAL EN CLAVÍCULA.**Autores:** Sánchez Sánchez, B.; Fuentes Salguero, L.; Alonso Calvo, F.**Centro:** Hospital de la Serranía, Ronda. Málaga.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Las fracturas abiertas de húmero proximal son extremadamente raras y su tratamiento es todo un reto para los cirujanos. Este tipo de lesiones tienen asociado un alto riesgo de infecciones, lesiones neurovasculares y presencia de fracturas conminutas (1).

La literatura disponible es escasa y no proporciona pautas claras sobre la ubicación exacta de los pines de los fijadores externos ni de la configuración adecuada del fijador en el caso de defectos óseos grandes del hombro o de la cintura escapular (2).

En este trabajo vamos a exponer el caso de un paciente con una fractura abierta de húmero proximal en el que se tuvieron que colocar los pines proximales en clavícula. Igualmente vamos a revisar la bibliografía al respecto.

RESULTADOS:

Varón de 44 años sin antecedentes médicos de interés que sufre politraumatismo por accidente de motocicleta. Presenta neumotórax, fractura de 3ª y 4ª costillas, contusión pulmonar y pequeño derrame pleural derechos, así como fractura abierta tipo II de Gustilo y Anderson de cabeza y diáfisis de húmero proximal y fractura abierta tipo II de Gustilo

y Anderson de diáfisis femoral. El paciente no presenta déficits neurovasculares en ninguna extremidad. En un primer momento, se lleva a cabo una cirugía de control de daños de las fracturas mediante reducción cerrada y fijación externa de las fracturas mediante la utilización de fijadores externos. Dada la localización de la herida en la parte más proximal del húmero, es imposible colocar los pines proximales en la cabeza humeral. Por ello, se decide colocar 2 pines de 5 mm en tercio medio de clavícula derecha y 2 pines de 5 mm a nivel medio de diáfisis humeral derecha. Posteriormente se realiza montaje triangular con fijador externo Hoffman 3 de Stryker.

Seguidamente, el paciente pasa a UCI para control de patología torácica. En el postoperatorio el paciente recibe cefazolina como antibioterapia empírica.

Tras el control de la infección y estudio de la fractura de húmero mediante TAC, se lleva a cabo la cirugía definitiva de la fractura de húmero proximal mediante la reducción abierta y fijación interna con tornillos interfragmentarios y una placa Philos. En el fémur se realiza una reducción cerrada y fijación interna con clavo Expert anterógrado. Tras cirugía presentó déficit en la extensión de la muñeca, compatible con una neuroapraxia del nervio radial, que está mejorando de manera progresiva.

A los 6 meses de la cirugía el paciente se encuentra de baja laboral y está recibiendo fisioterapia. En la valoración del dolor mediante la escala EVA presenta 0 de 10 puntos. En cuanto a movilidad presenta antepulsión a abducción de hombro de 95°. Llega con la mano a cabeza y a L5. Refiere falta de fuerza a la hora de coger objetos con la mano. La movilidad de la misma es completa, pero con disminución de la fuerza (4/5) con respecto a la contralateral. Su grado de satisfacción valorado del 0 al 10 (siendo 0 un paciente completamente insatisfecho y 10 un paciente completamente satisfecho) es 9.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La utilización de un fijador externo en fracturas abiertas de hombro es infrecuente, sobre todo para los cirujanos civiles. Si es posible, la cabeza humeral o el acromion son los lugares en los que se deben colocar los pines proximales (3, 4). En nuestro caso, la herida era demasiado proximal y la fractura afectaba a la cabeza humeral, por lo que se descartó la colocación de los pines en la cabeza por el elevado riesgo de infección. En este caso, quedaban pocas posibilidades para emplazar los pines proximales, restringidas por las relaciones anatómicas, el riesgo de complicaciones y lesiones iatrogénicas de las estructuras de la región clavicular. En la literatura se ha descrito la colocación de pines en acromion, clavícula y coracoides (5, 6).

A la hora de la colocación del pin proximal, en este caso, nos pareció que el acromion era demasiado fino como para poder alojar un pin de dichas dimensiones. La inserción de un pin a través de coracoides la desechamos al considerar la clavícula un hueso de más fácil abordaje. La colocación de pines desde acromion o desde coracoides en espina escapular puede producir la lesión del nervio supraescapular (1). Distintos autores recomiendan que los pines en clavícula deben ser puestos por cirujanos experimentados y mediante abordajes abiertos (2). En nuestro caso, tras una incisión de varios centímetros y una disección cuidadosa se colocaron los dos pines en el tercio medio de la clavícula bajo control radioscópico con un resultado satisfactorio en cuanto a sujeción. El montaje triangular, tal y como describe la bibliografía, aportó una estabilidad adecuada y permitió que el paciente pudiera descansar sobre la espalda (6). En la bibliografía se describen gran cantidad de lesiones y complicaciones asociadas y se suele reconocer este tipo de cirugía como de salvamento de la extremidad (1, 2).

En nuestro caso, tras el control de la infección se realizó una cirugía definitiva consiguiéndose un resultado aceptable. Como complicación, se ha presentado una neuroapraxia del nervio radial que está mejorando de manera clara y, en la actualidad, el paciente presenta un estado funcional y un grado de satisfacción muy buenos.

Este tipo de trauma supone un reto terapéutico debido a que es realmente infrecuente en la traumatología civil. La bibliografía al respecto es escasa y está sobre todo relacionada con heridas de guerra o accidentes de tráfico. Está claro que si es posible se debe colocar el pin proximal en la cabeza humeral. Si esto no es posible se deben colocar los pines proximales en acromion, clavícula o coracoides mediante abordajes amplios y por cirujanos experimentados.

CP160

METALOSIS POR ROTURA MASIVA DEL COTILO EN PAR CERÁMICA -POLIETILENO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA.

Autores: Rodríguez Delourme, I.; Jiménez Garrido, C.; Durán Garrido, F.J.; Estades Rubio, F.J.

Centro: Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Exposición y discusión de un caso de una paciente intervenida de Artroplastia Total de Cadera (ATC) que sufrió una protrusión de una cabeza femoral de cerámica a través del polietileno y del cotilo provocando una metalosis de los

tejidos circundantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente intervenida en 2010 de ATC derecha por coxartrosis sin incidencias. A los siete años de la intervención, la paciente presentó dolor en cadera derecha. En la radiografía de control se observaron signos de desgaste del polietileno por lo que se realizó un recambio de componentes móviles. Durante el recambio, se tomaron muestras para cultivo que fueron negativas. No había aflojamiento del componente femoral ni del cotilo y ambos se encontraban en buen estado. Al año del recambio, la paciente vuelve a consultar por aumento del dolor y sensación de inestabilidad. El balance articular es de 0-100° para la flexoextensión y existe un chasquido audible durante la rotación externa. En la radiografía de cadera se evidenció una excentricidad de la cabeza femoral que apuntaba hacia un nuevo desgaste del polietileno. No se aprecian signos de aflojamiento en vástago ni en cotilo. Los reactantes de fase aguda en la analítica eran negativos y no había leucocitosis. Por el empeoramiento clínico de la paciente y los signos de desgaste del polietileno, se programó a la paciente para cirugía de revisión. Durante la cirugía se observó desde el nivel de celular subcutáneo infiltración de material negro que procede de la articulación de la cadera donde encontramos grandes colecciones de material líquido negro compatibles por colecciones por metalosis. La musculatura glútea estaba desintegrada por la reacción a partículas. El inserto de polietileno estaba totalmente gastado a nivel posterosuperior y consecuencia de ello se produce contacto cabeza metal-back del cotilo. Se generó un desgaste de esta pieza hasta el punto de romperla en la región posterosuperior. Se realizó una limpieza exhaustiva del contenido de la metalosis. Se tomaron muestras para cultivo. El vástago femoral no presentaba signos de aflojamiento. Por el mal estado del metalback se decidió el recambio del cotilo. Tras la extracción de éste se consiguió preservar el techo y pared y columna posterior del acetábulo. Implantamos un cotilo multihole con fijación adicional con 3 tornillos y colocamos un modelo de polietileno tipo constreñido.

RESULTADOS:

Tras la intervención, la paciente presentó una mejoría del dolor y se inició la marcha de forma temprana sin incidencias. A pesar de que la herida quirúrgica estaba en buen estado, existía un exudado negro abundante que cesó al mes de la cirugía. Los cultivos fueron negativos. En el estudio anatomopatológico se confirmó la reacción de partículas derivada de la infiltración por metales.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En la ATC, la tasa de revisión es del 2-6% en 10 años. En la mayoría de los casos, se debe a un aflojamiento aséptico. Una de las causas que provoca una reducción de la supervivencia de una ATC es el desgaste del polietileno. Se han llevado a cabo mecanismos para disminuir el desgaste del polietileno mediante evitar su oxidación o los diseños altamente entrecruzados y mejorar los pares de fricción. En cuanto a los componentes de la cabeza femoral también se diseñan para evitar el desgaste. Las ventajas de la cerámica en la cabeza femoral incluyen su dureza, resistencia a rayarse, disminuye la corrosión del trunion, tiene un bajo coeficiente de fricción, permite una mejor lubricación y es más resistente al desgaste. A pesar de las características tribológicas de la cerámica, se han descrito roturas del cotilo en pares cerámica-polietileno con consecuencias nefastas. Los principales factores de riesgo son el aumento de la actividad del paciente, desgaste en la porción posterior no articular, detritus, polietilenos finos, el grado de entrecruzamiento, el nivel de antioxidación y técnica de esterilización del polietileno, malposición de los componentes y tamaño de la cabeza femoral. Los síntomas se manifiestan tras el desgaste del acetábulo por lo que se considera un recambio. Los signos y síntomas de la rotura son dolor, ruidos con la movilidad y dismetría. En los estudios radiológicos se observa que la cabeza femoral se encuentra excéntrica respecto a su posición original. Esta rotura puede provocar metalosis en los tejidos circundantes. La metalosis se define como el depósito de detritus metálicos en la región periprotésica, partes blandas y hueso. Se relaciona con inflamación crónica, aceleramiento del desgaste, aflojamiento protésico y osteólisis en casos avanzados. Para el estudio prequirúrgico previo se solicitó una radiografía convencional en la que se observaba una localización excéntrica de la cabeza femoral. En ocasiones, las radiografías subestiman la extensión y grado de desgaste del cotilo. La tomografía computarizada nos permite observar partículas metálicas fuera de la articulación que apoyan el diagnóstico de metalosis. Pero la prueba de elección para esos casos sería la resonancia magnética con secuencias de reducción de artefactos por metales que permite confirmar la extensión de la metalosis y la presencia de pseudotumores asociados. En caso de sospecha, otra de las herramientas que pueden ayudarnos a llegar a un diagnóstico es la presencia de metales en sangre. Como el diagnóstico radiográfico era concluyente del evidente desgaste no se solicitaron dichas pruebas. En la mayoría de los casos descritos, los polietilenos no eran altamente entrecruzados. En nuestro caso, en la primera cirugía el polietileno presentaba un bajo grado de entrecruzamiento, lo que puede justificar el desgaste. Un desgaste tan severo del cotilo puede provocar metalosis que se presenta como un fallo de los implantes o como una reacción de cuerpo extraño. Las partículas metálicas se asocian en ocasiones a un aumento de la respuesta inflamatoria en la articulación. Todo esto se traduce en la necesidad de un recambio de los componentes con una posible osteólisis que dificulta la cirugía. Se han descrito que casos en los que únicamente existe un desgaste del polietileno con buen estado del cotilo y de vástago femoral, pueden conservarse dichos componentes y realizar un recambio del polietileno y de la cabeza. Sin embargo, en nuestro caso se produjo una rápida progresión desde la primera cirugía, requiriendo a los dos años un recambio del componente acetabular. En la segunda cirugía, ya existía un desgaste más importante de los componentes asociado a osteólisis del acetábulo. Se han descritos casos en los que tras unos signos leves de desgaste del polietileno se decidió tomar una actitud

expectante por la clínica poco marcada de los pacientes. En estos casos, la progresión al año fue rápida, dificultando la cirugía de revisión. Por tanto, podemos concluir que la metalosis por un desgaste masivo del cotilo en pares cerámica polietileno es una complicación rara derivada de la ATC. Sin embargo, debemos sospecharla en casos en los que haya un cambio en la sintomatología del paciente y encontremos cambios radiológicos compatibles ya que es una situación que presenta una evolución rápida con posibles consecuencias nefastas para el paciente.

CP162

ADAMANTINOMA TIBIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Tahiri, S.; Simón Sánchez, F.J.; Fernández Serrano, F.

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El adamantinoma es un tumor maligno de bajo grado poco frecuente. Su etiología es desconocida y casi siempre se localiza en el tercio medio de la tibia. Suele aparecer en adultos jóvenes de entre 20 y 40 años. Hasta en un 25% de los pacientes puede provocar metástasis pulmonares. La recurrencia es infrecuente si se trata mediante resección del mismo con márgenes libres. Al tratarse de un tumor maligno de bajo grado, la radioterapia y la quimioterapia generalmente no se utilizan para el control local de la enfermedad.

Revisar el diagnóstico, manejo y tratamiento del adamantinoma.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente mujer de 16 años que acude a la consulta de la Unidad de Tumores por lesión en cara anterior del tercio medio de tibia la tibia izquierda de dos años de evolución. Durante la exploración apreciamos una tumoración adherida a borde anterior de la tibia y dolorosa a la palpación. No asocia otra sintomatología de alarma. En el estudio radiográfico se aprecia un defecto en cortical anterior de la diáfisis tibial. Completamos el estudio con una TC y una RM, informadas como lesión de aspecto benigno de 6 mm de diámetro mayor sugerente en primer lugar fibroma condromixioide o granuloma eosinófilo. El Comité de Tumores decide realizar una biopsia de la lesión, siendo el resultado anatomopatológico de Adamantinoma de células fusiformes. Realizamos estudio de extensión que resulta negativo y se programa cirugía.

RESULTADOS:

Realizamos la resección de 11,5 cm de tibia englobando la lesión, y de la piel y el subcutáneo con márgenes de seguridad. Osteosíntesis con placa preconformada de tibia distal colocando espaciador de cemento en la zona de exéresis tibial. Cobertura del defecto por parte de cirugía plástica mediante colgajo safeno interno y safeno externo. A las 2 semanas, los colgajos fracasan por lo que vuelve a ser intervenida mediante un colgajo libre de gracilis izquierdo musculocutáneo. La paciente evoluciona favorablemente y se encuentra pendiente de cirugía definitiva para reconstrucción del defecto tibial mediante injerto estructural.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El adamantinoma es un tumor maligno de bajo grado muy infrecuente. El tratamiento consiste en la resección de la lesión con márgenes libres. Se recomienda realizar un seguimiento a largo plazo por su tendencia a provocar metástasis pulmonares.

CP163

PSEUDOARTROSIS DE LA TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR TRAS CIRUGÍA DE REALINEACIÓN.

Autores: Cano Obando, L., García Vera, J.J.; Montañez Heredia, E.

Centro: Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La inestabilidad femoropatelar es una condición que depende tanto de factores estáticos como dinámicos. Su presencia puede dar lugar a luxaciones femoropatelares, cuya aparición reiterada implica plantear la posibilidad de tratamiento quirúrgico.

Comunicar una complicación poco frecuente de la cirugía de realineación del aparato extensor y una posibilidad de manejo de la misma.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de un paciente varón de 48 años que tras varios episodios de luxación de rótula se diagnostica de inestabilidad rotuliana mayor. Radiológicamente presenta: patela alta (Índice Caton-Deschamps >1.2) tipo III de

Wiberg (aplasia de faceta medial) y distancia TA-GT de 17 mm. Con estos factores predisponentes, se decide llevar a cabo: 1.- Realineación distal del aparato extensor mediante un descenso y medialización de la tuberosidad tibial anterior utilizando la técnica de Elmslie-Trillat. La fijación que se utilizó fueron tornillos corticales sobre canal liso. 2.- A nivel proximal llevamos a cabo una reconstrucción del LPFM utilizando plastia de banco de tejidos. Tras finalizar rehabilitación, el paciente continúa con gran dolor y limitación funcional. En radiografía de revisión a los 11 meses de la intervención persiste ausencia de consolidación a nivel de la TTA, rotura de tornillo proximal y de pastilla ósea, por lo tanto estamos ante una ausencia de consolidación (pseudoartrosis), que se acompaña de rotura de tornillo proximal y de pastilla ósea. Ante esta situación se procede a reintervenir al paciente. Se retira material de osteosíntesis, se cruenta el lecho de la osteotomía previa y aportamos injerto autólogo obtenido con trefinas del fémur distal, la osteosíntesis la realizamos con placa LCP de 3.5mm con tornillos a compresión.

RESULTADOS:

Se presenta el caso de un paciente varón de 48 años que tras varios episodios de luxación de rótula se diagnostica de inestabilidad rotuliana mayor. Radiológicamente presenta: patela alta (Índice Caton-Deschamps >1.2) tipo III de Wiberg (aplasia de faceta medial) y distancia TA-GT de 17 mm. Con estos factores predisponentes, se decide llevar a cabo: 1.- Realineación distal del aparato extensor mediante un descenso y medialización de la tuberosidad tibial anterior utilizando la técnica de Elmslie-Trillat. La fijación que se utilizó fueron tornillos corticales sobre canal liso. 2.- A nivel proximal llevamos a cabo una reconstrucción del LPFM utilizando plastia de banco de tejidos. Tras finalizar rehabilitación, el paciente continúa con gran dolor y limitación funcional. En radiografía de revisión a los 11 meses de la intervención persiste ausencia de consolidación a nivel de la TTA, rotura de tornillo proximal y de pastilla ósea, por lo tanto estamos ante una ausencia de consolidación (pseudoartrosis), que se acompaña de rotura de tornillo proximal y de pastilla ósea. Ante esta situación se procede a reintervenir al paciente. Se retira material de osteosíntesis, se cruenta el lecho de la osteotomía previa y aportamos injerto autólogo obtenido con trefinas del fémur distal, la osteosíntesis la realizamos con placa LCP de 3.5mm con tornillos a compresión.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La cirugía de rescate mediante cruentación del lecho y fijación con placa LCP supone una opción de tratamiento quirúrgico válido que en casos seleccionados puede ofrecer buenos resultados. La incidencia de complicaciones postquirúrgicas tras la osteotomía de la TTA es hasta 3 veces mayor cuando se realiza una desinserción completa de la pastilla ósea respecto a cuando se mantiene una visagra cortical a nivel distal, presentándose también un mayor índice de complicaciones cuando el corte distal se realiza a 90º mediante sierra, y cuando se asocia a reconstrucción del LPFM.

CP164

BENEFICIO DE LA ARTROPLASTIA NAVEGADA DE RODILLA EN PACIENTES CON DEFORMIDAD EXTRAARTICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Fernández Hijano, M.R.; Gómez Palomo, J.M.; Jiménez Garrido, C.

Centro: Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La artroplastia total de rodilla para el tratamiento de la gonartrosis es un procedimiento quirúrgico con un incremento exponencial en los últimos años, con unos resultados muy favorables en términos de mejoría de dolor, recuperación de función previa y grado de satisfacción en los pacientes.

La correcta alineación de los componentes en la artroplastia total de rodilla se considera un factor determinante para la supervivencia a largo plazo de la misma, debido a una disminución del cizallamiento mecánico entre los mismos, así como entre las interfases hueso-prótesis. Muchos estudios han demostrado que una desviación de más de 3 grados con respecto al eje mecánico puede provocar una disminución en la supervivencia y un aumento del desgaste de los implantes, lo que, en última instancia, repercutirá sobre la funcionalidad de los mismos.

El uso de la navegación en ortopedia comenzó para asistir la implantación de tornillos pediculares en cirugía de columna; sin embargo, el primer caso publicado en artroplastia total de rodilla fue en 1997. Desde entonces, el desarrollo no sólo de la técnica quirúrgica, sino también del hardware y software de los sistemas de navegación, ha sufrido un avance espectacular.

Aunque los resultados están todavía por determinar y las revisiones más recientes no demuestran una clara superioridad en el uso de la navegación con respecto a la técnica habitual, existen varios supuestos en los que ésta proporciona una ventaja determinante; y son:

- Gonartrosis con indicación quirúrgica en un paciente con presencia de una deformidad extraarticular, tanto en varo como en valgo.
- Presencia de material de osteosíntesis en fémur (sobre todo) y tibia, lo cual, hace imposible la introducción de la guía intramedular.

MATERIAL Y MÉTODO

El caso se trata de un varón de 55 años sin alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes, destaca una fractura de tercio proximal de diáfisis de tibia y peroné derechos en 1993.

El paciente acude a consulta, derivado por su médico de atención primaria por gonalgia derecha de larga evolución. En la exploración física se observó una alineación en varo bilateral, con una estabilidad en los planos antero-posterior y mediolateral conservadas, así como una fuerza de extensión de cuádriceps de 4/5.

Las pruebas radiológicas mediante radiografía simple AP en carga y telerradiografía destacaron una gonartrosis femorotibial de rodilla derecha Ahlback 3 y un eje mecánico interno. Además, se observaba que el callo óseo en tibia proximal como consecuencia de la fractura previa, ocasionaba una deformidad con una angulación de 30 grados de varo a ese nivel (Imágenes 1 y 2).

Dado que el tratamiento mediante analgesia, infiltraciones de ácido hialurónico y medidas higiénico-dietéticas no fue efectivo, se optó por tratamiento quirúrgico.

La cirugía se llevó a cabo mediante la implantación de una artroplastia total de rodilla navegada, dada la deformidad extraarticular que presentaba el paciente.

RESULTADOS:

Durante el postoperatorio, el paciente comenzó la sedestación al día siguiente, y la deambulación en la sala de fisioterapia a los dos días de la intervención.

Posteriormente, se citó al paciente a las 2 semanas, evidenciándose buen aspecto de la herida quirúrgica y una movilidad que alcanzaba una extensión completa y 100º de flexión.

Al año de la cirugía, el paciente lleva a cabo una vida totalmente normal, con una movilidad en la rodilla derecha completa sin dolor. Las radiografías de control demuestran un correcto posicionamiento de la artroplastia, sin observarse signos de movilización tanto en la radiografía simple anteroposterior, como en una telerradiografía de miembros inferiores de control (Imágenes 3 y 4).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La alineación adecuada de los componentes durante la artroplastia de rodilla está directamente relacionada, no sólo con la funcionalidad de la nueva articulación, sino también con la supervivencia, y el grado de satisfacción de los pacientes.

La cirugía de artroplastia de rodilla navegada no ha alcanzado el éxito que se le presuponía a pesar del gran avance técnico que ha desarrollado desde sus inicios. Los nuevos sistemas de navegación son más baratos, menos invasivos y más rápidos, lo que supone una ventaja, no sólo para el cirujano, sino también para el paciente. Se necesita más experiencia y más estudios para determinar la supuesta superioridad de la navegación como herramienta de asistencia en la cirugía de artroplastia.

Las indicaciones de navegación en cirugía de artroplastia de rodilla se podrían resumir en: deformidad extraarticular, y la presencia de material de osteosíntesis que dificulte la implantación de guías intramedulares según la técnica habitual.

En nuestro caso, el uso de la navegación fue fundamental para conseguir la alineación requerida, debido a la presencia de una deformidad extraarticular tibial adquirida.

CP166

PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA Y APLICACIÓN DE IMPRESIÓN 3D EN ARTROPLASTIA DE HOMBRO.

Autores: Peña Rodríguez, C.; Romero Passas, R.; Rojas Leandro, A.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Mediante un caso clínico, mostrar que el avance tecnológico e informático suponen grandes cambios en la planificación preoperatoria en el mundo de la ortopedia.

Mostrar el beneficio que supone la aplicación de los avances tecnológicos a la planificación quirúrgica en el campo de la ortopedia a través de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 48 años con necrosis avascular de cabeza humeral (Imagen) con intenso dolor e impotencia funcional. En la

exploración clínica se evidencia integridad del manguito rotador, confirmado con RMN. Se decide artroplastia total anatómica de húmero. Para la planificación preoperatoria, estudiamos la anatomía del paciente, que presenta una glenoides tipo B2. Utilizamos un Software específico para calcular los siguientes parámetros: retroversión glenoidea, inclinación glenoidea, radio glenoideo y subluxación posterior de cabeza humeral (imagen). Aplicando dichos parámetros, el Software crea un molde que imprimiremos en 3D y usaremos para el fresado de la paleoglénula y neoglénula.

Una vez en el acto quirúrgico, realizado el abordaje deltopectoral y teniendo una buena visualización de la articulación glenohumeral, exponemos la glénula liberando la cápsula anteroinferior y lambrum desde las 12 hasta las 6, y con ayuda de la Impresión 3D realizamos el fresado de la paleoglénula y neoglénula con aumento de 35mm a posterior. Se implanta polietileno y posterior implante de vástago corto con angulación de 137.5º y cabeza. Se reduce la prótesis obteniendo buena estabilidad.

RESULTADOS:

Tras la utilización de la impresión 3D para el fresado de la glénula, este fresado se realiza de manera personalizada y ajustada a la anatomía del paciente y requerimientos del implante, obteniendo unos resultados excelentes (Imagen).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La aplicación de los últimos avances tecnológicos al campo traumatológico nos permite un aumento de la precisión quirúrgica y una cirugía cada vez más desarrollada. En el mundo de la ortopedia, implica una personalización de la técnica e implante dependiendo de las características anatómicas del paciente.

CP167

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE SARCOMA SINOVIAL EN ÍNTIMO CONTACTO CON NERVIPO CIÁTICO.

A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Rodríguez Rey, C.; Garvayo Merino, C.; Tahiri, S.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentar un caso de un sarcoma sinovial en íntima proximidad al nervio ciático. Definir las técnicas para su diagnóstico diferencial, así como el esquema de tratamiento que lleva a cabo nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 47 años derivado a la Unidad de Tumores, por tumoración en cara posterior de muslo izquierdo, que provoca dolor neuropático en territorio de n. ciático.

RESULTADOS:

Revisión a las 3 semanas del alta: Movilidad de cadera con limitación dolorosa de final de flexión, abducción y rotaciones. Rodilla con flexo de 10º y flexión limitada en sus últimos grados. Tobillo y dedos libres. Parálisis parcial.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los sarcomas de partes blandas suponen una patología que requiere el diagnóstico y la actuación más precoz. El tratamiento debe ser planificado y ejecutado por un equipo multidisciplinar con experiencia y coordinación.

CP168

CORRECTA EXPLORACIÓN NERVIOSA Y SÍNDROMES COMPRENSIVOS: KILOH-KEVIN POSQUIRÚRGICO.

Autores: Almagro Gil, M.; Sánchez Rodríguez, L.; Romero Passas, R.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Puntualizar la importancia de una correcta exploración neurovascular en el momento del diagnóstico y seguimiento clínico a través de un paciente diagnosticado de síndrome de Kiloh- Nevin durante su ingreso en planta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso clínico de un paciente con fractura supracondílea de húmero tratado con reducción abierta y fijación interna con dos placas LCP. Durante su ingreso en planta es diagnosticado de parálisis del nervio interoseo anterior.

RESULTADOS:

El paciente recupera espontáneamente la actividad nerviosa del interóseo anterior, no precisando cirugía de revisión.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El conocimiento en profundidad de los síndromes compresivos junto con una correcta exploración neurovascular es fundamental para el diagnóstico de dichos síndromes, siendo muy complejo el diagnóstico diferencial en numerosas ocasiones.

CP170

LIPOSARCOMA GIGANTE COMPLICADO CON FX SUPRACONDÍLEA DE FÉMUR.

Autores: Trabalón Ramírez, A.A.; Jiménez de Cisneros Gutiérrez, A.; Angulo Urbina, J.A.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Describir un caso clínico del manejo de una fractura supracondílea de fémur en paciente con una tumoración gigante de larga evolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 75 años con antecedente de tumoración gigante (30-35cm de diámetro aproximadamente) de 45 años de evolución en muslo izquierdo no filiado, sufre caída casual presentando fractura supracondílea de fémur ipsilateral. Imágenes complementarias TAC y RMN: tumoración de 30x18x18 con polilobulado, múltiples tabiques y hematoma intralesional con infiltración variable de cuádriceps con refuerzo de contraste en supresión grasa. Se procede a biopsia con aguja gruesa (BAG) confirmando Liposarcoma de bajo grado. Estudio de extensión negativo. Se decide en un tiempo resección quirúrgica amplia de tumoración con ojal de fascia lata, respetando vasto medial y anterior y parte del vasto externo con ampliación de márgenes libres, posteriormente fijación de fractura con clavo endomedular retrógrado tipo PFNa.

RESULTADOS:

La muestra quirúrgica enviada a anatomía patológica confirma el diagnóstico de liposarcoma bien diferenciado de bajo grado con bordes libres de lesión por lo que no se continuo con tratamiento adyuvante (no quimio ni radioterapia). A los 3 meses, evolución de herida cicatrizada y sin complicaciones con indicios de callo de consolidación, importante atrofia de cuádriceps a expensas de vasto externo y balance articular de rodilla de -10/90.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los Sarcomas de partes blandas son relativamente raros siendo el liposarcoma el mas frecuente de ellos con un pico de incidencia de 40-60 años siendo el muslo la localización del más del 50% de ellos; son de crecimiento lento e indolora haciendo que el diagnóstico y tratamiento sea demorado como en nuestro caso. Es de vital importancia el abordaje multidisciplinar de esta patología sobre todo cuando se ve asociado a patologías como la fractura de nuestra paciente, siendo el estadiaje y el estudio de extensión predominante para la toma de decisión terapéutica. Actualmente la terapia adyuvante esta principalmente dirigida a tumoraciones agresivas y de alto grado histológico y muy discutido en los de bajo grado y poco desdiferenciados por lo que el tratamiento en nuestro caso enfoco en terapia curativa y al estar asociada a fractura se continua con vigilancia y fisioterapia con evolución satisfactoria.

Exponemos el caso de una paciente de 75 años que sufrió una fractura de fémur distal, tras una caída accidental, que de forma concomitante presentaba una tumoración lipomatosa de 45 años de evolución. A la exploración presentaba limitación funcional, así como un acortamiento de 3 cm del miembro afectado.

La paciente estuvo previamente en seguimiento por la tumoración en el Hospital Virgen de las Nieves, en Granada, siendo la última revisión en 2018. La paciente refería presentar dicha tumoración desde los 30 años y rechazó en el pasado la intervención quirúrgica debido a la ausencia de clínica.

Para un mejor estudio de la lesión y la fractura se decidió la realización de una TC y una RM, donde se confirmó la existencia de una tumoración grasa en el espesor del cuádriceps, de 30 (CC) x 18 x 18 cm. Se apreciaban múltiples tabiques, así como un hematoma intralesional.

Tanto el tamaño como la localización dificultaban cualquier tipo de planteamiento de intervención quirúrgica para la fractura de fémur distal.

Tras consensuar el caso en sesión clínica, se decidió el traslado a un complejo hospitalario con servicio de tumores osteomusculares. Esta decisión viene fundada en lo que nos relata la literatura, en la que se demuestra la necesidad de un examen histopatológico de la lesión para alcanzar un diagnóstico definitivo (1).

Dados los hallazgos, se procedió a la realización de una BAG, guiada por ecografía, bajo anestesia local, en cara anterior del muslo. Se extrajeron 8 cilindros que se remitieron a anatomía patológica. La biopsia fue compatible con liposarcoma de bajo grado.

Tras el resultado de la biopsia, se programó la IQ. Se realizó un abordaje anterolateral sobre la tumoración, con una escisión amplia de la tumoración de cuádriceps con ojal de fascial lata, con ampliación de márgenes. Se respetan recto anterior, vasto medial y parte del vasto externo.

Mediante un abordaje parapatelar interno en la rodilla izquierda, se realizó osteosíntesis con clavo PFNa retrógrado de

10X260, con hoja espiral distal y 2º bloqueo distal que solo coge la cortical interna. Bloqueo proximal estático con 2 pernos. Se bloquea hoja espiral con tapón.

Debido a que es necesario, para confirmar el diagnóstico, la realización de la escisión de la masa, así como una biopsia de la misma, se envían a Anatomía Patológica la pieza, callo de fractura, hueso intramedular y ganglio. El diagnóstico final fue de liposarcoma bien diferenciado, el subtipo más frecuente de este tumor mesenquimal. (1) Es tipo de tumor tiene predilección por pacientes de entre 40-60 años y por la localización retroperitoneal, así como en partes blandas de las extremidades, sobre todo las inferiores, como en nuestro caso (2). En las extremidades inferiores no metastatiza y cura fácilmente, siempre y cuando no se produzca una desdiferenciación. La importancia en su tratamiento reside en que un retraso de este puede conllevar un gran aumento del tamaño del tumor, que afectaría la actividad de las extremidades inferiores.

Tres meses después de la cirugía la paciente presenta cierta inflamación de la extremidad afecta, sin existencia de abscesos ni supuración. La rodilla presentaba una flexión de 90º. Existía dificultad para la sedestación, con cierta atrofia muscular. Continuaba con fisioterapia, comenzando la bipedestación, con andador/bastones. En la radiografía de control se comenzaba a observar indicios de consolidación con callo óseo.

La paciente está pendiente de la próxima revisión, con rx control, que se realizará una vez cumplidos los 6 meses tras la fractura.

Para afirmar la ausencia de recurrencia local aún es temprano pues es necesario un seguimiento de 5 años. Por lo que la paciente continuará en seguimiento.

CP171

FRACTURA SACRA POR ESTRÉS INADVERTIDA EN PACIENTE JOVEN DEPORTISTA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Rodríguez Rey, C.; Rojas Leandro, A.; Romero Passas, R.; Nania, A.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El hueso sacro forma parte de la pelvis, siendo nexa y zona de transmisión de cargas durante la marcha entre los miembros inferiores y el tronco. Se haya directamente sometido a fuerzas de cizallamiento en cada apoyo monopodal.

Factores intrínsecos, como las alteraciones biomecánicas de la marcha o la pisada; o factores extrínsecos, como el kilometraje total, el calzado y el terreno; deben hacernos sospechar una posible lesión a este nivel.

El síntoma principal es el dolor en región glútea desencadenado por la marcha. El uso de pruebas complementarias como el TAC, la resonancia magnética o la gammagrafía ósea pueden conducir al diagnóstico.

El tratamiento conservador mediante disminución de la actividad y posterior rehabilitación lumbopélvica aportan una vuelta a la actividad previa con buen pronóstico.

Definir las posibles causas de dolor glúteo y de cadera en pacientes jóvenes. Comprender el diagnóstico diferencial y orientar la sospecha hacia una fractura sacra.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 29 años sin antecedentes de interés, corredora de fondo habitual. Presenta dolor súbito en región glútea derecha durante una maratón, sin otro mecanismo traumático.

RESULTADOS:

El tratamiento conservador de las fracturas sacras por estrés, mediante disminución de la actividad y posterior rehabilitación lumbopélvica aportan una vuelta a la actividad previa con buen pronóstico.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Debido al auge actual de la carrera como práctica deportiva, el conocimiento de esta lesión, sus factores predisponentes, y su manejo clínico, pueden conducirnos a un diagnóstico y tratamiento precoz con éxito.

CP172

CONSOLIDACIÓN VICIOSA ARTICULACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL: LA IMPORTANCIA DE INDIVIDUALIZAR AL PACIENTE.

Autores: Rodríguez Rey, C.; Jiménez Santiago, J.; Romero Passas, R.; Hernández Cortés, P.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Estudiar las distintas técnicas quirúrgicas para la consolidación viciosa de articulación radio cubital distal individualizando las necesidades del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 48 años con consolidación viciosa de articulación radiocubital distal que es sometida a intervención quirúrgica. Se estudian pros y contras de distintas técnicas (Darrach, Sauvé-Kapadji, hemirresección, Osteotomía de Posner), decidiéndose finalmente por una osteotomía biplanar de radio (Posner) acompañada de osteotomía de acortamiento cubital.

RESULTADOS:

Obtenemos buenos resultados clínicos y radiográficos. Además, al elegir una técnica más conservadora, cuyas osteotomías son proximales a la articulación radiocubital distal, sigue estando la opción de las otras técnicas como salvamento en caso de complicación.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Es importante la correcta elección de la técnica y planificación preoperatoria según las características y requerimientos de nuestros pacientes.

CP173

SCHWANNOMA DEL NERVO PERONEO COMÚN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Gumersindo Godoy, F.A.; Lorenzo Machado, R.; Rodríguez Matute, A.

Centro: Hospital Comarcal Santa Ana. Motril, Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los schwannomas son los tumores benignos más frecuentes del sistema nervioso periférico, originándose de las células de Schwann productoras de la vaina mielínica protectora de los nervios periféricos. Ocasionalmente pueden ser malignos. Aparecen sobre todo en miembros superiores, siendo el plexo braquial el lugar más habitual. Clínicamente se manifiestan como masas de consistencia firme en el trayecto del nervio, pudiendo dar sintomatología por compresión, como dolor, debilidad muscular o parestesias. Se presentan de forma aislada, aunque también pueden aparecer de manera múltiple en enfermedades como la neurofibromatosis tipo 2, schwannomatosis o el complejo de Carney.

Plantear el diagnóstico diferencial de los tumores de vaina nerviosa periférica y el tratamiento de un schwannoma.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 66 años que acude a consultas externas de COT con tumoración en hueco poplíteo de rodilla derecha acompañado de dolor neuropático tipo pinchazo y parestesias en territorio peroneo (LANSS Pain Scale = 18). Se realiza estudio inicial con resonancia magnética, ampliado posteriormente con artroresonancia con contraste. Se identifica una lesión focal en tejido subcutáneo en cara posterior de cóndilo femoral externo en íntimo contacto con nervio peroneo de tamaño de 25 x 23 mm. Se realiza exéresis del tumor en su totalidad mediante microcirugía, preservando la integridad del nervio peroneo común. Se manda muestra a anatomía patológica por sospecha de schwannoma vs neurofibroma.

RESULTADOS:

En sucesivas revisiones se evidencia mejoría progresiva con desaparición de la clínica neurológica (LANSS Pain Scale al 6º mes = 5) sin otras complicaciones asociadas. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de schwannoma.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección para schwannomas benignos sintomáticos y asintomáticos con crecimiento progresivo. La desaparición de la clínica tras la resección suele ocurrir rápidamente, aunque en caso de déficit motor puede persistir cierto tiempo, pudiendo aparecer otras complicaciones neurológicas regionales como déficits sensitivo-motores o persistencia el dolor neuropático. La aplicación de técnicas de microcirugía permite la resección completa sin lesionar el nervio adyacente incluso en los casos de schwannomas de mayor tamaño.

CP174

SUBLUXACIÓN CRÓNICA DEL EXTENSOR CARPI ULNARIS. CASO CLÍNICO.

Autores: Gumersindo Godoy, F.A.; Sierras Cristiá, A.; López Álvarez, B.

Centro: Hospital Comarcal Santa Ana. Motril, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La subluxación crónica del tendón del extensor carpi ulnaris (ECU) ocurre ante la ruptura/desinserción traumática de la vaina osteofibrosa propia, a pesar de la integridad del ligamento anular dorsal del retináculo extensor. El diagnóstico

es fundamentalmente clínico, pudiendo ser muy incapacitante. El tratamiento se basa en la inmovilización en pronación y flexión dorsal e inclinación radial de muñeca 4-6 semanas, reposo, hielo, taping o infiltraciones corticoanestésicas. Se reserva la cirugía para casos refractarios mediante reparación directa de la vaina o reconstrucción tipo sling de la correa osteofibrosa con retináculo extensor.

Enfatizar la subluxación crónica del ECU como posible diagnóstico diferencial en el dolor cubital de la muñeca.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 16 años con dolor dorsocubital de muñeca atraumático de 2 años de evolución. Práctica de pintura. Exacerbación con flexión dorsal y pronosupinación, crepitación dolorosa (EVA 7/10), aprehensión ECU positiva, Ballotement articulación radiocubital distal (ARCD) positivo, no inestabilidad radiocarpiana. DASH 65/100. Rx muñecas con subluxación dorsal de ARCD, varianza ulnar normal, signo de Terry-Thomas negativo. Se prescribe ortesis y se deriva a rehabilitación (RHB). Sin mejoría, se solicita RM con inestabilidad radioulnar distal y tenosinovitis crónica del VI compartimento extensor con signos que sugieren subluxación.

Se procede a reconstrucción de correa osteofibrosa de ECU mediante colgajo de retináculo extensor y trocleoplastia de cabeza cubital por implantación cubitovolar de correa ósea. Inmovilización 3 semanas. Derivación a RHB.

RESULTADOS:

A los 3 meses, presenta EVA 3/10, aprehensión ECU negativa y movilidad activa completa con falta de fuerza en los giros. A los 6 meses, leve dolor con cargas submáximas. DASH 15/100.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La subluxación del ECU es una entidad que puede pasar desapercibida en el diagnóstico del dolor de muñeca por su rara aparición de forma aislada. El tratamiento sintomático es todavía controvertido, sobre todo en lesiones agudas. En inestabilidades crónicas es preferible la cirugía, existiendo diversas técnicas según el tipo de lesión (Clasificación de Inoue y Tamura), sin consenso del método óptimo, aunque se obtienen resultados satisfactorios.

CP175

LESIÓN MIELORADICULAR TRAS ANESTESIA REGIONAL CENTRAL EN CIRUGÍA PROTÉSICA DE RODILLA.

Autores: Luque Valenzuela, M.; López Álvarez, B.; Gumersindo Godoy, F.A.

Centro: Hospital Comarcal Santa Ana. Motril, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La anestesia epidural es una técnica ampliamente usada, siendo segura y efectiva, aunque no exenta de complicaciones. Por su etiología, podemos hablar de complicaciones neurológicas (neurotoxicidad o trauma directo), infecciosas (absceso) o hemorrágicas (hematoma, isquemia), y por su gravedad, podemos agruparlas en menores y mayores. La incidencia de las mayores es baja, aunque presentan alta morbilidad. Su incidencia es menor de 4/10.000 pacientes. Los déficits neurológicos derivados del daño directo producido por agujas o catéteres son extremadamente raros.

Presentamos un caso para tener en cuenta posibles complicaciones neurológicas de la anestesia regional a nivel raquídeo.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 38 años con paraparesia asimétrica flácida tras anestesia epidural en cirugía de artroplastia total de rodilla derecha. Presenta déficit motor en miembros inferiores de predominio distal izquierdo con arreflexia aquilea e hipoestesia izquierda y alodinia derecha por debajo del nivel T5. En RM se objetiva lesión longitudinal hiperintensa en T2 que afecta a las astas anterior, lateral y posterior izquierdas desde T3 hasta cono, así como hipercaptación de raíces de la cola de caballo, congruente con isquemia dorsal y multirradiculitis de cauda equina en probable relación a manipulación del catéter. En EMG se evidencia una multirradiculopatía lumbar siendo muy grave en L5 izquierda y moderada en S1 izquierda. Se diagnostica de síndrome de lesión medular con nivel neurológico lesional T6 (ASIA D) y de multirradiculopatía lumbar.

RESULTADOS:

Recibe tratamiento rehabilitador con gran mejoría desde el punto de vista motor y sensitivo, persistiendo paresia distal en miembro inferior izquierdo que precisa de férula antiequino rancho de los amigos y bastón canadiense para la deambulación.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

- Puede presentarse una lesión medular y multirradicular conjuntamente como complicación de la cateterización epidural como anestesia regional en cirugía ortopédica.
- Las guías de práctica clínica publicadas recientemente recomiendan la punción ecoguiada para la realización de bloqueos centrales.

- La rehabilitación se considera de vital importancia en el proceso de recuperación funcional, mejorando la calidad de vida y minimizando la discapacidad.

CP176

FRACTURA PATOLÓGICA DE FÉMUR TRAS TERAPIA ADYUVANTE EN SARCOMA DE PARTES BLANDAS. CASO CLÍNICO.

Autores: López Soto, V.; Gumersindo Godoy, F.A.; Cartagena Roa, L.

Centro: Hospital Comarcal Santa Ana. Motril, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El fibrohistiocitoma maligno es considerado el sarcoma de los tejidos blandos más común durante la edad adulta media y tardía. Es habitual en tejidos profundos y músculo estriado, raro como tumor cutáneo, con metástasis más frecuentes sobre pulmón, ganglio linfático, hígado y hueso.

Destacar las posibles complicaciones en el tratamiento de tumores de partes blandas, así como resultados de posibles opciones terapéuticas de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 58 años, diagnosticado en 2002 de fibrohistiocitoma maligno en cara lateral del muslo, con quimio-radioterapia adyuvante. En 2005 se le practica colgajo miocutáneo tras úlcera por radionecrosis. Siete meses después presenta fractura patológica atraumática subtrocantérea de fémur derecho, intervenida con enclavado endomedular estático proximal y distal. Es derivado a Rehabilitación para recuperación funcional y mejoría del dolor. Posteriormente, se procede la dinamización del foco de fractura por retardo de consolidación.

En el postoperatorio precoz, se objetiva dolor intenso en muslo (EVA 9/10), pérdida de fuerza proximal global (4-/5), sensación de inestabilidad y rigidez de la rodilla e impotencia funcional para la marcha. Cicatrices quirúrgicas muy adheridas y dolorosas.

Recibe tratamiento a base de: magnetoterapia; cinesiterapia para liberación articular de cadera y rodilla derecha, masoterapia de despegamiento, potenciación muscular progresiva y reeducación de la bipedestación-marcha; además de analgesia vía oral y local.

RESULTADOS:

Tras 85 sesiones de tratamiento rehabilitador consigue un balance articular completo de cadera, flexo/extensión de rodilla de 130°/0°, balance muscular 4+/5 global de miembro inferior derecho y mejoría evidente del dolor (EVA 3/10), que le permite realizar carga total y deambulación con un bastón de mano.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

- La radionecrosis ósea es una complicación tardía del tratamiento radioterápico en pacientes con sarcomas de partes blandas, dando lugar a fracturas patológicas del foco radiado como principal efecto colateral. Éstas se caracterizan por presentar dolor intenso, de propiedades mecánicas, con exacerbación durante el apoyo y con la movilización activa del segmento afecto.

- El tratamiento integral realizado ha logrado una recuperación funcional del paciente.

CP180

FRACTURA DE CADERA POR ESTRÉS EN PACIENTE NO DEPORTISTA: UNA CAUSA ATÍPICA DE COXALGIA.

Autores: Aguilar Llamas, A.; Dorado Aguilera, M.; Ruiz Díaz, A.

Centro: Hospital Axarquía, Vélez Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de cadera por estrés son relativamente frecuentes en personas deportistas, especialmente en corredores recreativos. Además, aumentan en frecuencia en los grupos de riesgo como mujeres amenorreicas, con otras fracturas de estrés previas, osteopenia o uso de esteroides. Sin olvidar la rara pero posible complicación tardía (stress riser) de una fractura pertrocanterica intervenida con enclavado endomedular. La radiografía simple inicial suele detectar sólo el 7% de las mismas. La RNM es el patrón oro y se debe realizar ante la sospecha, pues el diagnóstico precoz evita complicaciones como desplazamiento o necrosis avasculares posteriores. La bursitis trocantérica, la lesión del labrum o la necrosis avascular son diagnósticos a descartar. Las fracturas de tipo tensional (cuello femoral supero-lateral) deben tratarse quirúrgicamente, mientras que las tipo compresión (zona ínfero-medial) pueden tratarse conservadoramente.

Se presenta caso clínico de fractura de cadera por estrés para relacionar la clínica con las imágenes radiológicas, recordar posible diagnósticos diferenciales y posibles tratamientos.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 53 años trabajadora del campo, sin antecedentes personales de interés presenta coxalgia izquierda atraumática e incapacitante de un mes y medio de evolución diagnosticada como bursitis trocantérea. En radiografías realizadas no se observan líneas de fractura. La RNM se informa como fractura trabecular en región intertrocantérea medial del fémur izquierdo, probable fractura de estrés o por insuficiencia.

RESULTADOS:

La paciente es diagnosticada de fractura basicervical de fémur izquierdo. Debido al tiempo de evolución al diagnóstico y de la afectación inferomedial se decide completar tratamiento conservador en descarga. A los 3 meses se inicia carga progresiva con buena respuesta.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

- Las fracturas por estrés del cuello femoral deben ser diagnóstico diferencial en coxalgias severas, especialmente en deportistas y pacientes con alteraciones metabólicas.
- El diagnóstico temprano evitar desplazamiento y otras complicaciones
- Las radiografías simples son habitualmente insuficientes. La RNM es el patrón de oro para su diagnóstico.
- Las fracturas de tipo tensional requieren tratamiento quirúrgico, las de tipo compresión tienen indicación de tratamiento conservador en descarga.

CP183

COMPLICACIONES Y SOLUCIONES A UNA FRACTURA DE TOBILLO.

Autores: García Fuentes, X.D.; Camacho Serrano, F.; Sánchez de la Villa, O.

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentar un caso aún no cerrado de complicación en una fractura de tobillo.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente varón de 50 años con antecedentes personales de parálisis braquial obstétrica que en diciembre de 2018, tras caída de bicicleta presenta fractura bimalleolar de tobillo derecho. Se realiza reducción abierta y fijación con placa de tercio de caña de 7 orificios con un tornillo transindesmal. A las 3 semanas de la cirugía acude a urgencias por mal estado de herida quirúrgica donde se aprecia dehiscencia de la misma en su porción central observándose drenaje activo de líquido seropurulento con mal olor. Se procede a limpieza quirúrgica y retirada de material de osteosíntesis por movilización del mismo salvo tornillo interfragmentario. Se toman muestras y se envía material a sonicar. Se inicia tratamiento empírico con ceftazidima y vancomicina. En las muestras de microbiología se aísla *S Aureus* sensible a metilicina por lo se cambia tratamiento a levofloxacino 750mg vo/24h. En las radiografías de control se observa apertura de la sindesmosis tras la retirada de material. En febrero de 2019 tras la normalización de los parámetros analíticos se decide cierre de la misma con el sistema Knotless Tightrope. Se observa buena evolución clínica durante semanas hasta que a finales de marzo acude nuevamente a urgencias por sensación distérmica, dolor y eritematosis. Presenta región fluctuante de unos 2 cm en tercio medio de la cicatriz por lo que se decide nueva intervención.

RESULTADOS:

Se realiza limpieza quirúrgica apreciándose salida de pus franca del canal medular del peroné por lo que se extrae todo el material de osteosíntesis. Dado el gap óseo y la inestabilidad articular se decide mantener longitud articular mediante fijador externo Xcaliber con el fin de que una vez erradicada la infección, realizar nueva cirugía con aporte de injerto óseo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Aunque algunos tipos de fracturas de tobillo se pueden manejar de manera conservadora, la mayoría de ellas se benefician de un tratamiento quirúrgico. Sin embargo, ninguna cirugía está exenta de riesgos. La complicación más frecuente es la infección de la herida quirúrgica. Algunos estudios han identificado factores de riesgo como: diabetes, obesidad, edad avanzada, fracturas de alta energía... Aunque nuestro paciente no cumple ninguno de estos factores tenemos que tener presente las complicaciones y estar preparados para solucionarlas.

CP184

MANEJO QUIRÚRGICO PRECOZ DE PÚRPURA FULMINANS EN EL LACTANTE.**Autores:** Orta Chíncoa, J.; Alfonso Bravo, C.; Samaniego Regalado, M.; Andrés Cano, P.**Centro:** Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La purpura fulminans es una entidad clínico-patológica muy severa, caracterizada por microangiopatía trombótica cutánea y asociada a coagulación intravascular diseminada (CID)¹⁻⁴. Aunque la etiología más habitual suele ser la meningitis asociada al *Streptococo* grupo B, puede deberse a otras muchas causas, entre ellas al déficit de determinados factores de la coagulación.

Describir el manejo quirúrgico inicial de la purpura fulminans en el lactante.

MATERIAL Y MÉTODO

Case report de un paciente con purpura fulminans atendida en el Hospital Universitario Virgen del Rocío en octubre de 2019.

RESULTADOS:

Caso: niña de 14 meses, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias con lesión equimótica en antebrazo izquierdo, la cual progresa en horas a placa purpúrica con extensión distal.

Evolución tórpida de esta lesión que conlleva la realización de una fasciotomía urgente por sospecha de síndrome compartimental. Aparecen lesiones similares en ambos miembros inferiores (MMII).

Posteriormente se aprecia un aumento del consumo plaquetario y alteración de todos los factores de la coagulación. Diagnóstico de CID por déficit grave de proteínas C y S.

Necrosis paulatina de la zona de fasciotomía. Estabilización de MMII. Resto de aparatos y sistemas estables. A los 20 días: amputación de miembro superior izquierdo a nivel de tercio medio de antebrazo. En la actualidad presenta proteínas C y S en rango normal. Epitelización completa del muñón tras injerto, pendiente de protetización. Recuperación sin secuelas graves en MMII.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento médico de la purpura fulminans se basa en el soporte hemodinámico y en la corrección de la causa desencadenante. Entre las opciones de tratamiento quirúrgico encontramos el desbridamiento de heridas, injertos libres de piel, amputaciones y los colgajos locales. Si es precisa la amputación, se debe esperar a la estabilización del paciente y la delimitación de la necrosis, lo cual suele ocurrir alrededor de la tercera semana. Debemos intentar conservar la epífisis distal o, en su defecto, la mayor longitud ósea posible.

CP185

FRACTURAS CONTINUAS METAFISARIAS DE RADIO DISTAL. TIPS & TRICKS.**Autores:** Soler Basco, B.; Fernández Domínguez, J.M.; Galindo Flores, M.F.**Centro:** Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Exponer dos casos de fractura de radio distal tratadas quirúrgicamente con reducción asistida con distractor temporal y fijadas con placa puente bloqueada sin desinserción del pronador cuadrado.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos dos pacientes de 69 y 54 años con fractura de EDR con conminución metafisaria. Fueron intervenidas realizándose reducción abierta mediante abordaje de Henry modificado de EDR, respetando el pronador cuadrado, y asistida con fijador externo AO como distractor temporal. Se fijaron con placas anatómicas bloqueadas apoyadas en la metafisis mediante un canal submuscular al pronador. Tras retirar el fijador, se controló la reducción escópicamente. Las pacientes fueron inmovilizadas con férula antebraquial, permitiendo movilización pasiva tras 4 semanas e inicio de rehabilitación tras 8.

RESULTADOS:

Actualmente, una presenta consolidación completa y movilidad de 50/50 de flexoextensión, 30/20 de desviación radial/cubital y pronosupinación completa. La otra, aún no presenta consolidación completa por escasa evolución y movilidad de 30/30 de flexoextensión, 20/15 de desviación radial/cubital y pronosupinación completa. Ambas presentan, en el control radiográfico inclinación dorsal 15°. El tratamiento de las fracturas complejas de EDR es controvertido y, por tanto, motivo de estudio. Las placas bloqueadas son el tratamiento quirúrgico más extendido, aunque, la amplia disección necesaria daña el aporte vascular al radio distal, retrasando la consolidación. Preservar el pronador con una desperiostización menor puede ser una alternativa, sin las desventajas de las técnicas puramente percutáneas, como la mayor dificultad de cicatrización de las incisiones transversas o, la imposibilidad de identificar y

respetar con seguridad las estructuras vasculonerviosas. La reducción asistida con un distractor es útil en fracturas conminutas, especialmente, sin manipular el foco de fractura en técnicas percutáneas o, respetando el pronador. Contemplamos descrito en la bibliografía, además, este músculo como estabilizador secundario de la articulación radiocubital distal, dato que hace más interesante su conservación.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Estos casos son ejemplo de tratamiento quirúrgico de fracturas comunes y complejas, sobre la que resulta importante su amplio conocimiento, en base a su dificultad técnica y la relevancia del respeto de tejidos adyacentes.

CP188

ARTRODESIS SACROILÍACA MEDIANTE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA: REVISIÓN DE CASOS Y DE LA BIBLIOGRAFÍA.

Autores: Sánchez Sánchez, B.; Nieves Hernández, M.; Ruiz Arranz, J.L.

Centro: Hospital de la Serranía, Ronda. Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La articulación sacroilíaca (SI) ha sido descrita como una posible causa de dolor lumbar crónico (1,2).

Es la causante del 15-30% del dolor de columna lumbar baja y es la causa de la persistencia del dolor en el 32-43% de los pacientes tras una fusión lumbar (3, 4).

Se trata de un dolor con un impacto importante en la calidad de vida del paciente, similar al de la coxartrosis, la gonartrosis o la estenosis de canal lumbar (5).

Muchas veces, el dolor a nivel de la articulación SI no es valorado en diagnóstico diferencial del dolor lumbar. Los síntomas y el dolor referido se superponen a otras patologías lumbares o de caderas y los estudios de imagen son a menudo inconcluyentes. Esto conduce a potenciales diagnósticos y tratamientos inexactos (6).

En el diagnóstico diferencial son importantes una anamnesis y una exploración física adecuadas, en las que debe haber una alta sospecha clínica. En el algoritmo diagnóstico es fundamental la infiltración intrarticular de anestésico local guiado por rayos o TAC (7).

El tratamiento quirúrgico del dolor SI es controvertido. La cirugía se suele reservar como un procedimiento de salvamento cuando el tratamiento conservador ha fracasado. La artrodesis abierta requería incisiones relativamente grandes, una extracción ósea extensa, largas estancias hospitalarias y una descarga de la extremidad durante meses. El objetivo de este trabajo es revisar los resultados de la artrodesis SI mediante técnica MIS con implantes triangulares de titanio cubiertos de spray de plasma poroso en los pacientes seleccionados de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

De entre todos los pacientes valorados en consultas externas de ortopedia por dolor lumbar bajo se seleccionaron aquellos que tuvieron una historia clínica típica de dolor SI y una exploración física positiva. En nuestro caso se ha realizado una exploración física con maniobras de provocación específicas de la articulación SI. Se han realizado 5 maniobras (Distracción, thigh thrust test, FABER, compresión y Gaenslen's test) y se han seleccionado a los que presentaban 3 o más test positivos. Se descartaron los pacientes que presentaban pruebas de imagen patológicas a nivel lumbar o pélvico. Se obtuvieron un total de 6 pacientes. El siguiente paso fue realizar una doble infiltración diagnóstica de anestésico local bajo control radiológico a nivel de la articulación SI. En dos casos se obtuvo una mejoría significativa (mayor del 50%) de los síntomas en las horas siguientes a la infiltración. Un paciente fue una mujer de 40 años con clínica de lumbociatalgia de larga data con RNM de columna lumbar anodina, test de provocación SI y test de la infiltración positivos. El otro paciente fue un hombre de 56 años con antecedente de artrodesis lumbar tras fractura de varias vertebrae lumbares con persistencia lumbociatalgia a pesar de pruebas complementarias anodinas. Igualmente, presentó test de provocación SI y test de la infiltración positivos. Ninguno de los dos pacientes había presentado mejoría con tratamiento conservador durante más de 6 meses. En estos dos pacientes se llevó a cabo una artrodesis mediante técnica MIS con implantes triangulares de titanio cubiertos de spray de plasma poroso. Los resultados fueron valorados mediante escalas de dolor, funcionalidad, calidad de vida y grado de satisfacción.

RESULTADOS:

La paciente de 40 años ha refiere un grado de satisfacción de 7 (siendo 0 un paciente completamente insatisfecho y 10 un paciente completamente satisfecho). Refiere una mejoría clara al sentarse y levantarse y al dormir. Igualmente refiere una disminución del dolor (de EVA 9 a EVA 7). En algunas actividades como subir y bajar escaleras o andar refiere estar más incapacitada, aunque mejor. Refiere la persistencia del dolor típico ciático a pesar de que la lumbalgia ha disminuido en gran medida.

El paciente de 56 años operado previamente de artrodesis lumbar refiere estar mucho mejor. Refiere una mejora importante en el dolor (valorado mediante la escala EVA), pasando de 9 a un 5. Refiere tolerar mejor la sedestación, puede caminar sin restricciones y refiere presentar algo de dolor si duerme sobre el lado artrodesado. Su grado de satisfacción es de 8 sobre 10.

En ambos pacientes los controles radiológicos son aceptables.

Es de gran importancia asegurar que los pacientes seleccionados para la realización de este procedimiento han sido seleccionados de manera apropiada mediante una serie de criterios específicos. En nuestro caso hemos seguido un algoritmo diagnóstico que en debería asegurar la selección adecuada de los pacientes. Sin embargo, en uno de los casos los síntomas han persistido y el grado de satisfacción ha sido menor de lo esperable. Esto se puede deber a que no se descartó adecuadamente la presencia de desordenes de dolor generalizado como por ejemplo la fibromialgia.

Con una tasa de supervivencia del 96,5% a los 4 años descrita en la bibliografía, se puede afirmar que se trata de una cirugía segura (8). La ISASS (International Society for the Advancement of Spine Surgery) concluye que esta técnica es el estándar de cuidado para los pacientes con dolor SI. En nuestro caso, los pacientes fueron dados de alta al día siguiente con autorización de carga parcial con ayudas.

Un grado de satisfacción medio de 7.5 es un resultado bueno, pero algo menor de lo publicado en otros estudios (9, 10). Pensamos que este resultado podría haber sido mejor si se hubieran seleccionado mejor a los pacientes.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Podemos afirmar que la artrodesis SI mediante técnica MIS con implantes triangulares de titanio cubiertos de spray de plasma poroso es una técnica segura y efectiva. La bibliografía disponible revela que esta técnica aporta resultados satisfactorios para la mayoría de los pacientes, tal como sucede con nuestros pacientes. Pensamos que es de gran importancia llevar a cabo un riguroso algoritmo diagnóstico que permita descartar patologías con clínica superponible con el fin de asegurar la efectividad del procedimiento.

CP190

FRACTURA AISLADA DEL HUESO GANCHOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Álvarez Campillo, J.L.; Merino Gallardo, B.; Navarro Mateo, J.

Centro: Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas aisladas de los huesos del carpo no son frecuentes, siendo la más común en la práctica clínica la del escafoides. La fractura aislada del ganchoso se documenta como un 1.7% de las fracturas del carpo, por lo que se trata de una patología bastante rara.

Por su rareza, su clínica inespecífica y su dificultad en el diagnóstico en la radiografía simple, gran parte de estas fracturas pasan desapercibidas. En bastantes ocasiones es necesario apoyarnos en el TAC para su diagnóstico.

Se clasifican en tipo I cuando afectan al gancho del hueso, y tipo II cuando afectan al cuerpo del mismo.

La decisión de tratamiento conservador o quirúrgico se debe basar en la estabilidad de la fractura y en la afectación articular.

Exponer un caso clínico de una fractura aislada del ganchoso y contar la experiencia en cuanto a tratamiento y pronóstico, ya que no existe una amplia bibliografía al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 27 años de edad, que acudió al servicio de Urgencias tras haber golpeado una pared con la mano derecha tras una discusión. Es dado de alta con el diagnóstico de contusión sin haberse evidenciado signos de fracturas en las Rx realizadas.

Vuelve a consultar en Urgencias a los 10 días por persistencia del dolor e impotencia funcional. En el examen presenta edema en la zona dorsal y cubital del carpo y dolor difuso de la mano, que aumentaba en las maniobras de desviación cubital.

Se repiten las Rx donde evidencio fractura conminuta del cuerpo del ganchoso sin luxaciones ni otras lesiones asociadas.

Se opta por tratamiento conservador de la fractura, colocando férula dorsal durante 10 días, yeso completo después hasta completar 4 semanas de inmovilización.

RESULTADOS:

Los resultados tras el tiempo de inmovilización de 4 semanas y una rehabilitación precoz con ejercicios dirigidos en consultas externas es de una recuperación total del balance articular de la muñeca sin dolor residual y una fuerza de presa totalmente recuperada a los 6 meses.

El manejo de estas fracturas está en debate debido a los pocos casos que se presentan. La dificultad en su diagnóstico, las convierte en fácilmente infradiagnosticadas con el consiguiente riesgo de secuelas al no tratar una fractura con afectación articular.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

- Las fracturas aisladas del ganchoso son muy poco frecuentes. Debemos pensar en ellas ante un traumatismo directo en la mano.
- Se trata de fracturas muy infradiagnosticadas por su dificultad diagnóstica.
- Recomendable realizar TAC para estudiar la fractura y lesiones asociadas.
- El manejo terapéutico es controvertido debido al bajo número de casos.
- El manejo conservador se prefiere excepto en casos de lesiones asociadas que precisen cirugía como luxaciones o fractura articular desplazada.

CP191

ESPONDILODISCITIS EN LA INFANCIA. IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA.**Autores:** Belloso Moreno, I.; Domínguez Amador, J.J.; Orta Chíncoa, J.; Andrés García, J.A.**Centro:** Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Destacar la importancia de la sospecha y el diagnóstico precoz de la espondilodiscitis aguda en niños.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente varón de 22 meses que acude por irritabilidad y dificultad en la marcha de forma intermitente de dos semanas de evolución, en el contexto de un cuadro catarral. Había acudido a urgencias en varias ocasiones desde el inicio de la sintomatología con empeoramiento progresivo de la misma. Exploración: No disimetría de MMII, no desviaciones en columna. No limitación a la movilización de caderas, rodillas ni tobillos. Deambulación con aumento de la lordosis lumbar y cojera. Debilidad en ambos MMII a expensas de músculo cuádriceps con signo de Gowers positivo. Ante la sospecha de espondilodiscitis aguda vs enfermedad neuromuscular se decide realizar RNM de columna, EMG/ENG y analítica completa.

RESULTADOS:

Analítica con CPK normal. En la RMN se describe una espondilodiscitis probablemente piógena de L2-L3 sin colapso de cuerpos vertebrales ni repercusión sobre el canal dural. No se realiza EMG/ENG por considerarse innecesario tras resultados de RMN. Se trata con cefuroxima IV durante 2 semanas, pasando a VO durante otras 4 semanas. Actualmente evolución favorable.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La espondilodiscitis aguda es una entidad con signos y síntomas inespecíficos con un amplio diagnóstico diferencial que necesita ser detectada de forma precoz para evitar complicaciones potencialmente graves.

CP192

USO DE LA IMPRESIÓN 3D PARA LA PLANIFICACIÓN PREQUIRÚRGICA EN DEFECTOS ÓSEOS ACETABULARES GRAVES: REPORTE DE UN CASO.**Autores:** Pérez Cobo, A.A.; Mantic Lugo, M.; Cachero Rodríguez, N.**Centro:** Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

En la actualidad los defectos acetabulares graves (DAG) mantienen su complejidad y evolución variable pese al aumento de la incidencia y al desarrollo de componentes y técnicas novedosas.

El objetivo del tratamiento de los DAG es conseguir una fijación adecuada del implante, con una correcta estabilidad y tratando de restaurar el centro de rotación de la cadera. En este punto la impresión 3D comienza a ser parte de la planificación quirúrgica habitual.

Presentamos nuestra forma de trabajo actual, exponiendo nuestra experiencia con un caso tratado en nuestro servicio por aflojamiento aséptico de PTC primaria con un DAG, centrándonos en la planificación preoperatoria (sobre reconstrucción en 3D y plantillas digitales) y el resultado quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 51 años operada en 2001 de prótesis total de cadera primaria derecha, que acude a nuestra consulta por dolor de más de un año de evolución, de carácter mecánico, progresivo hasta incapacitar la deambulaci3n. En las imágenes radiológicas se observa un aflojamiento del componente acetabular asociado a un defecto 3seo acetabular,

Paprosky tipo IIIB, sin disociación pélvica.

Se empleó el modelo impreso en 3D de la hemipelvis lesionada con el objetivo de estudiar el defecto acetabular y planificar el tipo y tamaño de los implantes, con premoldeado de componentes maleables.

RESULTADOS:

La revisión acetabular consistió en la reconstrucción del defecto mediante el empleo de injerto óseo impactado, colocación de un suplemento acetabular cementado, una caja modular con fijación en ilion e isquion, y un inserto de PE con reborde, todo ello con el mismo tamaño que en la planificación, con restablecimiento del centro articular original.

El postoperatorio cursó sin complicaciones, limitándose la deambulación con carga parcial durante 6 semanas.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los defectos óseos acetabulares siguen siendo un reto para el cirujano ortoprotésico, con resultados bibliográficos variables. Una buena planificación preoperatoria facilita la cuantificación y localización del defecto óseo, y la elección de los implantes necesarios para una fijación estable, con el objetivo de reestablecer la función, la anatomía y el centro de rotación de la cadera optimizando el tiempo quirúrgico.

CP193

EXPERIENCIA DE LA DALBAVANCINA EN VIDA REAL COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN OSTEOMIELITIS POR GRAM POSITIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autores: Ruiz-Rico Gómez, J.; Tejedor Tejada, E.; Aceituno Caño, A.

Centro: Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Evaluar la eficacia y seguridad de la Dalbavancina como tratamiento alternativo contra Gram positivos en osteomielitis.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo realizado durante dos años (2018-2019) incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico de osteomielitis que fueron tratados con Dalbavancina, en un hospital de tercer nivel. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, evolución, posología del tratamiento, tratamiento previo y seguridad. La pauta de administración utilizada fue de 1000 mg en el momento del alta y de 500 mg a los 7 días, del mismo modo que se utilizaron en los estudios de Jenkins et al, y por último en los de Lin SW et al. (3,4). Para valorar la eficacia se realizaron analíticas de sangre y cultivos de la zona afecta, así como exploración clínica en la consulta, una vez finalizado el tratamiento con Dalbavancina; los datos fueron recogidos por medio del programa informático de laboratorio modulab© y el programa de historia clínica informatizada Diraya©. Para valorar la seguridad se realizó analítica de sangre y seguimiento en consultas posteriores, se incidió especial seguimiento en las reacciones de tipo gastrointestinal.

RESULTADOS:

Se recogió una serie de 12 pacientes con diagnóstico de osteomielitis (11 hombres y 1 mujer), con una edad 60 ± 15 años. Los antibióticos utilizados previamente fueron: 66,6% betalactámicos, 50% daptomicina, 16,6% vancomicina, y 16,6% linezolid. La eficacia se valoró con analíticas previas y posteriores al tratamiento, los resultados obtenidos fueron: en 96,5% de los pacientes no se aisló el patógeno previamente determinado. El 75% de los pacientes se consideró buena evolución, se consideró fracaso a acontecimientos como: amputación, reingreso o fallecimiento. La seguridad se valoró por la aparición de reacciones adversas, a destacar la aparición de diarrea autolimitada de carácter leve. De acuerdo con Boucher en los estudios pivotaes DISCOVER 1 Y 2, se demostró la sensibilidad de la Dalbavancina para bacterias gram-positivas (1). En datos de vida real, es posible utilizar la Dalbavancina con indicaciones off-label, como es el caso de endocarditis, osteomielitis, e incluso infección periprotésica. De acuerdo con Wunch et al., la Dalbavancina es una buena alternativa terapéutica en infecciones por gram positivos, causante mayoritario de osteomielitis (2). Según los resultados obtenidos en este estudio, podríamos concluir, tal y como se ha demostrado en estudios anteriores, que el uso de la Dalbavancina es una buena opción terapéutica en pacientes con diagnóstico de osteomielitis por Gram positivos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Con los resultados obtenidos de eficacia y seguridad se puede valorar el uso de Dalbavancina como una buena alternativa para osteomielitis causadas por bacterias Gram positivas. Se necesitan estudios aleatorizados que validen estos resultados. Realizar un seguimiento y monitorización clínica del paciente, de forma periódica, resulta de vital importancia para evaluar la eficacia y seguridad de este fármaco.

La Dalbavancina es un antibiótico perteneciente al grupo de los lipoglicopéptidos semisintéticos de larga vida media, cuyo mecanismo de acción es interferir en la formación de la pared celular bacteriana. Está indicada en el tratamiento de infecciones de piel y partes blandas, pero se puede utilizar de forma off-label en la osteomielitis producida por

Gram-positivos, escenario dónde los datos clínicos siguen siendo limitados.

Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de la Dalbavancina como tratamiento alternativo contra Gram positivos en osteomielitis, a partir de una serie de casos en nuestro hospital en los años 2018 y 2019; recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, evolución, posología del tratamiento, tratamiento previo y seguridad. La eficacia se valoró con analíticas previas y posteriores al tratamiento, los resultados obtenidos fueron: el 75% de los pacientes se consideró buena evolución, se consideró fracaso a acontecimientos como: amputación, reingreso o fallecimiento. Con los resultados obtenidos de eficacia y seguridad se puede valorar el uso de Dalbavancina como una buena alternativa para osteomielitis causadas por bacterias Gram positivas.

CP194

SÍNDROME DE COALICIÓN TARSO-CARPAL: A PROPÓSITO DE UN CASO FAMILIAR.

Autores: Pérez Cobo, A.A.; Beloso Moreno, I.; Domínguez Amador, J.J.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La coalición tarso-carpal es una entidad poco frecuente, de carácter hereditario, debido a una mutación en el gen NOG. Su presentación clínica principal consiste en la fusión de huesos del carpo, tarso y falanges, y en mejor porcentaje un primer metacarpiano corto, fusión humero-radial o talla corta.

Las deformidades rígidas son más evidentes en tobillo y pie, ya que producen alteraciones de la marcha asociado a dolor severo y discapacidad, por lo que en ocasiones estos pacientes son susceptibles de intervenciones quirúrgicas correctoras.

Nuestro objetivo es exponer nuestra experiencia con un caso con un síndrome tarso-carpal familiar.

MATERIAL Y MÉTODO

Acude a nuestra consulta un paciente varón de 9 años que presenta: ambas manos con braquidactilia, tercer y cuarto dedos con imposibilidad para la flexo-extensión de la IFP, y ambos pies con deformidad plano-valgo rígido que provoca dolor progresivo e invalidante.

Mantiene un peso y talla con un percentil por encima de 90. Dificultad neurocognitiva, sin asociar hipoacusia o dismorfia facial. Deambulación independiente.

Como antecedentes familiares, en la familia paterna se encuentran 4 casos no diagnosticados de deformidades rígidas acrales, y sus dos hermanos padecen la misma sintomatología.

No existen antecedentes patológicos en el embarazo, parto o la infancia. Actualmente se encuentra pendiente de resultados de estudio genético.

RESULTADOS:

Se realiza estudio radiológico, encontrando coalición carpal bilateral, fusión de articulaciones IFP 3er y 4º dedos, coalición bilateral del retropié, con barra medial en la articulación astragalocalcánea (< 30%), e incompleta de mediopié.

En el caso de nuestro paciente, optamos por cirugía del retropié con resección de la sinostosis astragalocalcánea medial y relleno con injerto graso autólogo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La evolución natural de estos casos es variable, dependiendo en parte de la afectación inicial. El manejo está centrado en optimizar la función y la independencia con ayuda de fisioterapia, terapia ocupacional, y relegar el tratamiento quirúrgico para situaciones de dolor o deformidades invalidantes.

Aunque en nuestro caso la evolución postquirúrgica no es favorable, los resultados bibliográficos de la técnica mantienen una tasa de éxito alta en casos en los que la afectación articular es menor al 30%.

CP197

INESTABILIDAD CARPIANA SECUNDARIA A QUISTE ÓSEO SIMPLE DE ESCAFOIDES.

Autores: Robles Molina, J.J.; Pulido Albertus, F.; Egea Castro, G.S.

Centro: Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El patrón de inestabilidad carpiana en DISI ("dorsiflexed intercalated segment instability") es una situación clínica

normalmente secundaria a una disociación escafolunar o a fracturas inestables del escafoides. En ella, el escafoides se flexiona hacia volar y el semilunar se extiende hacia dorsal.

Presentar un caso de inestabilidad mediocarpiana en DISI secundaria a una situación poco habitual, un quiste óseo simple de escafoides.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 30 años, trabajador manual, diestro, con clínica crónica de dolor carpiano en muñeca derecha, de varios años de evolución. No traumatismo referido. Empeora con la sobrecarga funcional (deportiva, laboral, y últimamente con las actividades básicas de la vida cotidiana). Estudiado con radiografías simples y RMN de muñeca derecha. Diagnóstico de quiste óseo simple en cuerpo de escafoides, con colapso del mismo e inestabilidad en DISI secundaria.

RESULTADOS:

Se realiza manejo quirúrgico mediante curetaje de la cavidad quística y relleno con injerto óseo esponjoso y corticoesponjoso autólogo para corregir el colapso óseo, así como corrección de la inestabilidad en DISI y estabilización con agujas de Kirschner. Actualmente paciente aún en tratamiento rehabilitador, con muy buena evolución clínica y radiológica.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La peculiaridad del caso, es por un lado la localización poco habitual de un quiste óseo simple (en el cuerpo del escafoides carpiano), y por otro lado la inestabilidad carpiana secundaria al colapso del escafoides por la presencia del quiste. Situaciones clínicas poco descritas en la literatura. La inestabilidad carpiana se habría evitado con el tratamiento precoz del quiste, evitando el colapso óseo.

CP198

ARTROPLASTIA TUMORAL DE CADERA TRAS FRACASO DE TORNILLO CEFÁLICO (TIPO CUT-OUT) DE CLAVO TROCANTÉRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Jiménez López-Rey, A.; Calvo Lillo, C.; López Lobato, R.; Ribera Zabalbeascoa, J.

Centro: Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El empleo del enclavado endomedular es uno de los pilares en la fijación de fracturas pertrocanteréas de cadera. Este tipo de fracturas se asocia, especialmente a la población geriátrica (> 65 años), con complicaciones que incluyen tromboembolismos, úlceras por decúbito, infecciones o problemas mecánicos con el implante; así como con una tasa de mortalidad relevante en ancianos.

El fracaso o “cut-out” del tornillo cefálico consiste en la medialización del tornillo cefálico, rebasando los límites de la cabeza femoral, afectando por tanto a la integridad del cotilo. Es de origen multifactorial y se trata de una de las complicaciones más frecuentes de este tipo de fijación, con una incidencia de entre 1.6 a 16.5%. Estos pacientes suelen requerir intervenciones quirúrgicas de revisión adicionales: Retirada del implante, reosteosíntesis o conversión a una prótesis de cadera. Dicho acto terapéutico supone un reto para el cirujano ortopédico debido a la mala calidad ósea y de los tejidos circundantes y el contexto clínico del paciente.

Analizar el contexto, diagnóstico y manejo terapéutico de un caso clínico de cut-out de clavo trocantérico tratado mediante artroplastia tumoral de cadera.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso clínico de una mujer de 85 años que acude a urgencias por coxalgia izquierda incoercible (EVA 9-10) de más de un mes de evolución. Intervenida hace 2 meses en otro centro por fractura pertrocanterea izquierda mediante clavo trocantérico (Zimmer ®). En Rx se aprecia movilización del tornillo cefálico (Cut-out) con osteolisis supraacetabular de gran diámetro por lesión del tornillo cefálico TAC de cadera: Importante osteolisis supra-acetabular por lesión directa del tornillo de 4x4cm de diámetros máximo. A pesar de la edad, la paciente presenta una aceptable calidad de vida por lo que se decide retirar el clavo y reconversión a artroplastia tumoral de cadera (OSS Biomet ®) ante la ausencia de consolidación de la fractura y la importante lesión cervico-cefálica y supraacetabular ocasionada por el tornillo cefálico. La evolución posoperatoria fue satisfactoria, siendo dada de alta a los 5 días tolerando la ortoposición con andador.

RESULTADOS:

A los 3 meses de la intervención, la paciente deambula con andador, sin dolor y con mínima marcha de Trendelenburg. El control radiológico no exhibe signos de complicaciones secundarias.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La artroplastia tumoral de revisión como alternativa terapéutica a fracasos del tornillo cefálico es una opción quirúrgica

con resultados óptimos que debe valorarse especialmente en pacientes con buena calidad de vida y funcional. En casos de deterioro clínico, la principal opción sería la retirada exclusiva del clavo.

CP199

LUXACIÓN SEMILUNAR CRÓNICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autores: Robles Molina, J.J.; Pulido Albertus, F.; Ramírez Filizzola, R.H.

Centro: Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las luxaciones del semilunar son relativamente infrecuentes. Su tratamiento en fase aguda consiste en reducción y reparación ligamentosa con el que se obtienen resultados satisfactorios y pocas secuelas. El problema surge, porque hasta un 25% de los casos pasan desapercibidas y se diagnostican de forma crónica en meses e incluso años. Presentamos un caso de luxación volar del semilunar en paciente joven, ya en fase de cronicidad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 25 años, politraumatizado en contexto de accidente de tráfico, con numerosas lesiones que precisaron tratamiento y seguimiento multidisciplinar durante meses.

El paciente asociaba desde el traumatismo dolor en muñeca izquierda, pasando desapercibida en urgencias una luxación anterior del semilunar. Se diagnosticó de contusión/esguince e hizo tratamiento con ortesis de muñeca simple y posterior fisioterapia.

Tras más de dos años desde el accidente, paciente consulta por dolor mecánico en muñeca izquierda con la sobrecarga funcional, así como clínica de Síndrome Túnel Carpiano. En el estudio con radiografías simples y RMN de muñeca se diagnostica de luxación volar del semilunar crónica, con cambios degenerativos moderados/graves carpiños y radiocarpianos. En estudio neurofisiológico se objetiva la compresión del nervio mediano en la muñeca.

RESULTADOS:

Paciente aún en espera de manejo quirúrgico definitivo. Se ha planteado un intento de reducción abierta y estabilización, y si esto no fuese posible, resección de la primera hilera del carpo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Es fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz en las luxaciones del semilunar para conseguir mejores resultados funcionales. Hay casos descritos en la literatura de reducción abierta y estabilización hasta 35 semanas tras la lesión, pero por lo general, está descrito que por encima de los 6 meses la mayoría de estas lesiones inveteradas conllevan incapacidad de reducción por retracción de partes blandas y desarrollo de tejido cicatricial, daño cartilaginoso o signos necróticos del semilunar, por lo que entre los procedimientos terapéuticos de elección están la carpectomía proximal o las artrodesis parciales o total de la muñeca. La extirpación aislada del semilunar ofrece resultados mediocres.

CP200

SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA EN HOMBRO, LOCALIZACIÓN POCO HABITUAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autores: Robles Molina, J.J.; Pulido Albertus, F.; Martín Ortega, J.A.

Centro: Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La sinovitis villonodular pigmentada es un desorden proliferativo que afecta articulaciones, vainas tendinosas y bursas. La lesión puede ser difusa o localizada. La incidencia anual es de 1.8 pacientes por millón de habitantes. Típicamente la lesión es monoarticular, siendo la rodilla la más afectada en un 80% de los casos. Puede presentarse también en cadera, tobillo, pulpejos y, raramente, hombro y articulaciones temporomandibulares.

Presentar un caso de sinovitis villonodular pigmentada de hombro, una de las localizaciones menos usuales de ésta patología.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 56 años, con omalgia derecha crónica, de unos 10 años de evolución, sin desencadenante aparente, con episodios de reagudización clínica cada vez más frecuentes, y limitación funcional progresiva. Estudiado con radiografías simples, RMN y TAC, objetivándose una artropatía degenerativa avanzada glenohumeral, con aumento de líquido articular e hipertrofia sinovial (que sugiere artrosis secundaria a artropatía inflamatoria). Paciente aporta

resultado de biopsia (tomada en otro centro) que confirma el diagnóstico de sinovitis villonodular pigmentada. Dado la evolución del cuadro, no candidato a cirugía artroscópica, se le ofrece cirugía protésica. Por el momento ha optado por el manejo conservador.

RESULTADOS:

Es una patología poco frecuente en el hombro, difícil de sospechar y diagnosticar en pruebas de imagen (nuestro caso no se habría diagnosticado de no aportar el estudio anatomopatológico). La mayoría de los casos descritos en la literatura tienen en común la evolución clínica lenta y el aumento de volumen articular por los hemartros de repetición, con clínica de inestabilidad acompañante. Nuestro paciente, a diferencia de la mayoría de casos descritos, no ha presentado clínica de inestabilidad, pero sí de omartrosis.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Dadas las pocas series publicadas en la literatura y la rareza de la presentación en el hombro resulta difícil definir los hallazgos clínicos y de apoyo diagnóstico. Descrita la cirugía artroscópica como el Gold Estándar en el tratamiento, siendo la artroplastia la única alternativa en aquellos casos más evolucionados.

CP202

PSEUDOARTROSIS DE PILÓN TIBIAL TRATADA MEDIANTE TÉCNICA RECONSTRUCTIVA DE MASQUELET: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Jiménez López-Rey, A.; Rovira Ortega, R.; López Lobato, R.; Martínez Sánchez, M.A.

Centro: Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Hospital de la Merced, Osuna. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La pseudoartrosis es una complicación grave de la fractura de tibia distal y su tratamiento representa un reto para la calidad de vida, asociándose a sucesivas intervenciones insatisfactorias. Una alternativa para su resolución es la técnica de Masquelet, un procedimiento quirúrgico en dos tiempos de osteopromoción guiada mediante membranas bioactivas.

Analizar el diagnóstico y tratamiento de un caso clínico de pseudoartrosis de pión tibial con reconstrucción ósea mediante técnica de Masquelet.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente varón de 50 años de edad precipitado desde 3'5 metros. Presenta fractura abierta de tibia y peroné distal más fractura – luxación de codo derecho. Se realiza de urgencias osteotaxis con FFE Hoffman II® de la fractura del pión tibial e inmovilización de fractura de codo. Al mes del accidente, se realiza RAFI de tobillo izquierdo, con secuestrectomía de fragmento tibial, aporte de sustituto óseo alogénico y fijación de pión tibial mediante placa LCP más fijación de peroné con placa. A los 11 meses se aprecia rotura de material por pseudoartrosis tibial. Planteamos EMO y reconstrucción del defecto según técnica de Masquelet. Primer tiempo con relleno del defecto con PMMA con Antibiótico y FFE, sustituido a las 6 semanas por injerto de cresta mezclado con injerto de banco y aspirado medular, cerrando la membrana bioactiva con sutura reabsorbible y nueva fijación con placa LCP.

RESULTADOS:

A los 7 meses del segundo tiempo, se aprecia consolidación progresiva del defecto óseo. Carga con muletas sin dolor en foco. Balance articular 90°-130° y control radiológico satisfactorio.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La técnica de Masquelet se ha demostrado como una alternativa terapéutica para la pseudoartrosis a nivel de pión tibial, especialmente si se trata de un defecto óseo periarticular de grandes dimensiones, con una recuperación de la calidad de vida, clínica y funcional prometedora.

CP205

LESIÓN MULTILIGAMENTARIA (LCA, LCP Y LCM) EN PACIENTE POLITRAUMATIZADA CON SECUELAS NEUROLÓGICAS EN HEMICUERPO CONTRALATERAL.

Autores: Ruiz-Rico Gómez, J.; Álvarez Fernández, A.; Salmerón Vélez, G.

Centro: Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La optimización en el tratamiento de las lesiones multiligamentarias de rodilla está aún en controversia, se acepta de forma general que el LCA (ligamento cruzado anterior) y el LCP (ligamento cruzado posterior) sean reconstruidos; lo

que no está tan claro es que el LCM (ligamento colateral medial) tenga mejores resultados siendo reparado o reconstruido. Las plastias más conocidas (en el contexto de una inestabilidad crónica con lesión multiligamentaria en pacientes jóvenes) son: para el LCA, aloinjerto de tendón rotuliano (en algunos casos complementado con plasma rico en plaquetas (PRP)); para el LCP, aloinjerto de tendón de Aquiles, también con suplemento de PRP; y para el LCM, si se trata de una lesión aguda se prefiere reparar; y si es crónica, aloinjerto de Aquiles o autoinjerto de semitendinoso (éste último se sutura al borde anterior del ligamento posterior oblicuo (LPO)); sin poder asegurar la superioridad de un injerto respecto a otro (1).

Estudio de las lesiones multiligamentarias de rodilla en el contexto de inestabilidad crónica, reconstruidas mediante plastias de LCA, LCP, LCM y LPO: a propósito de un caso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 28 años, con secuelas neurológicas en hemicuerpo contralateral por politrauma grave, que refiere sensación de fallo en la rodilla izquierda, siendo su única extremidad útil para realizar sus actividades diarias. En la exploración observamos bostezo en valgo con la flexo-extensión (comparado con la rodilla contralateral), cajón anterior y posterior positivos, maniobras meniscales negativas, y función neurovascular conservada. En la resonancia magnética (RMN) se describe una solución de continuidad del tercio medio del LCP en relación con rotura completa, aumento de intensidad alrededor del LCM compatible con desgarro, y escaso derrame articular. Tras obtener estos resultados compatibles con la clínica decidimos intervenir a la paciente: asistiéndonos con escopia y artroscopia, observamos rotura completa del LCA, LCP y LCM, y meniscos íntegros, por lo que decidimos realizar una reconstrucción de los ligamentos dañados. A través de un abordaje medial se realizó plastia de LCA mediante aloinjerto cuadricepsal con pastilla ósea de 10 mm; plastia de LCP mediante aloinjerto hueso-tendón-hueso (HTH) de 10 mm, realizando una fijación proximal y distal con tornillos interferenciales en ambos; y plastia de LCM y LPO mediante aloinjerto de isquiotibiales. Se realizó un cierre por planos y se dejó drenaje, además de profilaxis antibiótica y antitrombótica por protocolo; a las 48 horas, se dio de alta ya que no presentaba molestias.

RESULTADOS:

Al mes de la cirugía se revisó a la paciente observando la buena cicatrización de la herida y se autorizó carga parcial con ayuda de muletas. Se vio a la paciente a los 3 y 4 meses de la cirugía, consiguiendo un balance articular adecuado, estabilidad completa y buena movilidad, sin signos de rigidez ni pérdida de fuerza muscular. Las lesiones multiligamentarias de rodilla fuera del contexto de la luxación aguda, ocurren de forma más frecuente en el paciente joven y deportista; siendo el mecanismo lesional más frecuente el valgo forzado, la rotación externa en flexión o semiflexión de rodilla, o combinación de ambos (5). Las lesiones de LCA y LCP son muy frecuentes en nuestro medio, por lo que en su tratamiento se acepta como gold-standard su reconstrucción, ya sea mediante plastias con auto- o aloinjerto, debido a los mejores resultados demostrados en las revisiones bibliográficas realizadas (4). La técnica más utilizada para el LCA es la ligamentoplastia con aloinjerto de tendón rotuliano o de cuádriceps, asegurando su fijación con tornillos interferenciales en tibia y fémur con la rodilla en extensión completa (1)(4); y el uso de aloinjerto de Aquiles para el LCP con la rodilla en 80° de flexión (1)(3); siendo asistida en la gran mayoría por artroscopia y escopia intraoperatorias, y en algunas corrientes suplementado con PRP (1). Las lesiones que afectan al LCM y al LPO son de interés debido a la estabilidad estática medial que aportan, ya que se han descrito cambios degenerativos y limitaciones funcionales a largo plazo en su lesión, tratadas en su inicio de forma conservadora, y derivando en posibles artrosis postraumáticas (5). Distintas técnicas para su reparación han sido descritas hasta ahora, tales como reparación directa con o sin aumentación, avance en su inserción tibial, transferencia de la pata de ganso, y combinación de ellas (3). Aunque sigue en controversia, se observa que su reconstrucción obtiene mejores resultados en las pruebas biomecánicas, debido a que se asemejarían a la anatomía original (5). En lesiones crónicas, que es lo que atañe este caso, un porcentaje alto utiliza aloinjerto de Aquiles o de semitendinoso; realizando un túnel femoral bajo escopia mediante aguja kischner o guía (donde se usará un tornillo interferencial para fijarla), y en la región tibial usualmente quedan vestigios del LCM original entre el grácil y el semitendinoso, siendo el borde de la meseta el lugar donde irán los anclajes situándolos con la rodilla en extensión; lo ideal sería realizarlo con una flexión de 30°, varo forzado y ligera rotación externa. Para el LPO, se puede utilizar un brazo de semitendinoso que se suturará al borde anterior original del LPO dañado, en el caso de que no se pueda reparar de forma directa. Tras la recuperación inmediata postquirúrgica, lo ideal sería permitir carga parcial a partir de las 3 semanas, y completa a partir de las 8 (1)(5).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El éxito en el tratamiento de reconstrucción de LCA, LCP y LCM se basa en un diagnóstico eficaz de su lesión, una exploración objetivada, y un plazo óptimo en la programación de la intervención a realizar. La reconstrucción de LCA y de LCP con aloinjerto, y la reparación, aumentación o reconstrucción de LCM y LPO han de hacerse paso por paso, tal como se describe en las guías, continuándose por un programa de rehabilitación ya estipulado y precoz para conseguir resultados óptimos en los parámetros biomecánicos y en la estabilidad de nuestra rodilla, y así evitar la complicación que más nos preocupa, como es la rigidez articular.

CP207

LUXACIÓN DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Pérez Campos, M.; González Cuadrado, A.V.; Falcón Sánchez, A.; Barón Pérez, Y.; Funes Morante, J.C.**Centro:** Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La luxación de rodilla (LR) es una lesión poco frecuente que requiere un tratamiento urgente debido al riesgo de lesión vascular. Es importante conocer el mecanismo de producción de este tipo de lesiones pues en las luxaciones con mecanismo de alta energía (accidentes de tráfico o caídas de altura) existe un riesgo de lesión vascular del 65% frente al 4.8% de las luxaciones con mecanismo de bajo energía (traumatismos deportivos o pacientes con sobrepeso).

Realizar una revisión del manejo inicial de la LR debido a las complicaciones que pueden surgir derivadas de la misma.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente varón, ganadero de 65 años que sufrió un accidente en su finca, provocándole una LR derecha. En la exploración presentaba impotencia funcional, dolor y deformidad, con buen relleno capilar. Bajo analgesia intravenosa se realiza la reducción cerrada en urgencias y tras monitorización de pulsos distales se realiza una contención con férula posterior y radiografía de control. Posteriormente se realizó Angio-TAC urgente para descartar afectación vascular.

RESULTADOS:

Evolución favorable durante todo el ingreso. Clínicamente no se objetivó afectación vasculonerviosa. No presentó fractura asociada. En la exploración, presentaba bostezo en valgo, estable en varo con cajones anterior y posterior positivos. En la resonancia magnética se objetivó rotura de ligamentos cruzados y ligamento colateral interno, desinserción de vasto interno, así como rotura de retináculo patelar medial. El paciente fue sometido a las 3 semanas a un primer tiempo de cirugía reconstructiva de ligamento colateral interno con injerto de semitendinoso, reparación de capsula medial y reinserción de vasto interno. En un segundo tiempo, se llevó a cabo la reconstrucción artroscópica de ligamentos cruzados.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La LR requiere un manejo adecuado y minucioso por parte del cirujano ortopédico. Es de vital importancia en presencia de esta entidad 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), si bien el riesgo de disección de la íntima de la arteria poplítea es elevado hasta los 6 meses. El tipo de manejo quirúrgico y los tiempos del mismo serán determinados por el tipo de estructuras afectas.

CP208

CIRUGÍA DE REVISIÓN DE INESTABILIDAD ANTERIOR DE HOMBRO MEDIANTE PROCEDIMIENTO DE BRISTOW-LATARJET: A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Moreno Ramírez, F.J.; Bravo Aguilera, C.; Rosillo Soler, J.M.**Centro:** Hospital Infanta Margarita, Cabra. Córdoba.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Justificar el procedimiento de Bristow-Latarjet como técnica quirúrgica de rescate tras el fracaso de la cirugía anatómica de partes blandas como el procedimiento de Bankart más retensado del subescapular en la inestabilidad anterior de hombro, a propósito de un caso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 22 años, panadero de profesión, con clínica de inestabilidad anterior del hombro derecho en forma de múltiples episodios de luxación glenohumeral cada vez con esfuerzos menores, pese a haber sido intervenido hacía 4 años mediante reinserción abierta del rodete glenoideo con dos arpones (procedimiento de Bankart) y retensado del subescapular tipo Putti-Platt. A la exploración física, presentaba cajón anterior positivo, sulcus test negativo y limitación de últimos 30º de rotación externa con cierta aprensión. Mediante artroRMN se evidenció la existencia de una lesión SLAP tipo V del labrum (SLAP tipo II + Bankart). Se realizó tratamiento quirúrgico consistente en un procedimiento de Bristow-Latarjet sobre el abordaje anterior previo: osteotomía de la punta de la apófisis coracoides y fijación de la misma con un tornillo de esponjosa sobre la superficie previamente cruentada del reborde glenoideo anterior. Se extrajo uno de los dos arpones de la cirugía previa, que se encontró desprendido junto a la desinserción del labrum. Tras el cierre por planos se colocó un cabestrillo con antirrotador del hombro, autorizándose únicamente la movilización suave del codo varias veces al día.

RESULTADOS:

El postoperatorio se desarrolló sin complicaciones. A las 4 semanas se retiró la inmovilización del hombro y se comenzó con ejercicios de fisioterapia dirigida a aumentar progresivamente el balance articular. A los 3 meses de postoperatorio,

el paciente presentaba ya un balance articular completo, se había reincorporado a su puesto de trabajo y únicamente aquejaba dolor en la cara anterior del hombro al realizar la aducción forzada del mismo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La inestabilidad glenohumeral anterior sigue suponiendo hoy en día todo un reto quirúrgico, tanto en intervenciones primarias como en cirugías de rescate, lo que ha originado la aparición de multitud de procedimientos distintos. Actualmente, la existencia de un defecto del reborde glenoideo anterior es la principal indicación para realizar de manera primaria una transferencia coracoidea como el procedimiento de Bristow-Latarjet, siendo de elección tras el fracaso de una cirugía previa de partes blandas. No obstante, cada vez son más los autores que optan por realizar técnicas de transferencia coracoidea también de manera primaria en la inestabilidad anterior de hombro debido a que encuentran similares tasas de complicaciones con menor porcentaje de recidivas. Los peores resultados funcionales y de dolor obtenidos tras una reintervención de inestabilidad anterior de hombro en comparación con las cirugías primarias, obligan a seleccionar muy bien a los pacientes que van a ser intervenidos por primera vez así como elegir con precisión el procedimiento quirúrgico a realizar, en base también a la experiencia del cirujano. De acuerdo a nuestros resultados, recomendamos la transferencia coracoidea de Bristow-Latarjet para los casos de recidiva de inestabilidad anterior de hombro y, además, consideramos que debe tenerse en cuenta también como un procedimiento válido de manera primaria, destacando como aspecto técnico más importante la adecuada colocación y fijación del injerto.

La inestabilidad glenohumeral anterior crónica supone un reto quirúrgico exigente, siendo el principal objetivo de su tratamiento evitar la recidiva con el menor número de complicaciones. Se han descrito multitud de procedimientos quirúrgicos, de entre los que la reconstrucción de la cápsula y del labrum desprendido por vía artroscópica (operación de Bankart) se ha convertido en el gold standard en la actualidad. Sin embargo, cada vez son más los autores que optan por realizar de manera primaria técnicas no anatómicas abiertas, como la transferencia coracoidea, debido a que encuentran similares tasas de complicaciones con menor porcentaje de recidivas. Ante una recidiva de inestabilidad anterior de hombro tras una cirugía previa de partes blandas, se hace necesario añadir un gesto quirúrgico no anatómico como la transferencia coracoidea de Bristow-Latarjet para evitar con mayor probabilidad la recurrencia de la inestabilidad. Presentamos un caso de recidiva de inestabilidad anterior de hombro intervenido previamente mediante un procedimiento abierto de Bankart más retensado subescapular al que se realizó una transferencia coracoidea de Bristow-Latarjet sobre el abordaje previo. El paciente evolucionó favorablemente, sin limitación del balance articular ni recidiva de la inestabilidad, reincorporándose a su actividad laboral a los 3 meses.

CP209

RECONSTRUCCIÓN DE LA ROTURA CRÓNICA DEL TENDÓN DE AQUILES MEDIANTE PLASTIA DE CHRISTENSEN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Moreno Ramírez, F.J.; Rosillo Soler, J.M.; Bravo Aguilera, C.

Centro: Hospital Infanta Margarita, Cabra. Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Justificar la vigencia hoy día de la plastia descrita por Christensen en 1931 para el tratamiento de las roturas crónicas del tendón de Aquiles, a propósito de un caso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 61 años, trabajador agrícola, con dolor localizado en el tendón de Aquiles derecho de 1 año de evolución, que es derivado desde consulta externa de Rehabilitación tras confirmarse con resonancia magnética el diagnóstico de rotura crónica de dicho tendón. El paciente afirmó haber sufrido varios episodios de dolor brusco mientras trabajaba, hasta que finalmente notó una importante pérdida de fuerza en el pie derecho y claudicación de la marcha. Se realizó tratamiento quirúrgico de forma preferente a través de un abordaje longitudinal posteromedial al tendón de Aquiles, efectuándose una sutura termino-terminal de Kessler modificada sobre la que se añadió como refuerzo una plastia de Christensen: colgajo aponeurótico gemelar de base rectangular, de unos 2.5 cm de ancho y 8-9 cm de largo, despegándolo de la masa muscular y girándolo 180° para suturarlo sobre el cabo distal y sobre sí mismo. Tras el cierre por planos, se colocó una férula suropédica con tobillo en equino.

RESULTADOS:

El postoperatorio se desarrolló sin complicaciones, quedando el paciente en descarga de la extremidad afecta. A las 4 semanas se sustituyó la férula suropédica en equino por otra a 90° de flexión del tobillo, que se mantuvo durante 2 semanas más. Se comenzó entonces a realizar carga parcial con bota tipo Walker y bastones, así como ejercicios de fisioterapia dirigida para aumentar la fuerza del tríceps sural y el balance articular del tobillo. La ortesis se retiró a las 10 semanas de la cirugía, momento a partir del cual el paciente ya era capaz de caminar sin bastones, dolor ni cojera. Se continuó con ejercicios de potenciación muscular, pudiendo reincorporarse el paciente a su trabajo agrícola a las 16 semanas de la cirugía.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Actualmente existe consenso en cuanto a que el tratamiento de las roturas crónicas del tendón de Aquiles requiere de una plastia de refuerzo para lograr buenos resultados clínicos y funcionales, debido a la mala calidad del tejido existente y al amplio gap que suele evidenciarse entre los cabos tendinosos durante el acto quirúrgico. Observando nuestros resultados, no consideramos conveniente sacrificar un tendón o una zona donadora lejana al sitio de la lesión, evitando así actos quirúrgicos añadidos y sus complicaciones, puesto que se dispone de una fascia de los gemelos que es parte de la zona lesionada y que puede ser utilizada, como han demostrado diferentes autores. Defendemos, por tanto, la vigencia de una plastia de casi un siglo de antigüedad, como es la de Christensen, aunque consideraríamos también igualmente válidas como primera opción otro tipo de plastias que utilicen colgajos de la fascia gemelar, asumiendo los riesgos de evolución desfavorable de la herida quirúrgica pero evitando la utilización de tendones que pueden afectar a la estabilidad y funcionalidad correctas del pie y tobillo.

Las roturas crónicas del tendón de Aquiles son lesiones raras que aún suponen un reto quirúrgico en la actualidad, habiéndose descrito numerosas técnicas distintas de reconstrucción, incluyendo los colgajos de la fascia de los gemelos, diversos tipos de transferencias tendinosas o injertos libres. A diferencia de las roturas agudas del tendón de Aquiles, donde suele ser suficiente una sutura termino-terminal a través de incisiones mínimas, las roturas del Aquiles que se diagnostican tardíamente precisan para conectar los extremos tendinosos de la realización de plastias de refuerzo que exigen incisiones mayores y con mayor frecuencia presentan complicaciones de la herida quirúrgica y/o morbilidad de la zona donante. Presentamos un caso de una rotura crónica del Aquiles de varios meses de evolución tratada mediante una sutura termino-terminal más plastia de Christensen, la cual consiste en utilizar un colgajo central de fascia gemelar rotándolo 180 grados para suturarlo sobre el cabo distal. El paciente evolucionó favorablemente, recuperando a las 10 semanas de la cirugía la capacidad para deambular sin bastones, dolor ni cojera.

CP210

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO, NO TODO ES SACAR LA BALA.

Autores: Pérez Hevia, I.; Iglesias García, R.A.; Collazo Martín, O.; Alvarez.

Centro: Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las heridas por arma fuego son poco frecuentes en nuestro medio, y los casos que se presentan suelen ser por intentos autolíticos donde la supervivencia del paciente suele ser baja.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 56 años que accidentalmente es alcanzado por bala de gran calibre, mientras cazaba. Presentaba herida penetrante en región anterior de hombro con trayecto ascendente sin orificio de salida, hematoma en cara anterior del brazo. Exploración neurológica normal con sensibilidad y fuerza conservada. Mantenía el relleno capilar distal. Se revisa ropa sin presencia de falta de tejido que pudiese estar alojada en el paciente.

RESULTADOS:

Se instauró tratamiento antibiótico y se realizaron ECO y TC de MSI localizándose 2 proyectiles metálicos de medio tamaño y múltiples trozos de metralla, así como una fractura en 3 fragmentos de cabeza humeral sin afectación del paquete neurovascular. Se decide ante situación pte y lesiones asociadas y múltiples materiales extraños, tomar una actitud conservadora. Se colocó al paciente sling durante 3 semanas y tras 3 meses de rehabilitación intensiva, el paciente ha recuperado por completo la fuerza y sensibilidad. En los posteriores controles de metales en sangre el pte no ha presentado alteración de estos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Una herida de arma de fuego siempre impresiona de patología urgente y quirúrgica, siempre se debe valorar cada caso de manera individual, ya que ante un pte con poco riesgo de contaminación, no afectación vasculonerviosa, material extraño de muy difícil extracción, lo mejor es una actitud conservadora y seguimiento de los niveles de metales o migración de material. Por lo que ante arma de fuego la decisión se debe fundamentar en una correcta valoración de riesgos/beneficios.

CP211

¿SE DA LA IMPORTANCIA QUE MERECE A LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL TRATAMIENTO DE LA COXA VARA DEL DESARROLLO?. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Méndez Sánchez, J.M.; Abad Lara, J.A.; Olcina Meseguer, M.A.**Centro:** Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Presentar el tratamiento de una patología infrecuente y el uso cuidadoso de una planificación preoperatoria con las aplicaciones actuales en un paciente con dismetría, coxalgia y claudicación de la marcha, por coxa vara congénita severa, tratada mediante osteotomía valguizante intertrocanterica, fijada con placa bloqueada pediátrica preformada a 130 grados de ángulo cervicodiafisario y epifisiodesis de fémur distal en miembro inferior contralateral.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 11 años que acude desde Argelia a la unidad de traumatología infantil por coxalgia derecha, dismetría y claudicación de la marcha durante toda su infancia. Presenta cojera indolora, hiperlordosis lumbar y marcha tambaleante. A la exploración física existe una limitación de abducción y rotación interna, dismetría de 5 centímetros. En las pruebas de imagen se aprecia un sobrecrecimiento del trocánter mayor, acortamiento del cuello femoral, orientación vertical de la fisis y una deformidad en varo. Tras un estudio clínico y radiográfico completo se diagnostica de coxa vara congénita con desplazamiento secundario del núcleo cefálico y fémur corto congénito. Clínicamente, el paciente fue evaluado por el puntaje de cadera de Larson. Radiográficamente, se llevo a cabo un examen completo con telemetrías de cuerpo entero, usando alzas compensatorias para el estudio de la dismetría, radiografías de ambas caderas en varias proyecciones se tomaron antes de la operación y se compararon con en el seguimiento final, sirviendo de molde para el estudio preoperatorio mediante la aplicación biomédica BONE- NINJA, herramienta informática que utilizamos para una planificación preoperatoria digital en casos complejos de corrección de alineaciones y elongaciones. También utilizamos el estudio con biomodelos 3D para ayudarnos en la planificación, una autentica revolución tecnológica en la planificación. La valoración de la edad ósea se realizó mediante el método Greulich Pyle con radiografía antero-posterior de la muñeca del paciente.

RESULTADOS:

La planificación preoperatoria es básica para el éxito de la cirugía. Los objetivos principales era la corrección del ángulo cervicodiafisario y recuperar la función normal de los músculos abductores. Los resultados clínicos fueron satisfactorios con una puntuación en la escala Larson de cadera de 92.0 puntos. Los resultados radiológicos mostraron que la osteotomía consolidó por completo a los meses, logrando el ángulo de corrección planeado cervico-diafisario de 130 grados gracias a la placa bloqueada preformada. La corrección del ángulo epifisario de Hilgenreiner pasó de 93 grados a 45 grados, siendo la contralateral de 35 grados. Se realizó una epifisiodesis del trocánter mayor con tornillos canulados para cerrar la placa fisaria y detener el sobrecrecimiento vertical del fémur. Conseguimos reducir la dismetría de los 5 centímetros iniciales a 3 centímetros tras la consolidación de la osteotomía. Se planteó en este momento un de la edad osea mediante el método de Greulich Pyle, con el objetivo de realizar una epifisiodesis definitiva del fémur distal contralateral. Resultando una dismetría final de 2 centímetros en el ultimo seguimiento en consulta que tolera con el uso de un alza. Como complicaciones mencionar la rotura de varios tornillos canulados de la placa, cierto colapso de la osteotomía, y un retardo de consolidación. No se registraron más complicaciones intraquirúrgicas ni postoperatorias en nuestro caso. No hubo recurrencias de la enfermedad.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La osteotomía intertrocanterea valguizante del fémurproximal fijado con placa bloqueada puede ser eficaz para el tratamiento de la coxa vara severa del desarrollo. Con una planificación cuidadosa, parece ser un tratamiento fiable y una buena solución para la fijación estable de la osteotomía. La planificación mediante biomodelos y el uso de aplicaciones informáticas como herramientas preoperatoria ayuda a minimizar las complicaciones, permite al cirujano identificar cualquier posible riesgo y ayuda en la estrategia de enfrentarse a potenciales obstáculos.

La coxa vara del desarrollo es una deformidad de la cadera caracterizada por un defecto en la osificación endocondral de la porción medial del cuello femoral, junto con la inclinación vertical progresiva de la placa fisaria femoral proximal y el acortamiento y disminución del ángulo del eje del cuello.

La historia natural de la coxa vara puede ser debilitante a medida que el niño desarrolla discrepancias progresivas en la longitud de las extremidades, dolor, cojera, debilidad del abductor y movimiento restringido. La displasia acetabular secundaria y el genu valgum pueden agravar el problema.

La fijación de la osteotomía se ha logrado mediante varios métodos, incluida la fijación externa y la fijación interna con agujas y cerclaje y una variedad de placas.

Este caso describe una alternativa al tratamiento de la coxa vara tratada con osteotomía en valgo intertrocanterea fijada con una placa de bloqueo valguizante conformada para adquirir un ángulo cervico-diafisario de 130 grados, como alternativa a la diversidad de tratamientos.

Existe un acuerdo general en la literatura de que una osteotomía en valgo a nivel trocantérico o subtrocantérico es el método más definitivo para lograr la corrección quirúrgica, lo que significa la corrección del ángulo del eje del cuello y la reorientación horizontal de la fisis de crecimiento. Sin embargo, no hay consenso en la literatura sobre los detalles

de la osteotomía y el método de fijación. Además, cualquier dispositivo de fijación debe evitar la fisis de crecimiento femoral proximal, dejando una longitud de hueso disponible para una fijación segura.

Incluso en casos de osteotomías bien realizadas, la literatura cita tasas de recurrencia de 30% -70 %. Tras la revisión bibliográfica se determina que el predictor de resultados más consistente y confiable es el ángulo epifisario de Hilgenreiner. Cuando el ángulo epifisario de Hilgenreiner se corrigió a <38 grados, el 95% de los niños no tenían recurrencia de la deformidad en varo. Algunos autores también recomiendan una sobrecorrección de la HEA al valor normal (anatómico) de 22 grados para asegurar que no haya recurrencias. En contraste, no se encontró que el ángulo cefalodiafisario sea un indicador confiable de corrección apropiada. La recurrencia se debió principalmente a la pérdida del ángulo de corrección resultante de una fijación débil.

El ángulo de corrección se determinó utilizando un software de planificación preoperatoria para cirugía traumatólica (Bone Ninja) mediante radiografías AP simples de la pelvis tomada con ambas caderas en rotación neutral. Además de un estudio de imagen mediante TC y RMN que informaron de una epifisiolisis femoral proximal con ensanchamiento e irregularidad de los márgenes en relación con pseudoartrosis. Congruencia de la articulación coxofemoral, sin visualizarse alteraciones de la intensidad de señal que sugiera necrosis de la cabeza femoral. Migración craneal del fémur. Importante también el uso de biomodelos 3D en este tipo de casos para conseguir reproducir los gestos que luego vamos a llevar a cabo en la mesa de operaciones.

La cirugía consistió en un conjunto de pasos quirúrgicos, con manguito de isquemia y antibioterapia prequirúrgica, se colocó en posición decúbito supino en mesa de tracción se practicó una incisión longitudinal lateral sobre fémur proximal. Se practicó una tenotomía de los tendones aductores a nivel proximal, una osteotomía valgizante con placa de angulación 130 grados, para tornillos de 4,5 mm, y fijación fisaria con tornillos para frenado de trocánter mayor. Se cerró por planos.

Se dejó al paciente en descarga durante 8 semanas, y posteriormente se permitió carga parcial 50% con dos muletas durante dos semanas, para pasar a partir de las 12 semanas a carga total asistida. Se colocó alza de 2 centímetros por la disimetría residual.

El siguiente paso tras la osteotomía de cadera derecha, en la que conseguimos disminuir la disimetría inicial de cinco a tres centímetros, se planteó realizar una epifisiodesis definitiva a nivel de fémur distal en la rodilla contralateral, solicitando antes un estudio radiográfico para valorar la edad ósea.

En este segundo tiempo y tras una planificación preparatoria cuidadosa llevamos a cabo una epifisiodesis de fémur distal izquierdo según la técnica de Metizeau con tornillos canulados 7 milímetros rosca parcial larga para condilo medial y tornillo canulado 7 milímetros rosca parcial corta para cóndilo lateral.

Dejamos pendiente un tercer tiempo de cirugía en la cadera para la retirada de material de osteosíntesis, y en un mismo tiempo valorar la disimetría final para plantear elongación ósea si fuese necesaria.

Antes de una operación, el tiempo que el cirujano dedica a una cuidadosa planificación preoperatoria es esencial y, a menudo, determina el éxito o fracaso de la misma. Por lo que siempre recordar que los que fracasan en la planificación, planifican el fracaso.

En resumen, el tipo de osteotomía puede ser menos importante que el logro de la corrección quirúrgica, especialmente la corrección del ángulo cervicodiafisario a uno fisiológico y el ángulo epifisario de Hilgenreiner, la corrección de la anteversión femoral (o retroversión) a unos valores normales, la osificación y curación del fragmento inferomedial defectuoso del cuello femoral, y la reconstitución del mecanismo abductor a través de un equilibrio a una relación normal de longitud-tensión.

CP212

OSTEOTOMÍA DE SUSTRACCIÓN PEDICULAR COMO TRATAMIENTO DEL DESEQUILIBRIO SAGITAL.

Autores: Díaz Martín, P.; Vela Panés, T.; Martínez Najarro, C.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Descripción del tratamiento quirúrgico y resultado posterior de un caso de osteotomía de sustracción pedicular en una paciente multioperada de canal lumbar, para corrección del desequilibrio sagital generado.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente mujer de 65 años con antecedentes de HTA, dislipemia y un IMC de 29, que refiere lumbociatalgia izquierda y claudicación neurógena severa de meses de evolución con escasa mejoría con tratamiento conservador. En la RMN se apreciaba una espondilolistesis degenerativa L4-L5, que condicionaba un canal lumbar estrecho multinivel, por lo que se planteó un tratamiento quirúrgico consistente en laminectomía + artrodesis L2-L5. En el seguimiento, tras una evolución mínimamente favorable, con persistencia de parestias en ambos miembros inferiores, se diagnosticó de

síndrome de nivel adyacente L5-S1, por lo que se amplió la artrodesis un nivel más. En las revisiones de esta última cirugía, refiere exacerbación del dolor y parestias sobre todo en pierna izquierda, y en las que la mielografía y el mieloTC confirmaron atrapamiento de la raíz L5 izquierda por medialización del tornillo pedicular. Nuevamente se sometió a la extracción del tornillo L5 y revisión radicular con escasa mejoría. Tras años de intervenciones quirúrgicas no satisfactorias, nos encontramos ante una paciente multioperada de canal lumbar, con persistencia de clínica de lumbociatalgia izquierda, inclinación anterior del tronco la deambulaciór y una claudicación neurógena severa por dolor. Llegados a esta situación, se plantea la osteotomía se sustracción pedicular para la corrección del desequilibrio sagital. Técnica quirúrgica: La paciente fue colocada en decúbito prono en la mesa quirúrgica radiotransparente con refuerzo torácico y fajas pélvicas, para lograr la curvatura lordótica máxima y evitar la presión abdominal. Se utilizó monitorización neurofisiológica intraoperatoria con potenciales evocados somatosensoriales y motores, y un sistema de recuperación sanguínea separa reducir el sangrado quirúrgico y la transfusión de hemoderivados. Abordaje sobre cicatriz previa y exposición subperióstica bilateral de los tornillos L2 a S1. Retirada de barras y tornillos pediculares a nivel L2. Ampliación de instrumentación con tornillos hasta D10. Resección del arco posterior, apófisis transversas y pedículos de L2. Osteotomía cuerpo anterior L2 y resección disco L1-L2. Maniobra de extensión y cierre de la osteotomía con la mesa quirúrgica. Colocación de barras a nivel D10-S1. Injerto de hueso autólogo propio de la cruentación asociado a hueso de banco.

RESULTADOS:

Tras 1 año desde la cirugía y la pérdida de 15 kilogramos de peso, la paciente refiere una franca mejoría de la claudicación y del dolor lumbar y radicular, con una evidente mejoría estática del perfil sagital, pasando de una lordosis lumbar previa de 20° a una de 55° postquirúrgica.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La deformidad sagital fija de la columna puede ocurrir después de la fijación de fracturas toracolumbares, artrodesis lumbar distal, corrección de escoliosis lumbar, laminectomías multinivel y degeneración severa del disco lumbar como en los casos de espondilitis anquilosante. El objetivo principal del tratamiento quirúrgico de pacientes con un desequilibrio sagital fijo es restablecer dicho equilibrio y hacer que el paciente se mantenga erguido sin tener que flexionar las rodillas o hiperextender las caderas. Una osteotomía de sustracción pedicular (PSO) tiene la ventaja de obtener corrección a través de las 3 columnas desde un abordaje posterior sin alargar la columna anterior, maximizando así el potencial de curación mientras se evita el estiramiento en los vasos principales y vísceras anteriores a la columna vertebral.

CP214

¿RESULTA UN RETO QUIRÚRGICO EL TRATAMIENTO CON FIJADOR EXTERNO DE UN GENU FLEXUM SEVERO EN EDAD PEDIÁTRICA?. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Méndez Sánchez, J.M.; Abad Lara, J.A.; Olcina Meseguer, M.A.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El propósito de este estudio es destacar la relevancia que está adquiriendo la biotecnología en la planificación preoperatoria digital y evaluar la efectividad de las liberaciones posteriores de rodilla y la distracción gradual de la contractura con un fijador externo Ilizarov para corregir y mantener la corrección de contracturas de flexión de rodilla de 40 grados o más.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos desde el hospital Reina Sofía de Córdoba un paciente de 10 años con artrogriposis, que acude a nuestro centro por deformidad bilateral en flexo de rodilla, irreductible y fija a 90 grados, asociada a una marcada osteopenia e imposibilidad para la bipedestación. Se revisaron los registros médicos y la escasa bibliografía en pacientes con artrogriposis y contracturas de flexión de rodilla severa, de 40 grados o más. La duración media del seguimiento fue de 24 meses para esa extremidad, teniendo aún afectada la contralateral. Se utilizó la aplicación biomédica BONE- NINJA, herramienta informática que utilizamos para una planificación preoperatoria digital en casos complejos de corrección de alineaciones y elongaciones. La contractura de flexión de rodilla fue tratada con liberaciones posteriores de tejidos blandos y un fijador externo Ilizarov con un sistema de bisagra para la distracción gradual de la contractura, opción terapéutica no usada de manera habitual y que supone un reto en el tratamiento de este tipo de patología ortopédica infantil. Las liberaciones posteriores de los tejidos blandos incluyeron alargamiento de los isquiotibiales, liberación proximal del gastrocnemio y liberación de la cápsula posterior. Lo más importante es ser conscientes de la complejidad del caso. Nos encontramos ante un paciente con displasia esquelética, con una rigidez establecida a más de 90 grados, de ahí la importancia de una buena planificación preoperatoria de las osteotomías, la colocación correcta del fijador externo, asistidos por las nuevas herramientas digitales.

RESULTADOS:

El tiempo medio de fijación total fue de 97 días, con una tasa de corrección media de 1 grado por día. La contractura de flexión inicial de la rodilla fue de 93 grados antes de la operación, fue corregida a extensión completa. Se llevo a cabo una evaluación gradual, clínica y radiográfica, evaluando el ángulo de flexión de la rodilla, el rango de movimiento, la estabilidad, la presencia de dolor y el índice de curación. En el último seguimiento, la contractura residual fue de 5.3 grados y no existía inestabilidad en ningún plano. El paciente pudo lograr bipedestación monopodal con ayuda de bastones, la extremidad contralateral se encuentra contracturada a 90 grados de manera irreductible y pendiente de cirugía. Las complicaciones incluyeron 2 fracturas (fractura a nivel de fémur distal y de tibia proximal) que fueron resueltas sin complicaciones secundarias, e infección superficial de algunos de los pines del montaje, no se produjeron subluxaciones tibiales, ni recurrencia de la contractura en flexión. Nuestro objetivo es que el paciente consiga una funcionalidad óptima con un balance articular apropiado y la posibilidad de bipedestación monopodal. El tratamiento de las deformidades angulares mediante fijación externa no es un método quirúrgico usado normalmente en edad adulta ni pediátrica para corregir deformidades angulares, y de ahí la importancia de presentarlo a la sociedad científica de traumatólogos andaluces. Normalmente en flexos menores de 30º la indicación de usar yesos seriados, junto a diferentes técnicas quirúrgicas como la elongación de partes blandas u osteotomías de fémur en extensión tratadas mediante placas de bloqueo suelen resolver el caso. Nosotros nos encontrábamos ante un reto por la marcada rigidez y la angulación en flexo severa, más de 90 grados, en una chica en edad pediátrica. A nuestro modo de ver, uno de los puntos clave a la hora de abordar este caso, es la realización de una buena planificación preoperatoria, con herramientas como el Bone-Ninja o el TraumaCad que nos permiten la corrección de deformidades de huesos largos de manera digital, para conseguir restablecer el normoeje de forma más precisa, herramientas que usamos en la planificación para cirugías de realineación y en alargamiento de las extremidades.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Con una planificación cuidadosa, el fijador externo tipo Ilizarov parece ser un tratamiento fiable y una buena solución para el tratamiento del genu flexum severo mediante corrección gradual. - Las fracturas periarticulares y la infección superficial de los pines son las dos complicaciones más frecuentes encontradas en la literatura. - El uso de aplicaciones informáticas como herramientas preoperatoria ayuda a minimizar las complicaciones, permite al cirujano identificar cualquier posible riesgo y ayuda en la estrategia de enfrentarse a potenciales obstáculos.

La artrogriposis es un término descriptivo para pacientes con contracturas articulares múltiples congénitas, afectando aproximadamente a 1 de cada 3.000 nacidos vivos. La amiotrofia es el tipo más común de artrogriposis, y representa aproximadamente un tercio de todos los casos de artrogriposis [11]. Sells et al [4] informaron que los niños con artrogriposis tienen afectación de las extremidades inferiores en la mayoría de los casos; El 84% de los niños con amiotrofia tienen afectación de 4 extremidades, 11% tienen afectación de las extremidades inferiores y 5% tienen afectación de las extremidades superiores. Las deformidades de rodilla ocurren con frecuencia en artrogriposis, con una incidencia entre 38% y 85%, y las contracturas de flexión se informan como más comunes en la mayoría de los estudios [5,8]. Las contracturas de flexión también son más incapacitantes que las contracturas de extensión. Murray y Fixsen [5] descubrieron que solo el 50% de sus pacientes con contracturas de flexión de rodilla consiguieron deambular, mientras que todos los niños con contracturas de extensión lo hicieron. Hoffer et al [9] encontraron que era necesaria una contractura de flexión de rodilla de menos de 20 grados para la deambulación funcional. Las contracturas severas de flexión de la rodilla (40 grados o más) en niños con artrogriposis siguen siendo un problema de tratamiento difícil. Los métodos no quirúrgicos, como los yesos seriados, y las liberaciones aisladas de tejidos blandos, como el alargamiento de los tendones isquiotibiales y las capsulotomías posteriores, solo han demostrado su eficacia en las contracciones leves [6,8]. Las osteotomías de acortamiento / extensión femoral supracondílea pueden corregir de manera aguda la rodilla severa contracturas en flexión, con o sin liberaciones concomitantes de tejidos blandos [8,10]. El uso de estas osteotomías está limitado por el potencial de necrosis de la piel, neuropaxias o distracción vascular. También están limitados por las recurrencias, que progresan a una tasa estimada de 1 grado por mes en niños menores de 12 años [8,10].

Existen pocos informes que detallen el tratamiento de las contracturas de flexión de rodilla artrogripóticas en niños con distracción articular gradual utilizando un fijador externo Ilizarov [11, 13].

Se han propuesto muchos procedimientos quirúrgicos para tratar la deformidad fija de la rodilla en flexión: alargamiento de los isquiotibiales, capsulotomía posterior [1, 8, 24], epifisiodesis de la placa de crecimiento femoral distal, osteotomía femoral o tibial [18, 26], acortamiento femoral [22] o artrodesis. Aunque las liberaciones de tejidos blandos no parecen ser muy eficientes para corregir la deformidad, las osteotomías son efectivas pero cambian la anatomía de la articulación [7]. La liberación masiva de tejidos blandos puede provocar inestabilidad articular [2]. La ley de estrés de tensión de Ilizarov [16] se ha utilizado en múltiples ocasiones según recoge la bibliografía, usando el fijador externo circular para tratar este tipo de deformidades angulares, ya que la tracción controlada gradual en los tejidos vivos crea tensiones que estimulan la regeneración de los mismos.

La corrección con fijador externo de Ilizarov mejora los métodos no quirúrgicos al permitir la corrección gradual de las deformidades complejas de la rodilla [5]. También puede hacer posible el alargamiento del hueso (de 4 a 8 cm) para compensar la desigualdad de la longitud de las piernas y corregir la angulación de valgo o varo concomitantemente [3]. La liberación de tejidos blandos concomitantemente con la aplicación de fijador externo ha sido utilizada con frecuencia por los autores [4, 6, 12, 16]. De acuerdo con la ley de distracción del estrés por tensión, una tasa de 1 mm por día

conduciría a la activación del crecimiento de colágeno [16]. Se sabe que los nervios se regeneran a 1 mm por día después de la axonotmesis. Los vasos retienen actividad proliferativa y generalmente pueden responder a la distracción gradual por crecimiento. La distracción de los músculos es menos predecible [4]. El crecimiento óseo causa un acortamiento relativo de los músculos que conduce a una tendencia sustancial de recurrencia después del tratamiento de las deformidades [3].

El tratamiento de la contractura de rodilla en flexión mediante un marco circular es un método efectivo que también permite la posibilidad de corregir otras deformidades, reducir la articulación y alargar el hueso concomitantemente. La recurrencia de la deformidad parece depender de la etiología y no del tipo de tratamiento en pacientes con deformidades bilaterales. Sin embargo, la tasa relativamente alta de recurrencia de la deformidad aún no se ha resuelto.

La posición de las bisagras se modificó durante las visitas de seguimiento en función de la relación entre los cóndilos femorales y la tibia superior. La distracción se aplicó posteriormente utilizando una o dos barras de distracción. Después de la operación comenzamos a aplicar un antiséptico local dos veces al día para el cuidado de los pines. Los analgésicos se administraron regularmente durante 1 semana después de la operación. El paciente fue examinado cada semana hasta que se logró la corrección, luego cada dos semanas hasta la eliminación del fijador. Se realizó un examen clínico para detectar signos de infección del tracto pin, circulación periférica y sensación subjetiva, además de medición del ángulo de flexión de la rodilla mediante goniómetro. Se obtuvieron radiografías para verificar la sub-luxación y el grado de distracción articular, así como la rarefacción debida al aflojamiento del alfiler. Continuamos la distracción hasta que se logró una sobrecorrección de aproximadamente 5 ° y luego comenzamos a aflojar las bisagras y movilizar la articulación por un período de 1 mes para permitir el movimiento activo y pasivo usando los distractores.

CP215

PSEUDOARTROSIS CONGÉNITA DE CLAVÍCULA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Serrano Rivas, M.; Abad Lara, J.A.; Ruiz Sanz, J.

Centro: Hospital Univeristario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La pseudoartrosis congénita de clavícula es una malformación congénita muy poco habitual. Es debida a un déficit de unión de los 2 centros primarios de osificación de la clavícula en la sexta semana de gestación. Por su baja casuística, en la literatura no existe consenso sobre su manejo; sigue siendo motivo de debate cuáles deben ser las indicaciones de cirugía, a qué edad realizarla y qué técnica quirúrgica emplear (desde una osteosíntesis con placa o agujas de Kirschner hasta una simple reparación perióstica mediante sutura).

Es por ello que presentamos el caso de una pseudoartrosis congénita de clavícula derecha, explicando su manejo y resultado clínico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trataba de una niña de 4 años derivada por una tumoración dolorosa en clavícula derecha. En la exploración se palpaba una masa a nivel del tercio medio de clavícula, sin presentar alteraciones neurovasculares distales. La radiografía confirmó el diagnóstico, sin requerir otras pruebas de imagen. Como presentaba dolor a la movilización del hombro que interfería con su vida diaria se optó por un tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS:

La técnica empleada consistió en un desbridamiento del foco de pseudoartrosis, con aporte de autoinjerto de cresta iliaca y matriz ósea desmineralizada. Se realizó una fijación con una placa de tercio de caña de 5 orificios. Tras la cirugía se realizó inmovilización durante 3 semanas, posteriormente se comenzó con rehabilitación progresiva. Hubo una buena evolución, obteniéndose una consolidación ósea, resolución del dolor preoperatorio y recuperación funcional completa. El tiempo para completar la consolidación radiográfica fue de unos 6 meses. A los dos años se realizó nueva cirugía para retirada de material de osteosíntesis. A los dos años de seguimiento de la segunda cirugía continua asintomática y con funcionalidad normal.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Como conclusiones, la decisión de cirugía se debe individualizar en cada caso. La técnica quirúrgica con aporte de autoinjerto más fijación con placa es una opción eficaz, segura y con buenos resultados; y en nuestro caso no presento ninguna complicación. Debido a las posibles molestias del material de osteosíntesis la mayoría de los autores realizan retirada una vez completada la consolidación ósea.

CP216

GANGLIÓN EN LA ARTICULACIÓN TIBIOPERONEA PROXIMAL COMO CAUSA INUSUAL DE PARESIA AGUDA DEL NERVO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO.**Autores:** Díaz Martín, P.; Traverso Guerrero, L.; Samaniego Regalado, M.**Centro:** Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Descripción de un caso de disfunción motora del nervio ciático poplíteo externo (CPE) de rodilla derecha debido a la compresión por un ganglión en la articulación tibioperonea proximal, el tratamiento quirúrgico y los resultados posteriores.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente varón de 57 años con antecedentes de HTA y epilepsia en tratamiento con enalapril y valproico, derivado a CCEE por parestesias en pie y dificultad para la movilidad del tobillo derecho de 3 semanas de evolución tras un giro brusco de rodilla. Exploración: Parestesias en el dorso del pie con debilidad para la dorsiflexión del tobillo limitada en los últimos grados. Paresia completa del extensor del hallux con flexión activa conservada. Pruebas complementarias: - Rx: gonartrosis tricompartmental grado III - RMN: Ganglión dependiente de la articulación tibioperonea proximal sobre el tejido celular subcutáneo - EMG: disfunción severa del nervio CPE * Dada la clínica y los hallazgos de las pruebas complementarias, se decidió el tratamiento quirúrgico para resección del ganglión y posterior liberación del CPE. Técnica quirúrgica: Bajo raquianestesia, en decúbito supino con isquemia preventiva en raíz de miembro y profilaxis antibiótica intravenosa, se realiza una incisión oblicua sobre el cuello del peroné de 4-5 cms utilizando gafas lupa. Se realiza una disección roma para alcanzar la fascia que recubre el nervio peroneo común y el tejido muscular, resecando así el ganglión en su totalidad. La fascia se incide de manera lineal directamente en línea con el nervio. El nervio se libera del tejido blando circundante, y la incisión en la fascia se prolonga al anillo peroneo, a través del cual el nervio corre para eventualmente dividirse. Se realiza una pequeña incisión en la fascia que recubre el músculo peroneo largo al nivel del anillo, realizando una línea longitudinal a cada lado del anillo. El músculo se distrae hacia delante y el anillo se corta en sección transversal, liberando el nervio del anillo circundante. El lecho quirúrgico se inspecciona en busca de más bandas fasciales atrapadas. Después de que el nervio está totalmente liberado, se sutura el tejido subcutáneo y la piel. Se aplicaron apósitos almohadillados para proteger la herida quirúrgica y se permitió deambular desde el mismo día de la intervención con el uso de muletas o un bastón como ayuda.

RESULTADOS:

Tras el alta hospitalaria con una férula antiequino y tratamiento rehabilitador exhaustivo, el paciente se encuentra asintomático, habiendo recuperado completamente la extensión del hallux y la dorsiflexión del tobillo tras 6 meses postcirugía.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La lesión del nervio ciático poplíteo externo se ha descrito como un problema clínico relativamente común, considerándose como una de las mononeuropatías más frecuentes en la extremidad inferior. En los casos descritos en la bibliografía, la lesión suele ser benigna pero por su naturaleza infiltrante no se debe proceder a una cirugía radical antes de la confirmación mediante pruebas de imagen. Es importante extirpar no solo el ganglión sino el tallo y su base en la articulación tibio-fibular superior para disminuir el riesgo de recurrencia. Existen variaciones anatómicas sobre el nervio peroneo común que pueden contribuir a su atrapamiento. Dellon señaló que es necesario inspeccionar el lecho quirúrgico para detectar dichas variantes anatómicas poco frecuentes y liberarlas para disminuir la posibilidad de fracaso de la cirugía o la recurrencia de los síntomas.

CP219

ALARGAMIENTO MEDIANTE FIJADOR EXTERNO DE MIEMBRO INFERIOR TRAS SECUELA DE EPIFISIOLISIS DE FÉMUR DISTAL.**Autores:** Calvo Lillo, C.; Calcines Santana, M.A.; Díaz Márquez, R.; Martínez Sánchez, M.A.**Centro:** Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y C. Ortopédica del Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Dependiendo del potencial de crecimiento residual, la lesión del cartílago de crecimiento origina menos manifestaciones clínicas cuanto más próximo se encuentre al cierre fisario, pudiendo no precisar tratamiento alguno, o por el contrario precisando una intervención para paliar la discrepancia de longitud del miembro inferior que puede producirse como complicación. Los conceptos de Ilizarov han permitido avanzar considerablemente en el campo de los alargamientos de extremidades y en el de la corrección de deformidades.

Presentamos un caso de alargamiento de miembro inferior mediante el método descrito por Ilizarov, tras epifisiodesis de fémur distal secuela de epifisiolisis tipo II traumática.

MATERIAL Y MÉTODO:

El caso versa sobre una niña de 10 años que sufre atropello en vía pública sufriendo epifisiolisis tipo II de fémur distal izquierdo. Se realiza reducción cerrada y osteosíntesis con tornillo canulado y dos agujas de Kirschner. Tres años después queda establecida una dismetría de 4,5 cm del miembro inferior izquierdo por epifisiodesis distal de fémur. Se decide intervención realizándose osteotomía diafisaria de fémur dejando foco a compresión y fijación mediante Fijador externo Triax. Se procede a distracción y alargamiento de forma gradual de miembro inferior izquierdo. Tras un año de tratamiento se retira fijador externo y se coloca yeso en cremallera inguinomaleolar durante un mes.

RESULTADOS:

Tras la retirada de la férula y transcurrido otro año de seguimiento en consultas externas la paciente se encuentra con una mínima dismetría y consolidación completa de la osteotomía, derivándose al alta tras satisfactoria evolución.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La epifisiodesis de miembros inferiores es una complicación temida de las epifisiolisis. Una vez instaurado un puente fisario clínicamente manifiesto que precisa actuación terapéutica, existe una variedad de métodos quirúrgicos basándose en la magnitud de la dismetría y/o deformidad y en el crecimiento residual. El método de alargamiento gradual mediante osteotomía y utilización de fijación externo es un método seguro y con buenos resultados siempre que se realice un seguimiento estrecho del paciente.

CP220

TRATAMIENTO DE NEUROFIBROMA DE NERVIOS MEDIANO CON INJERTO AUTÓLOGO DEL NERVIOS SURAL.

Autores: Pérez Campos, M.; González Suárez, J.J.; González Cuadrado, A.V.

Centro: Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Exponer el manejo quirúrgico realizado sobre una lesión tumoral de nervio mediano.

El neurofibroma es un tipo frecuente de tumor benigno que tiende a formarse en el interior del propio nervio. Generalmente, el neurofibroma ocupa parcialmente el espesor del nervio y suele provocar síntomas leves, si bien en ocasiones existen lesiones de más tamaño, generando sintomatología de mayor intensidad y haciendo necesario su tratamiento, consistente en la resección de la tumoración.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente mujer de 48 años, que presentaba tumoración en zona anterior de antebrazo derecho, con parestias distales en territorio de nervio mediano de larga evolución y tinnel positivo a la percusión. Tras estudios complementarios se describe lesión tumoral compatible con schwannoma vs neurofibroma y se propone tratamiento quirúrgico. Durante la cirugía, se aprecia tumoración que invade todo el espesor del nervio mediano a nivel del antebrazo distal, por lo que se decide realizar una resección de la misma. Esto provocó un defecto de 5cm, que fue suplido por un injerto nervioso autólogo obtenido a partir de varios fascículos del nervio sural. En la misma cirugía se realizó oponentoplastia con el flexor superficial del cuarto dedo para favorecer una recuperación funcional precoz. El resultado de la anatomía patológica concluyó que se trataba de un neurofibroma que infiltraba la totalidad del nervio.

RESULTADOS:

Tras un periodo de inmovilización de un mes, se inicia rehabilitación recuperando precozmente la oposición del pulgar. A los tres meses de la cirugía la paciente se encuentra sin dolor en miembro intervenido, la movilidad es completa pero aún persiste déficit sensitivo parcial en el territorio mediano, siendo la discriminación táctil entre dos puntos de 1cm en el pulpejo del segundo dedo. Como secuela de la toma de injerto la paciente presenta dolor residual perimaleolar externo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En el tratamiento del neurofibroma del nervio mediano, la oponentoplastia nos permitió realizar una rehabilitación precoz con recuperación de la función del pulgar previa a la reinervación de la musculatura tenar. En el tratamiento de los neurofibromas pueden ser necesarios injertos nerviosos intercalares para salvar el defecto creado por la exéresis de la tumoración.

CP221

MANEJO DE LA TENOSINOVITIS INFECCIOSA DE LA MANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Olofsson Suárez-Bárcena, C.V.; Saadouli Arco, M.; Prado Martín de Lucía, L.**Centro:** Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La tenosinovitis infecciosa es una infección purulenta de la vaina de los tendones en la que habitualmente el patógeno causante, accede a este punto a través de un punto de entrada. Raramente, la infección se produce por diseminación hematógena (asociado a inmunodepresión).

En esta patología, debemos tener en cuenta la anatomía de los tendones flexores, al existir vainas tendinosas digitales (2-3-4º dedos) y digitocarpianas (1º y 5º dedos). Por tanto, ante una tenosinovitis con afectación de estos últimos, es posible la formación de un absceso en herradura, produciéndose extensión proximal de la infección.

Con ayuda de un caso clínico y la literatura disponible, tatar de recalcar la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz, con el fin de evitar la morbilidad y secuelas derivadas de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 19 años con síndrome progeroide atípico, actualmente en tratamiento por síndrome linfoproliferativo polimorfo.

Acude a urgencias por intenso dolor en miembro superior izquierdo, de varios días de evolución, con gran edematización y eritema que han aumentado de forma progresiva, y fiebre de hasta 39°C.

No existe antecedente traumático ni lesiones cutáneas.

Ingresado a cargo de Oncología, con diagnóstico de celulitis, siendo tratado con antibioterapia intravenosa. Tras varios días de evolución, la celulitis comienza a remitir, limitándose a mano y antebrazo, progresando sin embargo el dolor y la inflamación, apareciendo una contractura en flexión de muñeca y mano, que imposibilita la movilidad. Ante la sospecha de tenosinovitis infecciosa, se solicita una ecografía, que informa de la presencia de extensas colecciones en mano y antebrazo, que se comunican a través del compartimento flexor, así como cambios inflamatorios generalizados.

Decidimos realizar un tratamiento quirúrgico urgente, descomprimiendo todos los compartimentos de antebrazo y mano, y abriendo las vainas tendinosas, confirmando los hallazgos ecográficos.

RESULTADOS:

La evolución post operatoria temprana fue satisfactoria, con buena evolución de los síntomas, pero manteniendo, sin embargo, contractura en semiflexión de las articulaciones IFP, que nos impide alcanzar una extensión completa de los dedos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La tenosinovitis infecciosa requiere una pronta sospecha clínica y diagnóstico certero dado el alto riesgo de secuelas funcionales.

Clásicamente los signos de Kanavel definen la presentación clínica típica: semiflexión digital, inflamación fusiforme de la vaina, exceso de sensibilidad y dolor incoercible no focalizado a lo largo de la vaina con la extensión pasiva. Los resultados clínicos a medio largo plazo en esta patología, dependen de múltiples factores, como el estado inicial al diagnóstico, los patógenos causantes y el tiempo que transcurre hasta la intervención quirúrgica. Varios trabajos demuestran aun deficiencia de conocimiento respecto a esta patología en la comunidad médica, pero concluyen la sospecha de presencia de absceso en la vaina tendinosa, debería llevarnos de forma urgente a la cirugía, siendo la antibioterapia complementaria, y no el principal tratamiento.

CP223

AUMENTACIÓN DE TRITANIUM Y ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN EL TRATAMIENTO DE SECUELAS DE FRACTURA DE COTILO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Martínez Pardo, F.; Marante Fuertes, J.; Fernández Alba, G.**Centro:** Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El tratamiento de las secuelas graves por fracturas de acetábulo supone siempre un reto para los cirujanos de cadera. El uso de cotilos y aumentaciones de metal altamente poroso para salvar defectos óseos está cada vez mas extendido. Sus propiedades de osteointegración y fijación estable inicial se han traducido en resultando positivos, aunque no hay estudios aún a largo plazo.

El Tantalio (Trabecular Metal®) se patentó en 1997 y tiene más de 250 publicaciones, pero existen otros materiales en

el mercado con características muy similares y escasos estudios sobre sus resultados.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de una mujer de 34 años que sufría secuelas por luxación de cadera y fractura de acetábulo antiguas, siendo tratada recientemente en nuestro servicio mediante artroplastia total de cadera asociada a aumentación de Titanio altamente poroso (Tritanium®).

La paciente sufrió accidente hace más de 15 años con luxación posterior de cadera izquierda y fractura de pared posterior-techo de cotilo, intervenida mediante reducción abierta y osteosíntesis con tornillos, más placa de reconstrucción de cotilo. Acude a nuestras consultas por dolor crónico de dicha cadera y aportando Rx con signos degenerativos severos, ascenso de dicha cadera con formación de neocotilo. Se completa el estudio mediante TAC, en el que se aprecia además gran desestructuración del acetábulo con defecto tipo IIB de Paprosky. Se planifica la cirugía de recambio de cadera incluyendo aumentación con metal altamente poroso para restituir el centro de rotación de la cadera, conseguir estabilidad desde inicio y favorecer integración de los componentes a pesar del defecto óseo del acetábulo. Tras preparar y fresar el área de defecto acetabular en techo y pared posterior, se fija cuña atornillada de Tritanium Restoratio®, sobre la que se implanta cotilo Trident® atornillado, en la interfaz entre ambos se utiliza cemento de hueso. De esta forma se consiguió restituir el centro de rotación de la cadera que estaba ascendido más de 2 cm. El resto de componentes no difieren a las artroplastias totales convencionales: Polietileno altamente reticulado, cabeza de cerámica y vástago no cementado.

RESULTADOS:

Los resultados clínicos y radiológico inmediatos son satisfactorios, mejorando en la escala Harris de 36 a 90 puntos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En conclusión las opciones técnicas de reconstrucción acetabular con metales altamente poroso presenta resultados alentadores con ventajas importantes frente a las opciones clásicas, como menor uso de aloinjerto, con menor riesgo de infección del mismo, mayor capacidad de integración y por tanto mejores resultados mecánicos, evitando reintervenciones. Pensamos que son necesarios más estudios de los nuevo materiales porosos del mercado y de resultados a más largo plazo.

CP224

ARTRODESIS BILATERAL DE MUÑECA COMO TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS DE MUÑECA.

Autores: López Cuquerella, L.; Liria Ibáñez, A.I.; De la Hoz García, M.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Queremos presentar nuestra experiencia en el tratamiento avanzado de la artrosis bilateral de muñeca, entidad poco reflejada en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de una paciente de 69 años con dolor a nivel de muñeca izquierda de larga data que no mejora a pesar de tratamiento conservador adecuado. Como antecedente personal destaca artrodesis radiocarpiana derecha hace más de 10 años con resultados satisfactorios. En las pruebas de imagen objetivamos artrosis radiocarpiana y mediocarpiana izquierdas avanzadas. Como tratamiento definitivo optamos por una artrodesis total de muñeca izquierda en leve flexión para permitir la higiene perineal.

RESULTADOS:

Radiografías de control satisfactorias con una mejora del dolor de la paciente pasando de un EVA de 7 a un EVA de 2, mejoría en las escalas de funcionalidad con un DASH preoperatorio de 45 a un DASH postquirúrgico de 23.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Dado el grado de artropatía degenerativa izquierda que presenta nuestra paciente como opciones terapéuticas nos quedarían las intervenciones de rescate dónde se incluyen la artrodesis y la artroplastia total de muñeca. A pesar de ser preferible mantener una muñeca con cierto arco de movilidad dada la necesidad de estabilizar sin dolor, la pérdida severa de stock óseo que presenta nuestra paciente y la falta de resultados a largo plazo de los nuevos implantes para artroplastia total de muñeca optamos por la artrodesis total de muñeca.

Destacar la satisfacción de la paciente, pues a pesar de la limitación que presenta la fijación de la articulación, hemos conseguido una muñeca estable e indolora con la que es capaz de realizar sus actividades de la vida diaria.

CP226

HEMIMELIA DEL PERONÉ. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Serrano Rivas, M.; Del Fresno Molina, J.A.; Abad Lara, J.A.**Centro:** Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La hemimelia peroneal es la ausencia congénita, parcial o completa, del peroné. Suele acompañarse de otras alteraciones como hipoplasia o displasia tibial y/o femoral, y deformidades del pie y tobillo (ausencia de los radios laterales, coaliciones tarsales, etc.). Por su amplio espectro de presentación no existe un único tratamiento quirúrgico ideal; éste puede ir desde una reconstrucción del miembro con alargamientos y cirugía correctora del pie, hasta una amputación. La toma de decisiones no es fácil, ya que en la literatura no existen unos criterios consensuados, es importante individualizar cada caso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Es por ello que presentamos el caso de una hemimelia peroneal parcial en un recién nacido, explicando su manejo y resultado clínico. Se trataba de una niña de un mes de edad derivada por una deformidad en la pierna derecha. Tras la valoración se aprecia una hemimelia peroneal parcial, displasia tibial (acortada, incurvación anteromedial), hipoplasia femoral, aplasia del 3º radio y una sindactilia del 1º y 2º dedo del pie. En la primera consulta se informa a la familia de las características de esta patología, y de la necesidad de futuras intervenciones y las posibles secuelas. A los tres años de edad la paciente presenta un acortamiento del miembro inferior derecho de unos 7cm, con antecurvatum tibial; así como una deformidad equinovalgo fijo del tobillo (3c de la clasificación Paley). Se explica las posibilidades quirúrgicas, el procedimiento Paley SUPERankle frente a la amputación de Syme. Tras conocer la familia toda la información, de forma consensuada se decide la amputación. Presentó una buena evolución postoperatoria, sin complicaciones.

RESULTADOS:

Actualmente buena adaptación a la prótesis, la familia esta contenta, y la niña esta realizando su vida diaria con buena funcionalidad.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Como conclusiones, la amputación de Syme es una opción eficaz, segura y con buenos resultados estéticos y funcionales; y que permite disminuir el número de intervenciones y posibles complicaciones que suponen las técnicas de alargamiento y cirugía reconstructiva, consiguiendo la rápida integración del niño en la sociedad. Es muy importante informar de todas las opciones y los resultados esperables a la familia, ya que será la que tomará en última instancia la decisión.

CP227

PSEUDOARTROSIS DE RÓTULA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Cárdenas Grande, E.; Carvajal Pedrosa, C.; Gálvez Pérez, M.J.**Centro:** Hospital Universitario San Cecilio, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La fractura de rótula es una lesión frecuente causada por una contracción excéntrica del aparato extensor o un golpe directo sobre la cara anterior de la rótula. El tratamiento no quirúrgico está indicado para fracturas no desplazadas con un mecanismo extensor intacto, mientras que se recomienda el quirúrgico en aquellas desplazadas o con un escalón articular mayor a 2mm o impotencia del aparato extensor. La reducción anatómica y la fijación con banda de tensión suele ser el tratamiento de elección.

Revisión de la literatura y presentar un caso poco frecuente de pseudoartrosis de rótula.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de una paciente de 57 años que tras golpe directo en la rodilla sufre una fractura de rótula no desplazada que es tratada de forma conservadora, mediante inmovilización en extensión. Tras la retirada de la inmovilización, la paciente comienza con una pauta de tratamiento rehabilitador. A los 6 meses la paciente continúa con dolor y debilidad del miembro que le incapacita en su día a día, por lo que se le realizan pruebas de imagen inicialmente RMN que posteriormente se completa con un TAC donde se observa una no consolidación de la fractura y una osteoporosis por desuso.

RESULTADOS:

La paciente fue intervenida realizándose primero un tiempo artroscópico para visualizar la superficie articular de la rótula y posibles lesiones asociadas, se observó congruencia articular y buen centrado femoropatelar, por lo que se

realizó mediante cirugía abierta un abordaje anterior a la rodilla, identificación del foco de pseudoartrosis, refresco de los bordes, perforaciones, aporte de injerto esponjoso autólogo de cresta iliaca y fijación con 2 tornillos y un cerclaje antidistractor. La evolución fue satisfactoria consiguiéndose la consolidación ósea a los 3 meses de la cirugía. En el momento actual la paciente continua con el material de osteosíntesis, con limitación en los últimos grados de flexión. La incidencia de no unión o retardo de consolidación en las fracturas de rótula es muy rara con una frecuencia en torno al 2.7-12.5 %. El tratamiento de esta complicación se basa en las demandas funcionales del paciente, analizar los factores que llevaron a la no consolidación, el impacto biomecánico de la patelectomía total-parcial y la presencia de un mecanismo extensor intacto para un posterior procedimiento reconstructivo. La banda de tensión anterior con agujas de Kirschner (AK) o tornillos recupera de forma excelente la integridad del aparato extensor en aproximadamente el 86% de los pacientes, con escasas complicaciones. Las complicaciones más frecuentes son la infección, la pérdida de movilidad, problemas relacionados con el material, la refractura y el retardo de consolidación o no consolidación. La fractura transversa de rótula es uno de los patrones de fractura que más frecuentemente (60%) se asocian con pseudoartrosis de rótula por las fuerzas de distracción que ocurren durante la actividad fisiológica del cuádriceps.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La pseudoartrosis de rótula es una complicación poco frecuente. -Las fracturas de rótula transversas tienen más riesgo de pseudoartrosis que otros patrones de fractura. -La banda de tensión anterior y las AK o tornillos es el tratamiento de elección siempre que sea posible. -La patelectomía se relaciona con malos resultados funcionales.

En pacientes con baja demanda funcional se puede plantear el tratamiento conservador.

CP228

CÓRDOBA ESPIRAL TORÁCICO. ENFOQUE QUIRÚRGICO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Sánchez Molina, A.; Fuentes Caparrós, S.; Marín Luján, M.A

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los cordomas son tumores óseos primarios derivados de la notocorda embrionaria. Su localización espinal es muy infrecuente, siéndolo aun más los torácicos. Tienen un carácter inerte pero con una fuerte tendencia a la recurrencia, motivo por el cual tienen mal pronóstico. Pueden llegar a producir metástasis. Actualmente los mejores resultados de tratamiento lo han conseguido la combinación de resección quirúrgica y radioterapia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 42 años sin alergias a medicamentos con antecedentes personales:

-Nefrectomía hace 20 años por hidronefrosis y crisis hipertensivas.

-Intervenido de un sarcoma indiferenciado de partes blandas en región axilar y pectoral menor izquierdo que requirió ampliación de márgenes en agosto del año 2015. Tratado posteriormente con Radioterapia y con seguimiento por parte de oncología de forma semestral.

Exploración física y Pruebas complementarias.

En un TC de revisión de diciembre del 2018 se descubre una tumoración de partes blandas que erosiona cuerpo vertebral de D9 y el pedículo izquierdo y que muestra crecimiento respecto a TC previos (desde el año 2015). Tras completarse estudio de imagen con PET y RMN se presenta caso en comité de tumores del Hospital Reina Sofía de Córdoba y se decide realizar una BAG guiada por TAC con resultados sugerentes de cordoma.

El paciente es incluido en lista de espera quirúrgica en abril del 2019 de forma preferente pero un mes más tarde el paciente comienza con clínica de mielopatía compresiva lentamente progresiva Es finalmente intervenido de forma urgente diferida.

RESULTADOS:

Primer tiempo quirúrgico: abordaje posterior y monitorización neurofisiológica.

-Costotransectomía de T9 y T10 bilateral con liberación de los correspondientes arcos posteriores y pediclectomía de bilateral de T9.

-Instrumentación posterior T6-T12.

-Se visualiza el tumor de color pardusco y blando que engloba y lateraliza la medula hacia la izquierda. Infiltrados la raíz de T9 izquierda y tiene un componente intratorácico. Tras la realizarse la extirpación del tumor fue necesario el legrado del cuerpo vertebral afecto y la liberación digital anterior del cuerpo vertebral dejando aislada la medula con una malla de goretex. Ante la falta de confirmación diagnóstica por parte de Anatomía patológica se decidió posponer la corpectomía para un segundo tiempo.

Segundo tiempo: toracotomía izquierda y monitorización neurofisiológica.

-Corpectomía e implante intersomático.

No pudo ser resecada la 8ª arteria segmentaria izquierda por caída de los potenciales somatosensoriales a pesar de encontrarse infiltrada de tumoración.

Tras esto el paciente fue tratado por el servicio de Oncología radioterapia y por parte de RHB. La clínica neurológica mejoró en el postoperatorio inmediato. Actualmente el paciente permanece asintomático y sin aparente recurrencia.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Todavía no existe un consenso con respecto a las estrategias de tratamiento de este tipo de tumores a nivel espinal. La alta tasa de recurrencia de este tipo de tumores hace que el pronóstico a medio y largo plazo de estos pacientes sea malo. Parece que los nuevos tratamientos en radioterapia y los nuevos tratamientos biológicos nos ofrecen un futuro esperanzador en este tipo de tumores.

CP229

PSEUDOLUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR EN PACIENTE DE 12 AÑOS.

Autores: Cárdenas Grande, E.; Requena Sánchez, F.; Chicón Mesa, M

Centro: Hospital Universitario San Cecilio, Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La clavícula es uno de los huesos más frecuentemente fracturados, con una incidencia del 2.6-5% del total. La epífisis lateral de la clavícula no se osifica hasta los 18 años.

Las fracturas de clavícula y las lesiones acromioclaviculares (AC) en la edad pediátrica son el resultado de un traumatismo directo en la cintura escapular o clavícula, el 85% son causadas en accidentes deportivos.

La luxación AC es más frecuente en adolescentes o adultos, en menores suele ocurrir una pseudoluxación, consiste en una fractura lateral de clavícula con desgarro periótico, al que continúan unidos los ligamento coracoclaviculares (CC).

Rockwood's clasifica las lesiones AC en niños en 6 tipos.

Revisión de la literatura y presentar el caso de un niño con una pseudoluxación AC.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de un niño de 14 años que sufre un traumatismo directo sobre el hombro izquierdo mientras practicaba deporte de impacto. Valorado en urgencias con dolor e impotencia funcional en hombro izquierdo, crepitación y deformidad a nivel de articulación AC. En la radiografía se identifica fractura de tercio lateral de clavícula con supuesta lesión de los ligamentos CC por lo que se planteó tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS:

Se realizó una reducción abierta y fijación de la fractura, observamos que se trataba de una fractura de tercio lateral con desguantamiento perióstico tipo V de Rookwood's, con integridad de los ligamentos CC unidos al periostio. Tras la reducción de la fractura se fijó con 2 agujas de Kirschner (AK) roscadas acromio-claviculares y sutura perióstica. El paciente estuvo inmovilizado con un cabestrillo durante 3 semanas. La consolidación se consiguió a los 3 meses. Como complicación tuvimos una rotura del material debido a una caída previa a la retirada de las AK. En el momento actual el paciente se encuentra asintomático, movilidad completa del hombro y sin limitaciones en sus actividades de la vida diaria. Las pseudoluxaciones AC son una entidad poco frecuente, la mayoría pueden tratarse de forma conservadora. El tipo III es controvertido, se recomienda la intervención en pacientes deportistas, en los tipos IV, V y V se recomienda la cirugía de entrada. No hay evidencia de una técnica superior a otra en cuanto a la cirugía. Suele ser suficiente con la reparación perióstica y la osteosíntesis de la fractura. Hay autores que recomiendan una banda de tensión superior asociada a un refuerzo coracoclavicular.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

-Las lesiones del tercio lateral de la clavícula y la articulación AC son poco frecuentes en niños. -Estas lesiones pueden parecer luxaciones AC, pero frecuentemente asocian fractura de la epífisis lateral. -Las pseudoluxaciones son una entidad poco frecuente que hay que sospechar en niños adolescentes, en muchos casos no es necesaria la cirugía. -En los tipos IV, V y V la indicación es la reducción abierta y la reparación perióstica, asociando o no el refuerzo coracoclavicular. El tipo III está en controversia.

CP231

A PROPÓSITO DE UN CASO. ¿QUÉ SABEMOS SOBRE EL MANEJO DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA BILATERAL?

Autores: Álvarez Fernández, A.; Ruiz-Rico Gómez, J.; Solano Medina, M.A.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La luxación congénita de rodilla es una entidad muy poco frecuente, de etiología desconocida y relacionada posiblemente con posición intrauterina anómala, ausencia o hipoplasia de ligamentos cruzados, fibrosis cuadricipital o factores genéticos.

Presentar el manejo terapéutico de un caso de luxación congénita de rodilla bilateral en un recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODO:

Nos interconsultan desde Neonatología para valoración de una recién nacida a término por presentar deformidad a nivel de miembro inferior bilateral. La madre tenía 30 años y era fumadora de 15 cigarrillos/día, había tenido dos embarazos previos resultando una hija con huesos largos cortos y un hijo con comunicación interventricular perimembranosa restrictiva. Durante los controles ecográficos del embarazo detectaron huesos largos cortos, sin otros hallazgos patológicos. En la exploración física se aprecia abducción de miembros inferiores y marcada deformidad en hiperextensión de ambas rodillas, reductibles hasta 45°; las maniobras de Ortolani y Barlow resultaron negativas, así como resto de exploración física. Se realiza radiografía simple de ambos miembros inferiores apreciándose acabalgamiento de tibia sobre fémur bilateral, diagnosticándose de luxación congénita de rodilla bilateral tipo III de Leveuf y Pais. Una semana más tarde se inicia tratamiento conservador con yeso inguinopédico en flexión, que se cambia semanalmente aumentando la flexión hasta conseguir flexión de 90° en ambas rodillas un mes después. Tras conseguir dicha flexión se coloca arnés de Pavlik continuo durante cuatro semanas más, permitiendo posteriormente su retirada para el aseo de la paciente.

RESULTADOS:

Cuatro meses más tarde se ha corregido la deformidad en la rodilla izquierda, pero la derecha aún presenta cierto grado de subluxación por lo que continúa actualmente con arnés de Pavlik hasta próxima revisión. La luxación congénita de rodilla es una entidad muy poco frecuente, aproximadamente supone un 1% de la incidencia de luxación congénita de cadera, además la bilateralidad oscila en torno al 30%. Su etiología es desconocida aunque podría estar relacionada con la posición intrauterina anómala, ausencia o hipoplasia de los ligamentos cruzados, fibrosis cuadricipital o factores genéticos. Puede aparecer de forma aislada o bien encontrarse acompañada de anomalías, más frecuentemente del sistema musculoesquelético, como puede ser la luxación congénita de cadera o deformidades congénitas de los pies. En el caso presentado, la niña presentaba además retraso en el crecimiento de huesos largos. Se puede llegar al diagnóstico con una adecuada exploración física; no obstante, la realización de una radiografía simple podría ayudar a clasificar la lesión. Se han descrito varios sistemas de clasificación; una de las más utilizadas es la clasificación de Leveuf y Pais, que diferencia entre grados I, II y III según corresponda respectivamente a hiperextensión, subluxación o luxación verdadera con pérdida total de contacto entre superficies articulares en el estudio radiográfico. El inicio precoz del tratamiento parece ser crucial para el resultado del mismo. El tratamiento conservador se realiza generalmente mediante el uso de yesos inguinopédicos seriados, que se modificarán cada semana aumentando el grado de flexión hasta llegar a 90°, momento tras el cual podría sustituirse por un arnés de Pavlik para mantener la flexión de la misma; no obstante no existe consenso respecto al mismo; por ejemplo, algunos autores introducen sistemas de tracción blanda o transesquelética en rodillas no reductibles y otros abogan por el uso exclusivo de arnés de Pavlik en caso de grados leves de luxación. En cuanto al tratamiento quirúrgico se dispone de osteotomías femorales de acortamiento, utilizadas mayormente en casos irreductibles que se diagnostican de forma tardía, o plastias del tendón cuadricipital como pueden ser la plastia pecutánea de resección o la plastia V en Y, reservando esta última para casos más severos y resistentes a la plastia percutánea, que conlleva una menor morbilidad. De cualquier modo, en tratados clásicos apoyan recurrir a la reducción abierta únicamente cuando se tenga constancia del fallo de tratamiento conservador. La escasa incidencia de esta patología dificulta establecer un protocolo de actuación en función del grado de severidad de la lesión, ya que se ha visto en numerosas series de casos el buen resultado del tratamiento conservador. No obstante, es conveniente realizar revisiones periódicas de los pacientes al menos hasta que comiencen la deambulación para la detección precoz del fallo del tratamiento conservador o las recidivas.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento conservador precoz de la luxación de rodilla bilateral mediante el uso de yesos seriados parece una buena opción para conseguir la reducción de la misma, así como el uso de arnés de Pavlik para mantener la corrección lograda; no obstante, dado lo infrecuente de la patología, es difícil establecer un protocolo de actuación estandarizado, por lo que resulta imprescindible individualizar y revisar cada caso.

CP232

REFRACTURA PATOLÓGICA DE FÉMUR EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON QUISTE ÓSEO MONOCAMERAL.**Autores:** Jiménez de Cisneros Gutiérrez, A.; Álvarez Fernández, A.; Solano Medina, M.A.**Centro:** Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Describir un caso clínico de paciente que acudió a nuestro centro por fractura patológica de fémur proximal sobre quiste monocameral no conocido y mostrar sus complicaciones como la que presentó a modo de refractura por recurrencia de quiste, así como su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos a paciente de 8 años de edad que tras traumatismo de baja energía presentó una fractura persubtrocantánea izquierda con imagen sospechosa de quiste óseo unicameral a ese nivel. Se procedió a la intervención quirúrgica consistente en curetaje y envío de muestras a anatomía patológica con posterior relleno con aloinjerto y fijación con clavo-placa pediátrico. Debido a molestias y dolor en la zona, 5 años más tarde de la primera intervención, se realiza extracción de material de osteosíntesis apiciándose en quirófano adelgazamiento de corticales metafisarias decidiéndose retirada de clavo-placa pediátrico, nuevo curetaje e injerto sintético manteniéndolo en descarga. A las 4 semanas vuelve a acudir al centro por aumento de dolor en la zona, evidenciándose refractura patológica.

RESULTADOS:

Tres años después de su última cirugía, el paciente se encuentra asintomático, realizando plena actividad física y con eje mecánico y anatómico dentro de los parámetros normales.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas patológicas por quistes óseo son complicaciones que han de tratarse correctamente dado que poseen el potencial de hacer complicaciones que aumentan la morbilidad del paciente.

CP233

TERAPIA DE ELECTRO ESTIMULACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE OMALGIA SECUNDARIA A SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER.**Autores:** Jiménez de Cisneros Gutiérrez, A.; Hernández Peniche, J.; López Sorroche, E.**Centro:** Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Describir caso clínico de paciente que acudió a nuestro centro con dolor súbito y déficit funcional, como se realizó el diagnóstico diferencial y resultado funcional tras tratamiento conservador con terapia de electro estimulación.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos en esta comunicación a un paciente de 41 años con dolor en el cuello irradiado a brazo izquierdo con dificultad para la movilidad repentino hace dos semanas y pérdida de sensibilidad en zona deltoidea con la elevación del miembro afecto. En la exploración física se evidenció una inspección con notable atrofia de musculatura paraescapular izquierda. En cuanto a la movilidad activa presentaba una flexión de hombro de 90º, abducción 100º, con rotación interna y externa conservada. El balance articular pasivo era ilimitado. El dolor era constante sin cambios con las maniobras de provocación en la exploración propia del hombro. Ante la sospecha de patología neurológica se solicitaron resonancia magnética nuclear y electromiograma que corroboraron la sospecha diagnóstica de síndrome de Parsonage-Turner.

RESULTADOS:

Tras 3 meses de tratamiento conservador con fisioterapia enfocada a fortalecimiento con electroestimulación se ha conseguido de una fuerza en los músculos afectados de 2/5 a 4+/5 con balance articular completo. El dolor cesó a las 2 semanas de inicio de tratamiento con electro estimulación. No existe residuo alguno de la pérdida de sensibilidad que presentó.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Destacar, la importancia del diagnóstico de esta patología por la incapacidad que puede generar por el déficit funcional y dolor crónico residual, siendo la electroestimulación una opción efectiva en el tratamiento de la patología junto a un tratamiento inicial con AINES.

CP234

FRACTURA DE ESCAFOIDES QUE PASA DESAPERCIBIDA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.**Autores:** Samaniego Regalado, M.; Casas Ruiz, M.; Díaz Martín, P.**Centro:** Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La pseudoartrosis de escafoides es una causa de colapso carpal y atrofia de muñeca o muñeca SNAC (scaphoid non-union advanced collapse). Esta patología da lugar a una muñeca dolorosa con una movilidad limitada y a una disminución en la fuerza prensil. Cuando una fractura de escafoides pasa desapercibida o es tratada insatisfactoriamente de manera conservadora, aparece esta entidad y puede alcanzar sus estadios finales. Presentar los resultados clínico-radiológicos de un paciente intervenido de una muñeca SNAC por una fractura de escafoides de 4 años de evolución.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 53 años sin alergias ni enfermedades de interés, trabajador manual. Acude por dolor constante de muñeca derecha tras traumatismo con carga axial sobre la palma de la mano. Como antecedentes, refiere brotes de dolor e inflamación en dicha muñeca a raíz de un traumatismo hace 4 años para el que no realizó seguimiento. A la exploración, deformidad, dolor y limitación para la movilidad activa y pasiva de la articulación radiocarpal derecha. Dolor a la palpación en tabaquera anatómica.

En los estudios de imagen (Rx, RMN y TC) se le diagnosticó de pseudoartrosis de escafoides con necrosis avascular del polo proximal, compatible con muñeca SNAC estadio III.

RESULTADOS:

Tradicionalmente, la artrodesis total de muñeca ha solventado las complicaciones de esta patología a expensas de anular la movilidad de la articulación radiocarpal; sin embargo, existen alternativas como la carpectomía proximal y la artrodesis parcial de muñeca en 4 esquinas (grande, ganchoso, semilunar y piramidal), que permiten conservar mayor movilidad.

Dadas las características de nuestro paciente y la evolución de su patología, realizamos un abordaje longitudinal sobre el tubérculo de Lister para reseca el polo proximal del escafoide y artrodesar el carpo con una placa circular dorsal. 12 semanas después, el paciente presenta mejoría clínica, habiendo conseguido el arco de movilidad previo a la cirugía pero sin dolor.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Aún existe controversia en cuanto a la superioridad de una técnica frente a otra, si bien parece que en jóvenes y en los últimos estadios de la muñeca SNAC está más indicada la artrodesis parcial. Igualmente parece superior en términos de disminución de dolor y restablecimiento de la fuerza en detrimento de la movilidad articular, si se compara con la carpectomía proximal. No obstante, la experiencia del cirujano sigue siendo un pilar fundamental en la decisión final.

CP235

MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO CON FRACTURA PÉLVICA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**Autores:** Álvarez Álvarez, S.; Iglesias García, R.; Collazo Martín, O.; Pérez Hevia, I.**Centro:** Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Las fracturas pélvicas constituyen el 3% de fracturas diagnosticadas en urgencias, independientemente de la edad. Los accidentes de alta energía son la causa más frecuente de fractura pélvica en el adulto joven. Este tipo de lesiones requieren un manejo multidisciplinar por estar asociadas a afectación de otros órganos. Pese a los avances realizados en todas las disciplinas de la medicina la mortalidad asociada a las fracturas del anillo pélvico se estima entorno a un 13,5%.

El shock hipovolémico continúa siendo una de los principales factores que contribuyen al aumento de la mortalidad. Para su control disponemos de opciones como el uso de la fijación externa asociada o no a otras técnicas como el packing preperitoneal y la embolización.

Describir las características epidemiológicas de los pacientes politraumatizados que presentan un diagnóstico de fractura pélvica en un hospital de tercer nivel. Describir las actuaciones realizadas ante una fractura del anillo pélvico en el paciente politraumatizado en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron todos los pacientes al alta de fractura de pelvis de cualquier tipo que presentaban otras lesiones asociadas por las que se consideraba politraumatizado, en el periodo desde el 14 de Julio de 2014 al 31 de octubre de 2018 obteniéndose un total de 64 casos que fueron divididos en dos grupos: fijados y no

fijados durante el ingreso hospitalario. Se recogieron variables sociodemográficas como edad, sexo, grado de dependencia, factores de riesgo (demencia, osteoporosis, neoplasia, fracturas previas), factores de riesgo cardiovascular, anticoagulación y motivo de ingreso; realización de radiografía o escáner, tipo de fractura, resultados analíticos, realización de hemograma a las 24 y 48h, tratamientos realizados, momento y tipo de fijación realizada, reingresos en las 24, 48h y a los 30 días, éxitos, fecha de ingreso y fecha de alta. Los datos son gestionados y analizados con SPSS versión 21.0 y Office Excel 2019, realizándose análisis descriptivo.

RESULTADOS:

Se revisaron 64 pacientes con una edad media de 48,7 (68,5-28,9) años, el 67,2% hombres. El mecanismo lesional más frecuente fue la precipitación (43,8%), seguido del accidente de coche (20,3%), accidente de moto (10,9%) y de bicicleta (9,4%), al igual que los atropellos (9,4%). Se realizó Body TAC al 93,8% y radiografías simples al 100%. Sólo un 3% estaba anticoagulado y el 96,9% era independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Acudieron inmovilizados con colchón de vacío el 78,1%, con cinturón pélvico el 23,4% y sin inmovilización de ningún tipo el 21,9%. Precizaron intubación el 53,1%, fentanilo el 89,1%, fluidoterapia el 79,7%, amins el 32,8%. Se le puso vitamina K al 7,8%, ácido tranexámico al 15,6% y complejo protrombínico al 1,6%. Fueron transfundidos el 61%. Se realizó fijación urgente al 11% y diferida durante el ingreso al 15,7%. Precizaron embolización el 12,5%, siendo la arteria más afectada la obturatriz y sus ramas (98%). En el grupo "Fijados" la media de edad fue de 40,3 años (52,6-27,7), el 78,3% varones, siendo el mecanismo lesional más frecuente el precipitado (52,2%), seguido del accidente de moto (26,1%), accidente de coche (13%) y caída de bicicleta (8,1%). El 87% llegó inmovilizado en colchón de vacío y el 26,1% portaba además cinturón pélvico a su llegada al hospital. La hemoglobina media al ingreso fue de 11,5g/dl (13,7-9,1), a las 24 horas de 9,9g/dl (12-7,8) y precisaron hemoderivados el 69,6%. El 100% precisó ingreso en UVI y amins (noradrenalina) el 43,5%. Se embolizó al 13% (en todos los casos la arteria embolizada fue la arteria obturatriz) y sólo un paciente requirió además packing pélvico preperitoneal por sangrado. Se realizó fijación urgente al 46,2% de los pacientes, siendo el fijador externo con pines a nivel supraacetabular el método más empleado (83,3%). En cuanto a los pacientes a los que se les fijó la pelvis de forma diferida, la técnica de elección fue la Osteosíntesis Percutánea con tornillos canulados (35%), seguida de la reducción abierta y fijación interna (29,41%) y la combinación de ambas (24%). El 12% de los fijados de urgencia no fueron intervenidos de nuevo en el ingreso. No hubo fallecidos entre los pacientes intervenidos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El paciente politraumatizado necesita de un manejo interdisciplinar, que se inicia en el lugar del accidente y culmina con el alta hospitalaria. Debemos hacer autocrítica para implementar este manejo integral en todos los eslabones de la cadena en nuestro hospital. Es necesario instaurar un protocolo de manejo consensuado entre todos los servicios implicados. Es preocupante que 1 de cada 5 pacientes llegue al hospital sin ningún tipo de inmovilización, que tan sólo se coloque cinturón pélvico a un 23% de estos politraumatismos y solo se fijen de urgencia el 11% de ellos. Un mejor manejo quirúrgico de urgencia y durante el ingreso podría mejorar las cifras de estancia media, transfusión y reintroducción a la actividad laboral.

CP237

FRACTURA INFECTADA DE ANTEBRAZO. SOLUCIÓN QUIRÚRGICA.

Autores: Pereira Mosquera, E.; López Pliego, M.; Ammari Sánchez-Villanueva, F.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Exponer el empleo de depósito antibiótico asociado a osteosíntesis en fracturas articulares mediante el empleo de implantes cementados.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 47 años traído por los servicios de emergencias tras accidente de tráfico. Fractura abierta (IIIA de Gustilo) de cubito y radio con afectación de territorio cubital y pérdida de stock óseo. (Fig. 3) En un primer tiempo se procede a DCO mediante FFEE e inicio de antibioterapia IV profiláctica. Tras un completo estudio y planificación preoperatoria se plantea osteosíntesis en dos tiempos con placas cementadas. En un primer tiempo en el que se procede a fijación interna de fractura conminuta de cúbito mediante placa puente técnica MIPO, cubriendo con PMMA-gentamicina + vancomicina la zona central de la placa. Se mantiene el fijador externo. En un segundo tiempo, se procede a implantación de placa LCP de radio distal cementada (PMMA-gentamicina + vancomicina). Aplicación de autoinjerto de cresta ilíaca en foco de fractura. (Fig 1, 2).

RESULTADOS:

El paciente es dado de alta con buena evolución de heridas y buen estado de partes blandas, sin parestesias en territorio cubital. (Fig 4) Transcurridos 12 meses y tras completar rehabilitación, se indica retirada de material de radio para intentar mejorar movilidad y reducir molestias percibidas. (Fig 5, 6) Dos años tras el episodio inicial, el paciente

presenta una excelente recuperación con balance articular de codo completo, supinación completa, pronación de 90º, flexión de 50º y extensión de 70º.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El empleo de antibiótico in situ en el caso de las fracturas abiertas minimiza las tasas de infección postoperatoria y desarrollo de posterior osteomielitis, minimizando el tiempo de recuperación al permitir la osteosíntesis directa. Esta técnica quirúrgica presenta una corta curva de aprendizaje, resultando una solución sencilla y económica a problemas complejos.

CP238

FASCITIS NECROTIZANTE: UN ENEMIGO VELOZ.

Autores: Álvarez Fernández, A.; Fernández Domínguez, J.M.; Tara Abad, C.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La Fascitis Necrotizante es una entidad poco frecuente, que compromete la viabilidad del miembro afecto e incluso la vida del paciente por su rápida progresión, con tasas elevadas de mortalidad y limitación funcional severa.

Revisar el manejo terapéutico de un caso de Fascitis Necrotizante en paciente inmunodeprimido.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 55 años, que acude a la urgencia por inflamación y dolor progresivo en brazo derecho de 48 horas de evolución, no controlado con primer escalón analgésico. El paciente refiere traumatismo previo, sin solución de continuidad y niega fiebre los días previos. Como antecedentes personales de interés presenta Diabetes Mellitus tipo II mal controlada y Enfermedad de la Segunda Motoneurona en tratamiento con Prednisona. A la exploración física, palidez mucocutánea, miembro superior derecho muy edematizado, eritematoso, caliente y muy doloroso a la movilización y a la palpación. Pulsos radial y cubital presentes, sensibilidad conservada. Los parámetros analíticos mostraron aumento de reactantes de fase aguda, leucocitosis y neutrofilia. Se realiza TAC con contraste donde se aprecian varias colecciones de gas a nivel de articulación glenohumeral, y musculatura anterior de brazo y antebrazo. Ante la sospecha de fascitis necrotizante se decide iniciar antibioterapia intravenosa y tratamiento quirúrgico de emergencia mediante liberación de compartimentos anterior y posterior de antebrazo, brazo y túnel del carpo. Los hallazgos intraoperatorios fueron tejidos blandos edematizados, abundantes esfacelos y fascia desvitalizada; se realizó apertura longitudinal de fascia junto con intenso desbridamiento y lavado con suero salino fisiológico. Se tomaron cultivos intraoperatorios donde se aisló *Staphylococcus Aureus* Meticilin Sensible, comenzando terapia antibiótica dirigida. Las curas se repitieron cada 48 horas durante 20 días, consiguiendo cierre sin precisar de injertos. Coincidiendo con el primer desbridamiento el paciente presentó fracaso renal agudo e insuficiencia respiratoria que precisaron de ingreso en UCI hasta en dos ocasiones.

RESULTADOS:

En sucesivas revisiones el paciente no presenta complicaciones locales o sistémicas, con buena cicatrización de herida quirúrgica y rehabilitación del miembro afecto al estado basal. La fascitis necrotizante (FN) pertenece a un grupo poco frecuente de infección de partes blandas. Es una de las entidades que comprometen la viabilidad del miembro afecto e incluso la vida del paciente por su rápida y agresiva progresión¹⁻⁴; de hecho, se estima la tasa de mortalidad en un 23%, y la tasa de limitaciones funcionales severas en un 30%. La FN puede ser polimicrobiana (tipo I) o monomicrobiana (tipo II), siendo más frecuentemente causada por *Streptococcus Pyogenes*; *Staphylococcus Aureus* por el contrario, es un productor poco frecuente de FN monomicrobiana. Se ha descrito en la literatura su asociación con la Diabetes Mellitus mal controlada y la inmunosupresión, condiciones que presentaba nuestro paciente y además, son considerados predictores de mortalidad. Característicamente la clínica consiste en edema de partes blandas, eritema, dolor desproporcionado que no responde a analgesia habitual, hipoestesia, crepitación, flictenas, necrosis dérmica, fiebre elevada, y alteración del estado general; no obstante, no es frecuente encontrar dichos síntomas simultáneamente por lo que es necesario alto índice de sospecha por parte del examinador ya que el retraso en el diagnóstico clínico puede conllevar la pérdida de miembro afecto o incluso la muerte del paciente. El papel de las pruebas de imagen está en debate ya que pueden suponer un retraso en el tratamiento quirúrgico, consistente en apertura longitudinal de la fascia y desbridamiento exhaustivo de tejidos desvitalizados; en nuestro caso se realizó TAC (Tomografía Axial Computerizada) urgente una hora después de la sospecha del cuadro. Se ha intentado estandarizar un sistema de puntuación, también llamado Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fascitis (LRINEC) para diferenciar entre FN y otras infecciones de piel y tejidos blandos no necrotizantes, pero presenta limitaciones por su baja sensibilidad y validez externa por lo que no parece que resulte determinante en la práctica clínica. A pesar del tratamiento precoz, la severidad de la propia enfermedad, las comorbilidades y la necesidad de desbridamientos

continuos requieren con frecuencia la admisión de estos pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos, como ocurrió en el caso presentado.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El diagnóstico clínico y desbridamiento precoz son críticos para prevenir la pérdida del miembro y disminuir la mortalidad de la fascitis necrotizante; un retraso en los mismos de más de 24 horas parece ser el predictor de mortalidad más fiable. Además, es imprescindible comenzar antibioterapia intravenosa de amplio espectro a la espera de los resultados de cultivos intraoperatorios. No obstante, a pesar de los esfuerzos por parte de los profesionales, es una enfermedad muy agresiva, con elevada tasa de mortalidad e incapacidad.

CP239

EXCEPCIONAL CASO DE QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO EN ASTRÁGALO: POSIBILIDAD DE TRATAMIENTO NO INVASIVO.

Autores: Illana Amillano, I.; González Cuadrado, A.V.; Falcón Sánchez, A.; Ballester Alfaro, J.J.

Centro: Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los quistes óseos aneurismáticos (QOA) son tumores benignos, localmente agresivos, cuya localización más frecuente son tibia, fémur y vértebras. La presentación en astrágalo es altamente infrecuente, lo que unido a la posibilidad de fractura en una articulación de carga, incita a valorar cuál debe ser el tratamiento óptimo.

Presentar un caso infrecuente de QOA en astrágalo y el tratamiento escogido como primera opción.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 26 años que consulta por dolor en tobillo de tipo mecánico, de un año de evolución, tras un traumatismo leve. Las radiografías realizadas en Urgencias en dicho episodio muestran una imagen quística en el cuerpo del astrágalo bien delimitada.

En la exploración presenta ligera limitación para la flexión plantar.

Se solicitan resonancia magnética y tomografía computarizada que describen una lesión lítica de 4 cm multitabizada, expansiva, en contacto con cortical y edema óseo asociado, que se corresponde con un QOA.

RESULTADOS:

El tratamiento habitual de los QOA ha sido tradicionalmente el curetaje exhaustivo con colocación de autoinjerto. Esta opción parece ser la más resolutive, con menor tasa de recidiva. Cuando esto fracasa una alternativa es el relleno con cemento.

Con el objetivo de realizar una intervención menos agresiva de entrada, en este caso se realizó una embolización arterial, con dos resultados posibles en mente: la curación, o como paso previo para facilitar la cirugía.

El paciente 10 meses después de la embolización presenta una mejoría clínica significativa.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El hallazgo de un QOA en astrágalo es altamente infrecuente, por lo que aún no hay conclusiones sobre cuál es el tratamiento óptimo.

La embolización arterial es una opción incruenta que consigue ser curativa en ciertos pacientes, y en caso de fracaso facilitaría el acto quirúrgico de un posterior curetaje con autoinjerto.

CP240

MANEJO EN URGENCIAS DE UNA FRACTURA-LUXACIÓN PERIASTRAGALINA ABIERTA.

Autores: Illana Amillano, I.; Carretero Guillén, J.A.; Sotelo Sevillano, F.J.

Centro: Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La luxación periastragalina es una lesión infrecuente que afecta a las articulaciones subastragalina y astragaloescapóidea y supone el 1% de todas las luxaciones. Suele ocurrir en pacientes jóvenes que sufren traumatismos de alta energía. Las luxaciones mediales son las más frecuentes, seguidas de las laterales. En ocasiones

presentan complicaciones como fracturas asociadas o afectación severa de piel y partes blandas. Presentar un caso de luxación periastragalina y su manejo en Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 51 años acude a Urgencias por dolor e impotencia funcional en pie izquierdo tras caída por las escaleras. En la exploración se observa deformidad del mediopié y herida de 10 cm con exposición ósea en borde lateral del mismo. No presenta alteración neurovascular distal.

Las radiografías simples muestran una luxación periastragalina con desplazamiento medial.

RESULTADOS:

En Urgencias se procede a la reducción mediante flexión de rodilla, flexión plantar de tobillo, tracción y eversión del pie. Se limpia exhaustivamente la herida y se sutura. Además se administra antibiótica intravenosa y se coloca férula suropédica.

Una vez reducido, en la tomografía computarizada se observan fracturas conminutas no desplazadas del margen posteromedial del astrágalo y del margen anterolateral del calcáneo. Las articulaciones astragalinas se encuentran indemnes.

La duración de la inmovilización es un tema controvertido, siendo la recomendación general 4 semanas sin apoyo para luxaciones simples y 6 semanas para las que asocian fracturas. Sin embargo, un periodo de inmovilización más corto se relaciona con resultados más favorables en el arco de movilidad definitivo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La reducción inmediata e inmovilización breve, además del control exhaustivo de la piel en casos complejos, es fundamental para evitar complicaciones como la necrosis avascular de astrágalo, artrosis precoz y rigidez.

La realización de TAC tras la reducción es esencial, ya que puede detectar fracturas a menudo inapreciables en radiografías simples, que cambian la actitud terapéutica y pronóstico.

CP241

FRACTURA-LUXACIÓN DE CABEZA DE RADIO ASOCIADA A FRACTURA DEL CAPITELLUM EN NIÑOS.

Autores: Rosillo Soler, J.M.; Moreno Ramírez, F.J.; Bravo Aguilera, C.

Centro: Hospital Infanta Margarita, Caba. Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de cuello de radio representan poco más del 1% de las fracturas pediátricas y constituyen solamente el 4-7 % de todas las fracturas y luxaciones del codo. La edad de presentación oscila entre los 4 y 14 años de edad, con una edad media entre 9 y 10 años.

El pronóstico de esta fractura depende fundamentalmente de la severidad del traumatismo, otras lesiones asociadas del codo y del tipo de tratamiento para lograr la reducción.

Mostrar un caso clínico en el que coexisten ambas fracturas y su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 14 años, que acude al servicio de urgencias por caída desde un quad con traumatismo sobre codo derecho. Presenta dolor e impotencia funcional con gran tumefacción y crepitación en codo derecho. La exploración neurovascular es normal.

En radiografía y TC se observa fractura no desplazada de la región articular del capitellum (tipo II según la clasificación de Bryan & Morrey) y fractura del cuello del radio con luxación posterior de la cabeza radial (tipo III de la clasificación de Judet). Resto sin alteraciones.

RESULTADOS:

Tras intentar la reducción cerrada sin ser satisfactoria, se interviene quirúrgicamente realizándose una reducción abierta de la cabeza del radio a través de un abordaje de Kocher. Se comprueba adecuada reducción de las fracturas y estabilidad de la cabeza del radio, por lo que se decide no realizar fijación interna. Se mantiene inmovilización con férula braquioantebraquial posterior durante 3 semanas, realizando fisioterapia posteriormente. Tras 6 meses de evolución se encuentra realizando vida normal, sin dolor, aunque con limitación para la pronación completa y la extensión del codo de unos 10°.

El tratamiento de este tipo de fracturas debe ser escalonado, desde la inmovilización simple, reducción mediante métodos cerrados, reducción abierta con o sin fijación interna hasta la extirpación de la cúpula radial o parte de la

misma.

La clasificación de Judet describe 4 tipos de fractura del cuello del radio según la angulación de la cabeza radial y su desplazamiento respecto a la diáfisis.

La clasificación de Bryan & Morrey describe 3 tipos de fractura del capitellum.

Las posibles complicaciones de estas fracturas son: necrosis avascular, fusión prematura de la fisis, sinóstosis radiocubital, lesión vasculonerviosa, calcificaciones heterotópicas, infección, pseudoartrosis, pérdida de movilidad.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento cerrado brinda mejores resultados que la reducción abierta. Si la reducción abierta es necesaria se debe evitar tanta fijación interna como sea posible. Se debe tratar la lesión lo antes posible.

Los niños de mayor edad son más propensos a presentar fracturas del cuello del radio con desplazamiento más severo requiriendo reducción abierta de la fractura, lo que resulta en mayor riesgo de peores resultados clínicos. Las complicaciones son más probables cuando se requiere un manejo quirúrgico.

CP242

ABORDAJE POSTERIOR EN FRACTURAS DE MESETA TIBIAL (TIPO V DE SHATKER) CON AFECTACIÓN DE LA COLUMNA POSTERIOR.

Autores: Cárdenas Rebollo, L.; González García, C.; Esteban del Castillo, J.L.; Gómez Palomo, J.M.; Montañez Heredia, E.

Centro: Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentar una opción de tratamiento para fracturas complejas de meseta tibial con fragmento posterior mediante abordaje de Trickey y osteosíntesis con placa especialmente diseñada para dicha ubicación posterior.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente varón de 28 años, valorado tras atropello con impacto en Miembro inferior izquierdo. Dolor deformidad crepitación y hemartros en rodilla izquierda. Neurovascular distal conservado. Se objetiva fractura de meseta tibial en radiografía simple. Se realiza adquisición volumétrica de la rodilla izquierda con reconstrucciones multiplanares en TC, encontrando fractura de meseta tibial de predominio posterior, con múltiples trazos de fractura que afectan a las carillas articulares de ambas mesetas tibiales, respetando su porción anterior, que se mantiene unida a metáfisis y diáfisis. Según clasificación modificada de Schatzker propuesta por M.Kfuri y J. Schatzker, se trata de Fractura de meseta tibial izquierda tipo V PL+PM, esto es, con afectación de plano posterior (P), medial (M) y lateral (L). Técnica quirúrgica: Paciente en posición decúbito prono, aplicando isquemia en miembro inferior. Reducción abierta a través de vía de abordaje de Trickey y fijación interna con placa posterior de tibia específica (synthes) con tornillos bloqueados.

RESULTADOS:

El Postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones neurovasculares o de otra índole, siendo alta a domicilio al quinto día postoperatorio. El paciente comenzó carga parcial a las 3 semanas. Tras nueve semanas se aprecian signos radiográficos de consolidación, el rango de flexo-extensión es de 0-125° y ha comenzado actividades deportivas sin impacto con bicicleta, natación y elíptica.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La fractura de meseta tibial con componente posterior es compleja de comprender y tratar, por lo que resulta crucial un análisis previo mediante tomografía computarizada para su correcta clasificación, elección de vía de abordaje y técnica de reducción y osteosíntesis. En el empleo del abordaje posterior, el decúbito prono permitiría un mejor acceso y comodidad, además de una reducción completamente anatómica del fragmento. Otros abordajes posteriores como el de Lobenhoffer pueden realizarse solo con marcada lateralización del paciente sin llegar al prono, pero en casos complejos ofrece peor visión y control de la fractura. El abordaje posterior en este tipo de fracturas consigue una recuperación temprana y mejorada de la rodilla, buen rango de movimientos y mínimas deformidades. Entre sus desventajas, requiere experiencia técnica y puede suponer un aumento en el tiempo operatorio, pérdida de sangre y hospitalización. Consideramos que la Vía de abordaje de Trickey es una buena opción en fracturas de meseta tibial con afectación posterior, proporciona una visualización directa de la lesión y un espacio quirúrgico suficiente para conseguir una buena fijación, especialmente si se utilizan placas específicamente diseñadas para cara posterior de tibia.

Las fracturas de meseta tibial con fragmento posterior son complejas de clasificar y tratar. Consideramos que el análisis previo con tomografía computarizada de la mayoría de las fracturas de meseta tibial, es crucial para su planificación preoperatoria.

Presentamos el caso de un varón de 28 años con fractura de meseta tibial (tipo V de schatzker) con afectación de la columna posterior, tratada mediante reducción y fijación con placa específica (Synthes), a través de una vía de

abordaje de Trickey. Tras nueve semanas de postoperatorio, el paciente tiene un arco de movilidad de 0-125° y ha comenzado actividades deportivas sin impacto.

Los abordajes posteriores como el de Trickey o el de Lobenhoffer, constituyen una buena opción en las fracturas de meseta tibial con afectación de la columna posterior, permitiendo una visualización directa de la lesión y un espacio quirúrgico suficiente para conseguir una adecuada reducción y fijación, proporcionando buenos resultados, referidos al tiempo de recuperación, funcionalidad y estética.

CP243

CIRUGÍA DE REVISIÓN SIN SUFICIENTE STOCK ÓSEO, INDICACIÓN DEL REEMPLAZO DE FÉMUR TOTAL EN CONDICIONES NO NEOPLÁSICAS.

Autores: Ammari Sánchez-Villanueva, F.; García Guirao, A.; Pérez Pérez, E.; Garcés Castillo, J.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Existen situaciones que pueden generar un déficit significativo en la reserva ósea femoral que condicione un tratamiento ulterior. En ocasiones, tras repetidas cirugías fallidas, el déficit puede determinar que los procedimientos de reconstrucción estándar y las prótesis no sean aplicables. En estos pacientes, el reemplazo de fémur total (RFT) puede ser una opción viable como cirugía de salvamento.

Revisión del reemplazo de fémur total como tratamiento para entidades no oncológicas a propósito de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se expone el caso de una mujer de 76 años que sufre una fractura pertrocanterea de fémur derecho. Como antecedentes personales sufre enfermedad renal crónica grado IIIb y valvulopatía mitral intervenida 7 años antes. Además, refiere una sospecha de osteogénesis imperfecta que no llegó a demostrarse y con historia vital de 3 fracturas. En otro centro se realiza el tratamiento inicial para su fractura: tornillo-placa deslizante (DHS). En sucesivas revisiones se identifica colapso y cut-out a nivel femoral proximal tras 8 meses de evolución. Se ofrece tratamiento mediante reemplazo total de cadera, en cuya cirugía sufre fractura diafisaria conminuta del fémur en toda su longitud tras cementación. La paciente es derivada a nuestro centro, donde se ofrece cirugía de rescate sobre el miembro inferior, explicando las dificultades y riesgos. Se realiza un reemplazo de fémur total mediante prótesis modular tipo GMRS desde implante acetabular hasta rodilla, con componente rotatorio tibial.

RESULTADOS:

En el postoperatorio se indica estabilizador de rodilla, descarga y control de abducción, y se envía a programa de rehabilitación. 3 meses tras la cirugía, y en programa intensivo de rehabilitación, la paciente comienza a realizar carga progresiva. La paciente lleva 16 meses en descarga en ese momento. 3 meses más tarde, 6 meses tras la cirugía, logra autonomía y carga completa con andador. 16 meses tras la última cirugía continúa utilizándolo. No se produjeron complicaciones postoperatorias en relación a herida quirúrgica ni componentes implantados.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Se anticipa que el RFT se convertirá en una opción de rescate cada vez más favorecida en el contexto de una pérdida ósea femoral extensa. La literatura muestra unos resultados efectivos como técnica de recuperación de la extremidad en este tipo de situaciones, por lo que ha incrementado el número de casos en los últimos años. La selección cuidadosa del paciente, técnica quirúrgica, un programa de rehabilitación integral así como el rápido manejo de las complicaciones postoperatorias son esenciales para garantizar resultados óptimos a largo plazo en esta población de pacientes.

CP244

LUXACIÓN ESCAFOCUNEANA Y CALCANEOCUBOIDEA, UNA EXTRALA LUXACIÓN DE MEDIOPIE.

Autores: Ammari Sánchez-Villanueva, F.; Martín Antúnez, J.; Pereira Mosquera, E.; Gómez Haccart, P.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Aunque las luxaciones de mediopie no son presentaciones infrecuentes en centros de tercer nivel, la mayoría de ellas involucran articulaciones de Lisfranc y Chopart. Las luxaciones puras que involucran una de las dos columnas del pie, así como la disrupción de las articulaciones escafo-cuneana y calcaneocuboidea son patrones de luxación extremadamente infrecuentes y apenas descritos. Se sospecha una fuerza deformante de flexión plantar y abducción la responsable de esta lesión.

Reportar un extraño caso sobre una luxación abierta de mediopie con una disrupción a través de articulaciones escafo-cuneana y calcáneo-cuboidea.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente varón de 28 años que sufre accidente de trabajo con un atrapamiento de pie derecho en un sistema de cilindro rotatorio. Tras su traslado a nuestro centro, presenta palidez mucocutánea en dedos de pie con hipoestesia en 1º-3º dedos, relleno capilar y pulsos presentes. Se observa herida en región dorsomedial de pie de unos 12 cm de longitud que expone tejidos subyacentes. En RX se identifica luxación compleja de mediopie con disrupción de articulaciones escafo-cuneana y calcáneo-cuboidea. Tras no ser posible reducción bajo sedación ligera en área de emergencias, se traslada a quirófano, realizando una reducción abierta y fijación interna de luxación mediante tornillos canulados de 4mm fijando articulaciones afectas. Se coloca sistema VAC durante 5 días y férula suropédica posterior inmovilizadora.

RESULTADOS:

Tras descarga 6 semanas e inmovilización suropédica se inicia carga parcial mediante bota tipo Walker. A los 6 meses postoperatorio el paciente tolera carga completa y el pie presenta actitud plantigrada, con una limitación en la movilidad subtalar y limitación de dorsiflexión de 5º. No existen signos clínicos ni radiológicos de inestabilidad.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fuerzas deformantes involucradas en luxaciones de mediopie fueron estudiadas por Main et al, y en este caso se identifica una fuerza de flexión plantar y abducción responsable y secundaria al atrapamiento. Apenas 5 casos aproximados han sido reportados, por lo que el manejo específico es incierto. Si bien ambos tornillos canulados y AK se han utilizado, los principios de reducción congruente y fijación estable serán obligatorias para restaurar la biomecánica del pie.

CP246

REALIZACIÓN DE OSTEOTOMÍA COMPLEJA EN LUXACIÓN NEUROLÓGICA DE CADERA TRAS PLANIFICACIÓN PREQUIRÚRGICA MEDIANTE IMPRESIÓN 3D. SERIE DE CASOS.

Autores: Gómez Haccart, P.; Andrés Cano, P.; López Toajas, A.

Centro: Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La cirugía de rescate de cadera en pacientes pediátricos con parálisis cerebral infantil (PCI) es compleja y agresiva, además de un reto para el cirujano.

El avance que ha supuesto la impresión 3D para la planificación preoperatoria hace que sea un recurso cada vez más utilizado en cirugía ortopédica, especialmente en casos complejos en los que se precisa una visión completa de la zona a intervenir. Su uso permite limitar el uso de la escopia intraoperatoria, así como disminuir el tiempo del acto quirúrgico y las complicaciones asociadas.

Evaluar el uso de la impresión 3D en una cirugía de osteotomía compleja permitiendo el premoldeado de la placa sobre modelo impreso del paciente y determinando el grado y la localización de la osteotomía.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta una serie de 5 casos intervenidos en los últimos 3 años, con antecedentes de PCI. Todos los casos habían sido intervenidos previamente mediante osteotomías femorales o pélvicas, produciéndose un empeoramiento progresivo tanto clínico como radiológico. Se plantea cirugía de rescate mediante osteotomía femoral subtrocanterica valguizante tipo McHale.

Dada la complejidad de los casos, se realiza un "biomodelo" mediante impresión 3D por modelado por deposición fundida (MDF) en material PLA (Ácido Poli-Láctico) del fémur proximal de los pacientes a partir de imágenes de TC. Se utiliza de guía para realizar premoldeado prequirúrgico de la placa LCP e 120º esterilizable ajustándose a cortical externa y para determinar grado de osteotomía necesaria.

RESULTADOS:

La placa premoldeada se ajustó al nivel femoral deseado precisando un tiempo quirúrgico significativamente menor y mínimo control por escopia. Los pacientes presentaron una buena evolución clínica y radiográfica en el seguimiento. Sólo uno de ellos tuvo que ser reintervenido, mediante cirugía de resección femoral proximal tipo Castle.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La realización de modelos impresos en 3D requiere una mayor inversión de tiempo en la rutina preoperatoria y disponer de un equipo de impresión adecuado. Sin embargo, si se cuenta con el equipamiento necesario, es un método

económico que permite realizar una planificación quirúrgica eficaz, disminuir la dosis de radiación intraoperatoria y el tiempo quirúrgico de forma considerable.

CP247

FRACTURA PATOLÓGICA POR PICNODISOSTOSIS EN LA INFANCIA: ¿TRATAMIENTO ORTOPÉDICO O QUIRÚRGICO? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Rodríguez Márquez, A.; Hoyos Perales, I.; Martínez Pardo, F.

Centro: Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La picnodisostosis (PDO) es una enfermedad poco común (1 / 1,7 mill. hab.) que pertenece a las displasias esqueléticas que presentan fragilidad ósea y fracturas frecuentes. El término deriva de 3 vocablos griegos pycnos: denso; dis: defectuoso y osteos: hueso.

La enfermedad se desencadena por una mutación en el gen 1q21 que codifica la catepsina K (CTSK), gen que es crítico para la remodelación ósea y la resorción de proteínas de matriz ósea, lo que resulta en la alteración de la arquitectura trabecular y disposición laminar, y determina la fragilidad ósea en esta enfermedad.

Se presenta el caso de un paciente de 6 años con PDO que presenta una fractura diafisaria de tibia tras un traumatismo de baja energía.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 6 años que acude a urgencias por dolor en pierna izquierda tras sufrir una caída desde su propia altura mientras jugaba.

El paciente presenta importante dolor a la palpación en la cara anterior de tibia izquierda, con impotencia funcional y sin déficit neurovascular distal.

Rx: fx diafisaria 1/3 medio tibia izquierda, no desplazada. Destacan radiológicamente el grosor y densidad de las corticales.

Se decide tratamiento conservador con férula inguinopédica.

RESULTADOS:

El seguimiento en consultas no demostró desplazamiento secundario de la fractura, pero sí una consolidación más lenta de la fractura. A los 3 meses se retiró la férula y se colocó Walker para comenzar a mover rodilla y tobillo. El físico del paciente no permitía la carga parcial con ayuda de muletas, así que se demoró la carga hasta una consolidación suficiente a los 6 meses.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las características radiológicas de la PDO son incremento de la densidad con fragilidad ósea.

La capacidad reparativa del hueso en la PDO está en controversia. Elmore defiende su normalidad, mientras que Meredith refiere una disminución en ella, con retardo de consolidación, basándose en la mayor frecuencia de retardos de consolidación, en la persistencia de líneas radiolúcidas en las fracturas de estrés y en la no captación en la gammagrafía esperada en las fracturas recientes. Otros problemas observados con mayor frecuencia son las fracturas por estrés, refracturas e infecciones óseas posquirúrgicas.

Las fracturas pueden tratarse con las técnicas habituales, si bien la técnica quirúrgica puede ser más ardua dadas las características anómalas del hueso, con un diámetro medular en general más estrecho y corticales más esclerosadas.

CP248

FRACTURA-LUXACIÓN SUBASTRAGALINA MEDIAL A TRAVÉS DEL CUERPO DEL ASTRÁGALO.

Autores: Jiménez Carrasco, C.; López Toajas, A.; Ammari Sánchez-Villanueva, F.; Ganso Pérez, A.

Centro: Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. Cáceres.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas del cuerpo del astrágalo son una entidad poco frecuente. Se definen por su localización posterior al proceso lateral del astrágalo. Típicamente ocurren por alta energía, y suelen observarse lesiones concomitantes. Su incidencia limitada, asociado a sus características intrínsecas (anatomía, aporte sanguíneo, porcentaje de superficie articular) hacen que el manejo de estas fracturas sea muy exigente para obtener un resultado óptimo.

Revisión y reporte de un caso de fractura de cuerpo de astrágalo y luxación subastragalina tratada de manera emergente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se expone el caso de una mujer de 34 años que sufre traumatismo en tobillo derecho tras caída accidental desde un caballo. En la valoración inicial se objetiva una gran tumefacción y deformidad del mismo, sin compromiso neurovascular. Se solicita RX y TC, identificándose una fractura-luxación subastragalina con fractura sagital tipo II de Sneppens, C2 AO/OTA del cuerpo del astrágalo, asociada a una fractura transindesmal de peroné. No es posible reducción bajo sedación ligera y se decide intervención urgente, realizándose reducción abierta mediante abordaje ampliado de peroné y fijación interna del astrágalo con 3 tornillos de compresión sin cabeza. Posteriormente se realiza fijación interna del peroné mediante placa 1/2 caña con 1 tornillo transindesmal. Se colocó férula suropédica.

RESULTADOS:

A las seis semanas se retira férula y se comienza tratamiento rehabilitador. A los 3 meses postquirúrgicos se retira el tornillo transindesmal y se inicia carga. Tras 12 meses de evolución la paciente presenta una evolución clínica favorable, tolerando carga completa y con signo Hawkins + en el control radiológico.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El resultado del tratamiento de las fracturas del cuerpo del astrágalo está relacionado con la severidad de la lesión inicial. El tratamiento con carácter urgente viene determinado por la presencia de luxación, compromiso neurovascular, fractura abierta o partes blandas a tensión. Para realizar la fijación puede ser preciso realizar una osteotomía maleolar que aumente la exposición. En nuestro caso, la presentación concomitante de la fractura transindesmal actuó de un modo similar. Principalmente, la artritis y la necrosis avascular son las complicaciones a evitar. La incidencia de necrosis avascular está determinada por la disrupción de vascularización intrínseca. Puede conseguirse revascularización y evitar la aparición de artritis con una perfecta restauración quirúrgica, por lo que hay que ser muy exigentes en su realización.

CP250

CADERA EN RESORTE MEDIAL POR OSTEOCONDROMA GIGANTE EN TROCÁNTER MENOR.

Autores: Jiménez Carrasco, C.; Nogales Peláez, J.; Ammari Sánchez-Villanueva, F.; Ganso Pérez, A.

Centro: Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. Cáceres.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Reportar un caso clínico sobre un osteocondroma gigante en trocánter menor responsable de cadera en resorte medial y cialgia, así como analizar el correcto manejo de este tipo de lesiones.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se expone el caso de un paciente de 32 años con OMH, intervenido en numerosas ocasiones, que presenta clínica de cialgia franca, cadera en resorte medial y aparición espontánea de hematoma en región musculatura aductora. A la exploración se palpa una masa en la profundidad glútea y se reproduce el resorte con rotaciones de la cadera. Se solicita RX y TC donde se objetiva un osteocondroma con amplia base de implantación en trocánter menor. Dada la importante limitación funcional y la clínica neurológica se propone intervención quirúrgica para su escisión. Mediante un abordaje posterior de cadera se observa lesión y se constata el conflicto con el nervio ciático. Se realiza resección y se envía la muestra (5x4 cm) para estudio anatomopatológico. No realizamos fijación profiláctica femoral. Se permitió carga inmediata en el postoperatorio.

RESULTADOS:

No se observaron complicaciones postoperatorias tras la realización de carga total (sin bastones) en el postoperatorio. La cadera en resorte se resolvió de forma inmediata y la clínica neurológica presentó una mejoría progresiva hasta resolución completa en sucesivas revisiones.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La cadera en resorte medial con clínica de cialgia por osteocondroma en trocánter menor es una entidad poco frecuente, con tan solo dos casos publicados. La debilidad de la cortical medial secundaria a la resección plantea a los autores la duda sobre la fijación profiláctica tras la resección. En nuestro caso fuimos prudentes con la extensión de la misma y no lo consideramos necesario. Sin embargo, más estudios son necesarios para plantear el límite de resección que indique la necesidad de fijación.

CP251

OSTEOCONDROMA DEFORMANTE A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOPERONÉA DISTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Bravo Aguilera, C.; Moreno Ramírez, F.J.; Rosillo Soler, J.M.**Centro:** Hospital Infanta Margarita, Cabra. Córdoba.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Presentar el caso y opciones de tratamiento de un paciente de 16 años con dolor y bloqueo mecánico de la dorsiflexión como consecuencia de un osteocondroma de gran tamaño a nivel de la articulación tibioperonéa distal.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de un varón de 16 años, sin antecedentes de interés ni traumatismo, derivado por tumoración de larga evolución a nivel del tobillo acompañada de dolor durante las actividades deportivas. A la exploración, presenta tumoración dura en cara lateral con crecimiento progresivo durante los últimos años y limitación a 90º para la dorsiflexión de tobillo. En los estudios radiológicos se objetiva una lesión expansiva compatible con un osteocondroma a nivel del borde interóseo de la tibia distal que provoca un adelgazamiento casi completo del peroné y una deformidad plástica del mismo, limitando la rotación de este durante la dorsiflexión y provocando dolor de ritmo mecánico, por lo que se decide su extirpación.

RESULTADOS:

Se realizó una resección en bloque de la lesión mediante un abordaje lateral, respetando el peroné, que si bien de un grosor de escasos 3 mm permanecía íntegro. Se comprobó la integridad de la sindesmosis tibioperonéa. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico. En el postoperatorio cursó favorablemente, autorizándose el apoyo con carga parcial y restricciones deportivas al alta hospitalaria. A los dos años postoperatorios el paciente presenta un balance articular de tobillo completo e indoloro. En las Rx en carga no se aprecian alteraciones angulares y la remodelación del peroné es completa por lo que es dado de alta.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento de elección para un osteocondroma del tobillo sintomático es la resección en bloque del mismo. Dicha cirugía es recomendable realizarla antes de que se produzca el cierre fisario, lo que facilita la remodelación posterior del peroné y un crecimiento óseo normal, evitando deformidades o desalineaciones en el tobillo o complicaciones en la sindesmosis que podrían requerir complejas cirugías posteriores de reconstrucción.

CP253

FRACTURA CONMINUTA OSTEOCONDRALE DE RÓTULA TRAS LUXACIÓN DE ARTICULACIÓN FEMOROPATELAR.**Autores:** Olmedo Palma, J.; Moral Osuna, M.M.; Soler Vasco, B.**Centro:** Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Presentar el caso de un paciente de 25 años que fue diagnosticado inicialmente de una avulsión del tendón cuadricipital, pero que intraquirúrgicamente se descubre una fractura conminuta osteocondral de rótula, sin afectación del aparato extensor.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 25 años que mientras se encontraba paseando a su perro sufre una caída casual. Acude a urgencias con clínica de dolor importante e inflamación sobre rodilla izquierda. Niega antecedentes médicos ni familiares de interés. No alérgico a ninguna medicación. A la exploración: La zona de rodilla y muslo izquierdo presentaban inflamación sin eritema ni aumento de calor respecto al miembro contralateral, aunque sí se acompañaba de un leve hematoma. Piel intacta sin heridas superficiales. La función neurovascular distal del miembro se encontraba conservada. Cuando exploramos el balance articular de la rodilla, el paciente presentaba importante limitación funcional para la extensión de la misma. La flexión se encontraba limitada por el dolor y la inflamación. Al palpar la zona rotuliana aparece crepitación. Solicitamos proyecciones radiográficas en la que encontramos fractura de polo superior de rótula. Se diagnostica de fractura de polo superior de rótula izquierda acompañada de avulsión de tendón cuadricipital. Debido a la limitación funcional del paciente y a su edad, se decide tratamiento quirúrgico. Se inmoviliza con férula inguinopélica, y tras explicarle el procedimiento y firmar el consentimiento informado se ingresa a nuestro cargo. Durante la intervención quirúrgica del paciente realizamos un abordaje anterior de rótula, en el cual observamos la integridad del tendón cuadricipital y rotura del retináculo medial. Se decide ampliar medialmente para poder visualizar la superficie articular de rótula, encontrándonos con una fractura conminuta osteocondral de rótula, no apreciable en las radiografías iniciales. Se decide realizar osteosíntesis de rótula con tornillos de compresión sin

cabeza de 2,7mm subcondrales y cerclaje de descarga debido a la conminución. Se consigue reparar el máximo de superficie articular posible. Finalmente se procede a la reparación del retináculo medial. El paciente presenta buena evolución durante su estancia hospitalaria y buen estado de la herida quirúrgica, por lo que se da de alta inmovilizado con una férula.

RESULTADOS:

Citamos al paciente en consulta para revisión a las dos semanas del tratamiento quirúrgico. Importante mejoría del cuadro clínico y del dolor, no signos de infección y buen aspecto de la herida quirúrgica. En la radiografía no se aprecia movilización del material de osteosíntesis. Inmovilizamos al paciente con una rodillera de control de la flexoextensión. Se procede a nueva revisión del paciente pasado un mes: El paciente ha iniciado carga parcial manteniendo la rodillera de control de la flexoextensión. Actualmente se encuentra realizando ya ejercicios de rehabilitación, consiguiendo un buen balance articular no doloroso. Así mismo, se aprecian signos de consolidación en las radiografías control que solicitamos, sin alteración del material de osteosíntesis. Cicatriz quirúrgica con buen aspecto.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La rótula es el hueso sesamoideo más grande del esqueleto humano. Está integrado en el aparato extensor y es un componente de la articulación femoropatelar. El aparato extensor lo forman el tendón del cuádriceps, la rótula y el tendón rotuliano. En la extensión activa de la rodilla, las fuerzas generadas por el grupo muscular cuádriceps se transfieren convergentemente a través del tendón rotuliano y los retináculos hasta la tuberosidad tibial. La localización anterior de la rótula le permite actuar como fulcro, lo que aumenta el brazo de palanca del cuádriceps. Representan presentan 0.5-1.5% de todas las fracturas, en un rango de edad habitual de entre 30 y 60 años. Como regla general, el mecanismo de la fractura de rótula es un traumatismo directo, sin embargo, las lesiones osteocondrales acompañadas a la fractura como es nuestro caso, suelen estar vinculadas con luxaciones traumáticas de rótula. Este fue el mecanismo de lesión propuesto por Milgram, explicando que esta luxación provoca una fuerza de cizallamiento de la carilla medial patelar contra el borde del cóndilo lateral, mecanismo confirmado por Kennedy en un estudio experimental con 18 rodillas de cadáver humano expuestas a una máquina de estrés. La incidencia de las luxaciones traumáticas es baja, suponiendo un 3% de todas las urgencias traumatológicas. El diagnóstico diferencial se realizaría con el de ruptura del tendón cuádriceps. Para ello, es fundamental una anamnesis y exploración física detalladas. Habitualmente, se identifica la tríada diagnóstica de dolor, incapacidad para la extensión activa de la rodilla y defecto suprarrotuliano. El dolor suele describirse como una sensación inmediata e intensa de desgarro en el momento de la ruptura. La inmovilización de la rodilla en extensión mejora el dolor. A la exploración, el paciente no puede extender la rodilla de forma activa ni mantener la extensión contragravedad. Respecto a las pruebas de imagen, un estudio radiográfico con proyecciones AP y LAT debería ser suficiente. Sin embargo, las lesiones osteocondrales según varios estudios, pasan desapercibidas inicialmente en 1/3 de los casos. Se ponen de manifiesto con el paso del tiempo o intraquirúrgicamente, como ocurrió en nuestro caso. La técnica de osteosíntesis para las fracturas de rótula más común es el cerclaje de banda de tensión. El principio de esta técnica es transformar las fuerzas de distracción en fuerzas de compresión. Además, permite al paciente una movilización temprana. Sin embargo en estas fracturas con lesión osteocondral, como es nuestro caso lo que principalmente se busca es la restauración de la superficie articular. Para ello se recomienda una reducción y fijación interna, como lo es osteosíntesis con tornillos canulados. Dentro de las complicaciones, la rigidez articular que es la más frecuente después de una fractura de rótula. Por lo que se hace necesario establecer un programa de rehabilitación una vez que las condiciones del paciente así lo permitan, muy especialmente para reducir el grado de limitación articular y favorecer la recuperación del cartílago articular. La incidencia de la osteoartritis patelofemoral es difícil de determinar a partir de la literatura y solo hay pocos estudios disponibles con resultados bastante controvertidos. Se dice que puede ascender hasta un 8.5% de los casos, en los que la restauración de la superficie articular será el mejor pronóstico a tener en cuenta.

CP255

AUTOINJERTO NERVIOSO EN PACIENTE CON LESIÓN DE RAMA DE NERVO MEDIANO REFRACTARIA A LA LIBERACIÓN QUIRÚRGICA DEL TÚNER DEL CARPO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Martínez Espinosa, M.; Raya Roldán, D.; Gallardo Ripoll, D.

Centro: Hospital de Poniente, El Ejido, Almería. Hospital de Poniente.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La reconstrucción nerviosa a través de los autoinjertos, sigue siendo el patrón oro en muchos casos de lesión, con resultados similares a la reparación primaria. El objetivo de esta técnica es el de conseguir una reparación libre de tensión. Entre las indicaciones, cabe destacar, cuando hay fibrosis en un determinado segmento por una lesión, cuando hay una brecha entre los bordes mayor de 4cm o si se requiere elongar el nervio más de un 10% para conseguir unir los extremos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de una paciente de 56 años de edad, trabajadora manual y diagnosticada de compresión del nervio mediano a nivel del túnel del carpo y por el que fue intervenida quirúrgicamente dos años antes.

Acude a consulta refiriendo anestesia en territorio de 3º dedo, que le despierta por la noche y le impide su actividad laboral normal.

El estudio EMG confirma compresión del nervio o nula conductividad en zona de 3º dedo de la mano. Se realiza intervención quirúrgica con estudio electroneurográfico in situ donde se comprueba falta total de conducción de rama de nervio mediano a la salida del túnel. Se realiza exéresis de la zona no conductiva y se realiza autoinjerto nervioso con el nervio antebraquial cutáneo medial.

RESULTADOS:

Tras realizar la anastomosis nerviosa, se protege la sutura con envoltura venosa y con grasa de zona hipotenar, además de la colocación de férula de yeso durante 10 días.

Tras dos meses de seguimiento, la paciente refiere notar parestesias en pulpejo de 3º dedo, signo de conductividad nerviosa junto con mejoras en los registros electroneurográficos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En determinados casos de lesión nerviosa, el uso de autoinjertos nerviosos es un aspecto a considerar y tener en cuenta y para ello además es importante seguir las siguientes directrices.

- La longitud de injerto ha de ser mayor a la máxima del defecto a tratar
 - No dejar tensión en la anastomosis
 - Utilizar sutura no reabsorbible de 10-0
 - Epineuro coaptado con epineuro
- Inmovilización al menos durante 8 días.

CP257

PLASTIA DE REVISIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR ASOCIADA A PLASTIA DE LIGAMENTO ANTEROLATERAL Y PLASTIA DE LIGAMENTO COLATERAL LATERAL CON TENDÓN DE AQUILES.

Autores: Espejo Reina, M.J.; Espejo Reina, A.; Espejo Baena, A.

Centro: Hospital de Antequera. Hospital Vithas Parque San Antonio, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentar una plastia de revisión de Ligamento Cruzado Anterior (LCA) asociada a una plastia de Ligamento Anterolateral (LAL) y reconstrucción del ligamento colateral lateral (LLE) con aloinjerto de tendón de Aquiles.

MATERIAL Y MÉTODO:

La técnica presenta las siguientes características:

- Uso de aloinjerto de tendón de Aquiles.
- Técnica de realización de túneles fuera-dentro.
- Mismo túnel femoral para las tres plastias.
- Fijación de la plastia en tibia con tornillo interferencial sobre la pastilla ósea
- Fijación femoral con tornillo interferencial, que sirve para las tres plastias.
- Fijación del LAL en tibia con tornillo interferencial.
- Fijación del LLE en peroné con tornillo interferencial.

RESULTADOS:

Es conocido que uno de los motivos de fracaso de una plastia de LCA es la lesión ligamentosa periférica que pasa desapercibida y no es tratada.

Por otra parte, una de las indicaciones para la realización de un refuerzo extraarticular anterolateral son, precisamente, la cirugía de revisión y la presencia de pivot shift evidente.

La técnica que se presenta cumple los requisitos necesarios para el tratamiento de este tipo de lesiones, aportando las ventajas de utilizar un único injerto para las tres plastias, así como un único túnel femoral para la fijación de las mismas.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Utilizando la técnica presentada, es posible una reconstrucción multiligamentaria de LCA, LAL y LLE con el uso de un único injerto y un único túnel femoral.

CP258

REALIZACIÓN DE COLGAJO BILOBULADO DE ZITELLI PARA COBERTURA DE DEFECTO CUTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Martínez Espinosa, M.; González Gutiérrez, J.; Gallardo Ripoll, D.**Centro:** Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La definición de colgajo, es la de un segmento de tejido que es transferido junto con su aporte sanguíneo hasta la zona donante. Es una herramienta quirúrgica a la que se puede recurrir en traumatología en caso de heridas de alta energía, con exposición de tejidos y cuando es imposible asegurar una adecuada cobertura mediante métodos simples. Presentamos el caso de una paciente con una úlcera en zona dorsal de la mano tras sufrir una quemadura, con exposición de tendinosa.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se posiciona a la paciente en decúbito supino, isquemia de la extremidad afecta, situada sobre una mesa de mano. Se realiza la exéresis de la zona ulcerosa (5 cm de diámetro) Se diseña un primer colgajo a 45 grados de la lesión y de aspecto semicircular y otro a 45 grados de este (90º con respecto al defecto que se quiere cubrir). Este segundo lóbulo, más pequeño que el primero.

Se realiza una traslación cutánea para conseguir cubrir el defecto y y se sutura con monofilamento de 3-0.

RESULTADOS:

La herida evolucionó de forma satisfactoria, sin signos de necrosis de los bordes y con una muy buena cicatrización. A las 3 semanas se retira la sutura, permitiendo la movilidad desde la salida de quirófano, no así la carga de peso hasta pasado el mes de la cirugía.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El colgajo bilobulado, fue descrito por Esser en 1918 para reconstrucción de lesiones en ala nasal y la punta. Zitelli en 1989 definió el dibujo y los ángulos del mismo. Fue inicialmente usado en cirugía oncológica, en carcinomas basocelulares nasales, y es de ahí donde es trasladado a otras regiones del cuerpo y defectos de diferente magnitud. Aporta una cobertura adyacente del defecto con una mejor distribución de la tensión y contribuye a disminuir las distorsiones por lo que es una herramienta a tener en cuenta en traumatología cuando uno se enfrenta a defectos que no se pueden cubrir de manera simple.

CP260

UN CASO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA FRACTURA DE PALA ILÍACA.**Autores:** Aguilar Martínez, A.J.; Amador Gámez, A.; Antón de Zafra, V.**Centro:** Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Las fracturas de pala ilíaca aisladas son raras y sus indicaciones quirúrgicas son pocas, algunas de las indicaciones son fracturas muy desplazadas, fracturas inestables y fracturas abiertas entre otras. Normalmente asocian otras fracturas que sí pueden afectar al anillo pélvico haciendo que este pueda ser inestable y aumentando la posibilidad de indicación quirúrgica.

Presentar el procedimiento quirúrgico de un paciente politraumatizado con una fractura de pala ilíaca multifragmentaria.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 52 años, varón, que tras un accidente de tráfico con una motocicleta cayó al suelo y se golpeó con el quitamiedos. Además de otras lesiones, presentaba una fractura multifragmentaria de pala ilíaca derecha con gran hematoma diagnosticada por tomografía axial computerizada (TAC) tras estabilización hemodinámica previa del paciente.

La cirugía consistió en un abordaje de Smith Petersen, para localizar el nervio femoro- cutáneo que se encontraba lesionado, conservando únicamente algunas fibras axonales. Se identificaron múltiples fragmentos de hueso que se reconstruyeron para conformar la pala ilíaca. Se realizó una fijación de los fragmentos con tornillos interfragmentarios de 3,5 mm, fijación con una placa de 6 agujeros de 3,5 mm para el fragmento posterolateral y con una placa de 5 agujeros de 3,5 mm para los fragmentos anterolaterales y una fijación con una placa en tercio de caña de 5 agujeros moldeada colocada bajo la placa anterior para anclar un fragmento del anillo pélvico anterolateral. Finalmente se colocó un tornillo canulado de 7,3 mm de 95 mm de longitud iliosacro. Se realizó un control bajo escopia satisfactorio.

RESULTADOS:

La cirugía transcurrió sin complicaciones. El paciente actualmente deambula sin molestias en la zona y controla el dolor con analgésicos como paracetamol o ibuprofeno a demanda.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En las fracturas de pala ilíaca, debido a su mecanismo de producción (generalmente, traumatismos de alta energía) y a su proximidad anatómica con el anillo pélvico, pueden estar asociadas a lesiones de estructuras vasculonerviosas y de órganos abdominopélvicos circundantes que aumentan su gravedad.

Conflictos de intereses: No.

CP261

RESECCIÓN DEL ESCAFOIDES EN LA MUÑECA SNAC.

Autores: De Torres de Urrea, F.J.(1).; Hernández Cortés, P.(2).; Giménez de Cisneros Gutiérrez, A (3).

Centro: (1) Hospital Mediterráneo. Almería. (2) Hospital PTS, Granada. (3). Complejo Hospitalario Torrecárdeas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Distintos procedimientos se han elaborado para tratar con peores o mejores resultados las secuelas de las pseudoartrosis de escafoides, o lo que se denomina muñeca SNAC. Entre ellas tenemos la resección de la primera hilera del carpo, la artrodesis cuatro esquinas, la artrodesis total y algunas otras menos usadas. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados clínicos y funcionales de la resección simple del escafoides con la artrodesis cuatro esquinas.

MATERIAL Y MÉTODO:

9 pacientes fueron intervenidos mediante la técnica de extirpación total o parcial del escafoides carpiano en muñeca SNAC III. A todos los casos se le ha realizado un seguimiento prospectivo con 5 años de media (1-14 años). En 7 de los pacientes se realizó una extirpación total y en 2 casos fue parcial. La técnica empleada se ha realizado en 8 casos por un abordaje dorsal y en un caso por una vía volar. En un caso se fijó un fragmento del escafoides al semilunar y en el resto no se colocó ningún implante. Los parámetros de estudio han sido la valoración del dolor según escala EVA, resultado funcional, satisfacción con miniDASH y el tiempo que tardaron en incorporarse a su actividad habitual.

RESULTADOS:

Un solo paciente precisó una nueva intervención quirúrgica para artrodesar el semilunar al hueso grande. El resto se incorporaron a su actividad laboral habitual. Comparado con la artrodesis de cuatro esquinas, se observaron mejores resultados funcionales y no se precisó esperar a la consolidación de la artrodesis para realizar sus actividades cotidianas.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Aunque las técnicas de rescate tienen resultados similares, esta técnica tiene la ventaja de no necesitar ningún implante. Es verdad que existen cambios radiográficos importantes a nivel de la articulación luno – hueso grande, pero no hemos observado que se produzca un empeoramiento de los resultados obtenidos. Creemos que es una opción válida en el tratamiento de estas lesiones.

CP262

A PROPÓSITO DE UN CASO: FRACTURA DE HUESO GANCHOSO.

Autores: Martín Moya, M.A.; Verdejo Parrilla, M.; Passini Sánchez, J.

Centro: Hospital de Antequera, Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas del hueso ganchoso representan sólo un 2% de las fracturas del carpo, siendo la mayor parte fracturas del gancho y una minoría del cuerpo. En ocasiones, son difíciles de visualizar en radiografía convencional, por lo que la TC puede ser útil en pacientes sintomáticos.

Presentar un caso clínico de fractura de hueso ganchoso, su manejo en urgencias, tratamiento y seguimiento posterior y revisión bibliográfica sobre el tema.

MATERIAL Y MÉTODO:

Exponemos el caso de un paciente varón de 29 años que acude a Urgencias tras caída accidental por escaleras con

traumatismo con compresión axial sobre cabeza de 4º y 5º metacarpianos. Presenta gran tumefacción de la mano izquierda además de dolor en carpo y eminencia hipotenar. Ante la importante clínica que presenta, se decide realizar radiografías simples en las que se observan imágenes sugestivas de fractura de hueso ganchoso. Se decide completar estudio con TC que confirma la presencia de fractura conminuta de hueso ganchoso con desplazamiento palmar del gancho y cara palmar del cuerpo y dorsal del resto del cuerpo, asociado a fractura intraarticular de la base del 4º metacarpiano con desplazamiento dorsal del fragmento mayor. Se decide tratamiento quirúrgico diferido mediante reducción abierta con abordaje dorsal sobre ganchoso (bajo control radiológico) y fijación con 3 agujas de Kirschner (una aguja entre bases de 4º y 5º metacarpianos y dos agujas entre el cuerpo del ganchoso y el hueso grande) sin traspasar cortical volar por riesgo de iatrogenia vasculonerviosa. Se comprueba correcta reducción y estabilidad bajo fluoroscopia. Se inmoviliza con férula de yeso antebraquial palmar.

RESULTADOS:

Se llevan a cabo revisiones clínicas y radiográficas a las 2, 5 (en la que se retiran agujas y la férula) y 12 semanas comprobando ausencia de lesión vasculonerviosa, ausencia de dolor, correcta reducción y completa recuperación funcional tras tratamiento rehabilitador.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas del cuerpo del hueso ganchoso son infrecuentes. La sospecha clínica es primordial en su diagnóstico al pasar desapercibidas en pruebas de imagen convencionales. En los casos de fracturas conminutas y desplazadas, la osteosíntesis con agujas de Kirschner o tornillos es la técnica de elección. En el caso presentado se ha obtenido un resultado clínico y funcional óptimo.

CP263

LUXACIÓN VOLAR DEL CARPO TRAS REDUCCIÓN ABIERTA Y OSTEOSÍNTESIS CON PLACA VOLAR DE FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE RADIO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS: CLAVES PARA PREVENIRLO.

Autores: Cabeza García, C.; Moral Osuna, M.; Galindo Flores, M.F.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El objetivo es describir 2 casos clínicos acontecidos en nuestro centro en 2019 en los que se realizó una cirugía de revisión tras presentar una subluxación volar del carpo en los meses posteriores a la cirugía inicial y mostrar los resultados obtenidos, así como desarrollar los mecanismos patológicos, diagnóstico y manejo terapéutico relacionado con este tipo de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO:

Primer caso: paciente de 53 años que presenta una fractura intraarticular volar de radio distal izquierdo y que es intervenida dos días más tarde mediante reducción abierta y fijación interna con placa volar. En el control postoperatorio se sospecha que el fragmento articular del borde volar (volar rim) no esté correctamente fijado. En la revisión a los dos meses se apreció subluxación volar del carpo postquirúrgica (TC: desplazamiento volar de fragmento óseo de inserción del ligamento radiolunar corto con luxación volar secundaria del carpo), además de compresión del nervio mediano con parestesias y Tinnel +. Se realizó cirugía de revisión en la que se realizó liberación ampliada del nervio mediano, osteotomía del radio y se retiró la placa volar, se redujo la angulación volar (volar tilt) con el ligamento radiolunar corto y se fijó con dos tornillos a compresión de 2,7 mm, utilizando injerto óseo autólogo. Segundo caso: paciente de 50 años que presenta una fractura intraarticular volar de radio distal que es intervenida mediante reducción abierta y fijación interna con placa volar a los dos días. En la revisión al mes se observó desplazamiento secundario del fragmento volar y subluxación radiocarpiana. Se planteó cirugía de revisión en la que se realizó osteotomía del radio, se retiró el material de osteosíntesis y se realizó nueva reducción abierta y fijación interna con placa volar Geminus® con gancho para la superficie volar radial.

RESULTADOS:

En el caso 1 se realizó inmovilización con férula antebraquiopalmar durante 5 semanas. A las 5 semanas la paciente no refiere dolor ni parestesias y el test de Tinnel es negativo, con consolidación de la osteotomía en la radiografía. En el caso 2 se realizó inmovilización con férula antebraquiopalmar durante 4 semanas. A las 4 semanas se observa correcta reducción de la fractura y posicionamiento del material de osteosíntesis. A los dos meses el paciente está realizando rehabilitación y se observa consolidación de la fractura.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas de extremo distal de radio son de las más frecuentes que afectan al miembro superior. Hay diferentes tipos de fracturas de radio distal dependiendo del mecanismo lesional y de las estructuras anatómicas afectadas. Por ejemplo, las fracturas de radio distal causadas por traumatismos de alta energía pueden asociarse a daños de tejidos blandos, tendones, ligamentos y estructuras vasculonerviosas que frecuentemente precisan de tratamiento

emergente. El uso de placas bloqueadas volares es uno de los tratamientos de elección para las fracturas articulares de radio distal. Sin embargo, hay lesiones en las que una de las limitaciones que presentan las placas es la dificultad de estabilizar y fijar pequeños fragmentos articulares que generalmente conllevan lesiones ligamentosas asociadas, lo que convierte estas fracturas en lesiones complejas de tratar. La pérdida de reducción puede dar lugar a una incongruencia articular y una sucesiva subluxación radiocarpiana. El borde volar de la fosa semilunar es el sector de la superficie articular responsable de prevenir la traslación volar del carpo. Además, dicho margen volar es el punto de anclaje del ligamento radiolunar corto, de vital importancia en la estabilidad carpiana. Debido a lo anterior y a la particular anatomía del margen radial volar, que no es recta sino que se inclina volarmente de radial a cubital, las placas usadas habitualmente en las fracturas de radio distal no capturan adecuadamente los márgenes corticales volares semilunares y escafoideos, dejando el margen volar con un soporte inadecuado. Se suman por tanto varios factores, como la dificultad de fijar estos pequeños fragmentos articulares, su particular anatomía y la poco favorable biomecánica de las fuerzas a la que están sometidos estas fracturas, que convierten este tipo de lesión en todo un reto a tratar. Por consiguiente, si no se sintetiza correctamente el fragmento del borde volar es posible que se produzca una subluxación volar. El fracaso de la osteosíntesis inicial en los dos casos acontecidos en nuestro centro se debe a las circunstancias explicadas anteriormente, por lo que asumimos que para que se mantenga una correcta reducción de la fractura hay que tener en cuenta los posibles fragmentos de fractura del borde volar (volar rim) y su relación con el ligamento radiolunar corto. Debido a que en ocasiones con una placa volar no es posible sintetizar el fragmento al ser muy pequeño o distal, se puede utilizar de manera aguda un gancho a la placa o tornillos de compresión para fijar este fragmento, asegurando de esa forma la estabilidad y la congruencia articular.

Presentamos en esta comunicación dos casos de pacientes de 53 y 50 años respectivamente que han sufrido fractura-luxación intraarticular de radio distal con desplazamiento volar en los que se realizó reducción abierta y fijación interna con placa volar. En ambos casos se apreció una subluxación volar del carpo a las semanas de la cirugía, por lo que se decidió reintervenirlos para realizar una correcta fijación. En el caso 1 se realizó osteotomía de radio y extracción de la placa volar, liberación ampliada del nervio mediano que estaba comprimido por la subluxación y se corrigió la angulación volar (volar tilt), fijándolo con dos tornillos a compresión de 2,7mm. En el caso 2 se realizó osteotomía de radio, extracción de la placa volar y nueva reducción abierta y fijación interna con placa Geminus® con gancho específico para los fragmentos del borde volar (volar rim). En ambos casos se realizó una inmovilización con férula antebraquiopalmar que se retiró a las 4-5 semanas, observando una corrección de la subluxación radiocarpiana, reducción de la fractura y mejoría del dolor. Es importante tener en cuenta la particular anatomía y biomecánica del borde volar del radio en las fracturas de radio distal que afectan a éste, entendiendo las limitaciones que presentan algunas de las placas que se utilizan más frecuentemente para poder tratar correctamente este tipo de lesiones.

CP265

NIVELES DE FIJACIÓN EN ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA PARA EVITAR EL FENÓMENO DE ADDING IN DISTAL.

Autores: Delgado Navarro ,V.; Schuller Arteaga, J.A.; Quintana Cruz, J.J.

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Se conoce como fenómeno de “adding on” distal al desarrollo de nuevas curvas en la columna no fijada tras la realización de una fusión o artrodesis de columna escoliótica.

Para evitar la aparición de esta complicación debemos realizar una buena elección de los niveles a fijar, para lo cual debemos conocer los siguientes términos:

- Vértebra neutra (VN): vértebra sin evidencia de rotación en la proyección AP. Pedículos en posición normal y simétricos.
- Vértebra estable (VE): vértebra más proximal (torácica baja o lumbar) atravesada por la línea vertical centro-sacra.
- Distancia vertebral (DV): primera vértebra proximal al sacro cuya distancia a la línea central vertical del sacro es superior a 10 mm.

Presentamos el caso de una paciente de 16 años intervenida de escoliosis tipo 6CN de Lenke con desarrollo de fenómeno de adding on distal tras la realización de artrodesis toracolumbar, con el objetivo de estudiar las posibles causas implicadas en el desarrollo de esta complicación.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer en seguimiento durante su infancia en nuestras consultas por escoliosis toracolumbar tipo 6CN de Lenke. Tratada de forma conservadora hasta su madurez esquelética, se decide tratamiento quirúrgico a la edad de 16 años. En dicho momento, las características de la curva eran:

- Curva torácica D4 a D11 51º – Curva lumbar D10 a L4 57º
- Ápex de la curva: Torácica D8 – Lumbar L2

- VN: L5
- VE: L5
- DV: L4

En un primer momento se realiza artrodesis toracolumbar con instrumentación posterior desde T3 a L3. Durante el postoperatorio inmediato, la paciente desarrolla dolor neuropático con sensibilidad disminuida y alodinia en el territorio de L2-L3; además, a nivel radiográfico, se objetiva el desarrollo del fenómeno de adding on distal.

Dados los hallazgos referidos y la clínica de la paciente, esta se reinterviene apenas 6 semanas después para la recolocación de los tornillos de L2 y L3 y la ampliación de la instrumentación hasta L4.

RESULTADOS:

Radiográficamente se consiguió corregir la curva lumbar desarrollada postintervención y se objetivó la correcta colocación de los tornillos distales.

A nivel clínico, la paciente evolucionó favorablemente, con la desaparición del dolor neuropático y la alodinia desarrollados postintervención, y manteniendo una fuerza 5/5 en todos los territorios de MMII. Únicamente refería ciertas limitaciones en su vida diaria por la limitación de los movimientos a nivel del tronco.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La descompensación distal postoperatoria, conocida como "adding on phenomenon", es una complicación caracterizada por la progresiva pérdida de corrección de la curva lumbar asociada al aumento del ángulo discal del disco inferior a la última vértebra instrumentada.

La instrumentación hasta la vértebra distal (V.D.+ 0), dos niveles proximales a la vértebra estable (V.E.-2) y un nivel proximal a la primera vértebra cuya distancia a la línea vertical al sacro es superior a 10 m.m. (D.V.-1) implica un riesgo elevado de descompensación postoperatoria.

Como estrategia quirúrgica de seguridad parece que la vértebra distal instrumentada ha de localizarse uno o dos niveles inferiores a la vértebra distal de la curva (V.D. +1+2), un nivel proximal a la vértebra estable (V.E.-1) y debe coincidir con la distancia vertebral (D.V.+0).

CP267

MANEJO DE LA PÉRDIDA HEMÁTICA EN LA FRACTURA DE CADERA.

Autores: López Pulido, M.J.; Borrego Paredes, E.; Peces Gonjar, D.; Jiménez Adán, O.; Artime Díaz, V.

Centro: Hospital de Alta Resolución de Écija.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La fractura de cadera del anciano (FCA) es un problema socio-sanitario de gran magnitud con incidencia en aumento, alto impacto económico y morbilidad muy elevada; siendo el proceso quirúrgico Traumatológico con mayores tasas de transfusión. Por ello se implementan medidas para disminuir el sangrado, anemia perioperatoria y transfusión alogénica mediante el uso de Ácido tranexámico (ATX) y una política transfusional restrictiva.

Analizar si el uso de Ácido tranexámico en la fractura de cadera disminuye la necesidad transfusional y corroborar su correcta aplicación con la bibliografía existente.

MATERIAL Y MÉTODO:

La anemia postoperatoria incrementa la morbilidad, estancia hospitalaria y costes. A pesar de ello, el manejo más extendido en nuestro medio es la transfusión alogénica, aumentando los riesgos y posibles complicaciones.

El uso del ATX en cirugía electiva disminuye la necesidad transfusional con alto nivel de evidencia, siendo menos eficaz de lo esperado en la FCA según la bibliografía. Publicadas evidencias de que la administración de ATX en el momento de la intervención quirúrgica reduce la pérdida hemática, tasas de transfusión y costes en la FCA tratada por cualquier método, decidimos aplicarlo en los pacientes tratados en nuestro centro.

De 100 pacientes ingresados para intervención de FCA, se administró 1 g de ATX IV preoperatorio a 50. A todos los pacientes se les aplicó el criterio transfusional restrictivo de la anemia quirúrgica (límite de Hemoglobina (Hb) para transfundir Hb<7,5). No se observó diferencias significativas en la Hb media preoperatoria entre ambos grupos.

RESULTADOS:

Recibieron transfusión alogénica 42 de los 100 pacientes. A 14 de ellos se había administrado el ATX (33,33%) y a los 28 restantes no (66,67%).

Se aplicó el estadístico Xi Cuadrado siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$).

No se han detectado complicaciones derivadas de su uso en los pacientes que recibieron el tratamiento.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Estos resultados preliminares nos muestran que el uso de ATX en la Fractura de Cadera disminuye la pérdida hemática y por tanto la necesidad de transfusión evitando los riesgos derivados de ella. Consideramos necesario un estudio más profundo para estandarizar su uso.

CP268

ARTROPLASTIA DE CADERA: CAMBIANDO LAS REGLAS DEL JUEGO.

Autores: Fernández Domínguez, J.M.; Peniche, J.; Najem, A.N.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Descripción del manejo y tratamiento de un paciente con fractura intracapsular de fémur proximal en miembro con secuelas de poliomielitis previamente intervenido por fractura supracondílea de fémur.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente varón de 67 años y antecedentes de poliomielitis con secuelas severas en miembro inferior derecho, debilidad de musculatura cintura pélvica y déficit para la flexo extensión de la cadera; en el que, a su vez, se objetiva material de osteosíntesis (placa LISS SynthesR) implantado en el año 2003 como resultado de fractura supracondílea de fémur. Acude a urgencias tras caída en su domicilio con impotencia funcional y dolor en miembro inferior derecho. Se le realiza serie radiográfica diagnosticando fractura intracapsular de fémur proximal desplazada, completamos el estudio con TC para la planificación preoperatoria debido a la severa deformidad ósea presente. Una vez estudiado el caso se decide, como opción terapéutica, la realización de artroplastia total de cadera.

Se realiza abordaje lateral, apreciándose cotilo plano que obliga a fresado de cotilo hasta el 49, se impacta cotilo de doble movilidad consiguiendo un press-fit óptimo, aunque debido a la gran inestabilidad asociada en estas intervenciones procedemos a fijar el cotilo con 3 tornillos, implantamos vástago Alteen de ExactechR de apoyo en cuello que debido a la deformidad femoral solo es posible introducirlo en una posición. de manera que el montaje precisa una adaptación de la configuración para obtener la retroversión necesaria y por tanto mayor estabilidad. Para ello se realiza prueba de diferentes cuellos, se decide finalmente implantar cuello con offset y bioball 7,5 XL. Una vez completada esta configuración se comprueba que no hay excesiva tensión de las partes blandas y que a su vez el implante es estable en todos los arcos de movimiento. Confirmada esta estabilidad se procede al cierre por planos de la incisión. Comprobamos por escopia que la orientación del implante es correcta de la misma manera que la del cotilo.

RESULTADOS:

En el postoperatorio inmediato el paciente no muestra ningún tipo de complicación, la movilización pasiva no es dolorosa y la estabilidad se demuestra conservada siendo derivado al alta.

En el seguimiento posterior a la hospitalización el paciente, desde el punto de vista clínico y radiológico no muestra evidencia de complicaciones. Funcionalmente ha recuperado la capacidad para la deambulación previa a la intervención.

Los artículos publicados sobre el manejo de fracturas en miembros afectados por secuelas de poliomielitis son escasos; pese a ello en su mayoría a la hora de optar por la artroplastia total de cadera aparece la inestabilidad intraoperatoria como principal problema, el uso de vástagos de ángulo recto junto con la fijación del componente acetabular son las soluciones aplicadas con más frecuencia. En nuestro caso debido al material de osteosíntesis implantado en la cirugía previa el uso de estos vástagos daría lugar a un punto de estrés con elevado riesgo de fractura periprotésica. Ante esta situación y con el objeto de evitar tanto la fractura como una cirugía más agresiva se tomó la decisión de implantar un componente femoral con apoyo en cuello, esta alternativa ha logrado evitar.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En el manejo de fracturas en pacientes con secuelas de poliomielitis no existe un consenso claro, siendo la bibliografía escasa. Ante una situación así debemos ser flexibles en el manejo y ser capaces de adaptarnos a las características del hueso y la biomecánica de la articulación. En nuestro caso la morfología del fémur y su comportamiento intraoperatorio.

Los pacientes con secuelas de poliomielitis suelen presentar huesos osteoporóticos, con deformidad y de tamaño reducido, esto hay que añadir la parálisis y atrofia asociada en los miembros afectados. La presencia de estas alteraciones hace del manejo de fracturas en estos huesos todo un reto. Especial atención merece el tratamiento con artroplastia total en las fracturas intracapsulares de fémur ya que las características morfológicas de este hueso complican la adaptación de los implantes a nivel femoral, de la misma manera la displasia del cotilo dificulta la adaptación de la prótesis. Otros elementos estabilizadores como son los músculos glúteos atroficos y la parálisis de estos miembros hacen que la inestabilidad del implante sea una constante. A la hora de realizar una artroplastia en pacientes como el

del caso es muy importante saber adecuarse a las necesidades particulares de la deformidad en concreto, así como a la funcionalidad del paciente, por ello la planificación de la intervención y la disposición de diferentes opciones de implante es fundamental en estas cirugías para conseguir un resultado óptimo. Es por esto que en el paciente del caso la adaptación del implante femoral nos obliga durante la intervención a realizar diferentes configuraciones de la prótesis para que evitando la iatrogenia consigamos una adaptación adecuada y estable, más aún cuando hay presencia de material de osteosíntesis cercano que pueda comprometer el pronóstico de la intervención.

CP269

RECONVERSIÓN DEL HEMIARTROPLASTIA DE HOMBRO: HAY LUZ AL FINAL DEL TÚNEL.

Autores: Fernández, J.M.; Arrieta, C.J.; Salmerón, G.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La implantación de prótesis de hombro se ha incrementado en los últimos años, de la misma manera, la necesidad de revisión de estas prótesis ha ascendido. En la literatura aparecen descritas cifras en torno al 2-11% de revisiones a los 5 años. Entre los motivos de estas revisiones se encuentra la inestabilidad de articular tras la intervención. Una de las opciones mas interesantes con la que contamos en la actualidad es el recambio de prótesis anatómica a prótesis invertida de hombro.

Valorar resultados clínicos, funcionales y radiológicos de una paciente a la que se le realizó recambio de hemiartroplastia a prótesis invertida de hombro.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 78 años portadora de hemiartroplastia de humero que cursa con inestabilidad articular y luxaciones recurrentes de 1 año de evolución. Es valorada mediante técnicas de imagen y exploración física, confirmándose la inestabilidad. Dada la escasa calidad funcional de la articulación se decide la Cirugía de revisión de su prótesis para recambio a prótesis invertida, durante la intervención fue necesaria la realización de una ventana humeral para la extracción del vástago e inserción del implante definitivo; se comprobó mediante escopia e in vivo la correcta colocación de la prótesis así como su estabilidad.

Tras un postoperatorio sin complicaciones se decide seguimiento ambulatorio de la evolución de la paciente.

RESULTADOS:

Actualmente, tras un año de seguimiento, la clínica y la capacidad funcional de la paciente evoluciona de forma favorable obteniendo Constant Score de 66, Quick Dash de 29 y la completa desaparición de la inestabilidad previa. Desde el punto de vista radiológico, el implante no presenta complicaciones.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Ante el aumento de las complicaciones asociadas a prótesis de hombro, y por tanto de la necesidad de revisión de las mismas, el recambio a prótesis invertida aparece como una alternativa que puede aumentar las posibilidades de recuperación del paciente como en nuestro caso.

CP270

REPARACIÓN DE ROTURA DISTAL DEL BICEPS SEGÚN TÉCNICA DE MORREY ASISTIDA ENDOSCÓPICAMENTE.

Autores: De Vega Abreu, P.; Prieto Álvarez, A.; Lozano Gómez, A.

Centro: Hospital Infanta Elena. Huelva.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentar nuestra experiencia con un caso clínico tratado según la técnica de Morrey asistida endoscópicamente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 40 años, sin antecedentes de interés, que consulta por sensación de chasquido en miembro superior izquierdo mientras trabajaba. Presenta dolor y pérdida de fuerza para la flexión del antebrazo. Ecografía: rotura completa del tendón distal del bíceps, con hematoma interpuesto y retracción de su vientre muscular a 11 cm de su inserción distal. Se realiza endoscopia vía anterior codo izquierdo visualizándose muñón ensanchado tendón distal de bíceps. Se rescata muñón y tras limpieza de bulbo distal, realizamos sutura con Ethibond 5 tipo Bunnell doble, dejando 2 cabos centrales y dos laterales. En cara posterolateral de antebrazo hacemos incisión, dividimos por planos extensor común y supinador hasta exponer tuberosidad de radio que limpiamos. Realizamos excavación de 10x7mm con fresa ovoidea a nivel de tuberosidad radial. Se realizan 3 perforaciones en la cara radial de tuberosidad. Tras preparar el

lecho de reinserción, recuperamos los hilos. Pasamos los cabos de sutura de tendón por las 3 perforaciones previamente realizadas, cabo medial por orificio más distal, los dos cabos centrales por orificio central y cabo lateral por orificio proximal con ayuda de aguja viuda. Colocamos cabo distal de tendón sobre excavación realizada y anudamos sutura manteniendo antebrazo a 3/4 de pronación. Inmovilizamos con férula a 90° y rotación neutra.

RESULTADOS:

Al mes y medio de seguimiento mantiene flexo de 20°, flexión 100°, pronación a mitad de recorrido y déficit de supinación de 20°. Tras tres meses de seguimiento y rehabilitación, presenta mejoría en rango de movilidad y comienza a realizar su actividad diaria con algunas limitaciones.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Nos parece que el abordaje y localización endoscópica, minimiza el dolor postoperatorio, los problemas con la herida, calcificaciones y lesión del nervio radial además de una cosmesis superior, acortando el tiempo quirúrgico. Buenos resultados clínicos y funcionales, aunque requiere mayor tiempo de seguimiento. El tratamiento debe ser consensuado y valorado de forma individual. Debemos tener en cuenta la edad del paciente, profesión, brazo dominante y enfermedades concomitantes entre otros factores para decidir la mejor opción terapéutica.

La desinserción del tendón distal del bíceps es una entidad que ha incrementado su incidencia en los últimos años. Es más frecuente en varones de edad media, trabajadores de fuerza y deportistas, en el miembro dominante. Genera un déficit para la supinación y flexión del antebrazo.

Varón de 40 años, sin antecedentes de interés, que consulta por sensación de chasquido en miembro superior izquierdo mientras trabajaba. Presenta dolor y pérdida de fuerza para la flexión del antebrazo.

Ecografía: rotura completa del tendón distal del bíceps, con hematoma interpuesto y retracción de su vientre muscular a 11 cm de su inserción distal.

Se realiza endoscopia vía anterior codo izquierdo visualizándose muñón ensanchado tendón distal de bíceps. Se rescata muñón y tras limpieza, realizamos sutura tipo Bunnell doble, dejando 2 cabos centrales y dos laterales. En cara posterolateral de antebrazo hacemos incisión y exponemos tuberosidad de radio. Limpiamos y realizamos excavación de 10x7mm con fresa ovoidea a nivel de tuberosidad radial. Se realizan 3 perforaciones en la cara radial. Tras preparar el lecho de reinserción, recuperamos los hilos.

Pasamos los cabos de sutura por las 3 perforaciones previamente realizadas, cabo medial por orificio más distal, los dos cabos centrales por orificio central y cabo lateral por orificio proximal.

Colocamos cabo distal de tendón sobre excavación realizada y anudamos sutura manteniendo antebrazo a 3/4 de pronación.

Inmovilizamos con férula a 90° y rotación neutra.

Tras tres meses de seguimiento y rehabilitación, presenta mejoría en rango de movilidad y comienza a realizar su actividad diaria con algunas limitaciones.

Nos parece que el abordaje y localización endoscópica, minimiza el dolor postoperatorio, los problemas con la herida, calcificaciones y lesión del nervio radial además de una cosmesis superior, acortando el tiempo quirúrgico. Buenos resultados clínicos y funcionales, aunque requiere mayor tiempo de seguimiento. El tratamiento debe ser consensuado y valorado de forma individual, teniendo en cuenta la edad del paciente, profesión, brazo dominante y enfermedades concomitantes entre otros factores para decidir la mejor opción terapéutica.

CP271

ESCAFOIDES ERRANTE.

Autores: Navarro Mateo, J.; Álvarez Campillo, J.L.; Merino Gil, B

Centro: Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Describir un caso clínico excepcional por la zona donde se encontraba el fragmento proximal del escafoide y por la baja frecuencia de estas lesiones y expresar los resultados obtenidos en el tratamiento de las luxaciones fracturas transescafo-perilunares y así contribuir a la evaluación general del pronóstico de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo observacional de un caso (CASO CLÍNICO) Se siguió a un paciente, varón de 32 años sin patología concomitante desde el traumatismo en mano izquierda, tratamiento quirúrgico y seguimiento evolutivo, a través de sucesivas consultas de revisión.

RESULTADOS:

Evolución tras el tratamiento quirúrgico y seguimiento favorable.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Con la presentación de este caso se ha mostrado el manejo quirúrgico llevado a cabo en un paciente aquejado por una compleja lesión del carpo. Dicha lesión en nuestro medio se presenta en raras ocasiones, por este motivo su tratamiento puede estar sujeto a dudas y por lo tanto producirse errores. Consideramos de utilidad la presentación del caso para evidenciar la factibilidad de la fijación con agujas de Kirschner del escafoides fracturado en este tipo de lesiones.

El 28/7/19 Varón de 32 años diestro sin AP de interés ni RAM sufre traumatismo directo en miembro superior izquierdo por caída en bicicleta diagnosticándose FX-Lux escafo semilunar del carpo izquierdo, se intenta sin éxito reducción bajo anestesia local en otro centro, en el que se le coloca una férula de yeso antebraquial con extensión al 1º dedo hasta interfalángica y se envía a su hospital de referencia.

En nuestro hospital se opera el mismo día realizándose;

-Abordaje volar cubital, obteniendo fragmento libre de escafoides. Se observa nervio cubital íntegro pero contundido.

- Abordaje dorsal del carpo a través de la 3ª correa extensora. RAFI de fractura de escafoides mediante 2 AK. RAFI de luxación escafolunar mediante 2 AK.

Reparación capsuloligamentosa.

Control radioscópico intraoperatorio correcto.

Se cierra y se coloca férula de yeso antebraquial con extensión a primer dedo.

Controles postoperatorios con rx AP y L correctos.

Tras una evolución favorable, el 4º día postoperatorio, el jueves 1/8/19, se va de alta.

Se revisa un mes después el 5/09/19 con control radiográfico con evolución favorable, consolidándose la fractura adecuadamente, y sin desplazamientos secundarios.

El 2/10 (tras dos meses desde la cirugía) se le retira las AK escafolunares dejando las 2 AK del escafoides, se retira la férula y se deriva a rehabilitación de forma preferente.

El 31 /10/19 acude a rehabilitación a su primera consulta donde se valoran:

Ligeros signos distrofosicos locales.

BA activo de muñeca izqda: Flexión Palmar 35º/Flexión Dorsal 30º/ DR15/DC10
Prono-supinación de antebrazo completa.

Balance Muscular 5/5.

Capacidad para realizar puño completo y pinza fina.

Un mes después el 14/11 /19 acude sin cita por dolor intenso en base de primer dedo y zona tenar. En la Rx se aprecia movilización de una de las dos AK: Se retira la AK que protruye.

Rx continúa sin desplazamientos.

Se cita el 20/01 para ver evolución.

Por ahora la evolución ha sido muy favorable, próximamente se revisará al paciente de nuevo.

El póster que quiero realizar llevará fotos de todos los momentos desde el traumatismo.

CP273

CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DE PLEXO BRAQUIAL TRAS PARÁLISIS BRAQUIAL TRAUMÁTICA.

Autores: Pérez Pérez, E.; Gil Álvarez, J.J.; Fenero Delgado, B.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La lesión traumática del plexo braquial es una entidad incapacitante grave, aunque poco frecuente. Se produce principalmente como consecuencia de mecanismos de tracción a nivel del miembro superior en el contexto de accidentes de tráfico de alta energía. Más común en varones jóvenes tras accidentes de motocicleta. Es importante un abordaje clínico preciso y pruebas complementarias para distinguir, entre el primer mes y siempre antes de los 6 meses, aquellos casos con posibilidad de recuperación de la función de forma espontánea de aquellos con indicación quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de un paciente varón de 67 años derivado a nuestro centro con diagnóstico de lesión a nivel del plexo braquial derecho sometido a neurografía a nivel de raíz C5 y nervio supraclavicular, y técnica de Oberlin.

RESULTADOS:

Se trata de un varón de 67 años con paresia a nivel de miembro superior derecho tras sufrir accidente de motocicleta.

Acude a nuestra consulta tras 3 meses de evolución de la lesión. A la exploración presentaba parálisis completa derecha con hipotrofia severa de la musculatura dependiente de las raíces C5-C6. En cuanto al balance motor a nivel distal presentaba fuerza M3 a nivel de flexoextensión de muñeca, dedos y pulgar según la escala del British Medical Research Council (BMRC). Como pruebas complementarias se realizó un electroneurograma confirmándose una intensa afectación completa del plexo braquial derecho, sin respuesta en los nervios dependiente de los tronco medio y superior (axilar, musculocutáneo y radial), y presentando una afectación severa a nivel del nervio mediano y moderada del cubital. También se realizó RM que descartó lesión a nivel del sistema nervioso central. En la intervención quirúrgica se realizó primero abordaje supraclavicular derecho. Se objetivó avulsión de raíz C6. Comprobamos mediante neuroestimulador ausencia de conducción a nivel de raíz C5 y positiva en nervio espinal. Realizamos entonces neurorrafia de raíz C5 con división posterior mediante autoinjerto penta fascicular de nervio sural derecho. Posteriormente neurorrafia de nervio espinal con supraclavicular. En un segundo tiempo realizamos técnica de Oberlin a nivel de brazo derecho: se comprueba con neuroestimulador correcta conducción a nivel del nervio mediano y cubital (de menor entidad que el mediano). Se decide entonces neurolisis de fascículo de nervio mediano y neurorrafia con rama nerviosa del nervio musculocutáneo a músculo bíceps. El paciente presentó un postoperatorio inmediato sin incidencias. A los 3 meses inició flexión de codo con fuerza M2 según la escala BMRC. Aún en seguimiento pendiente de evolución.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La regeneración nerviosa se produce aproximadamente a un ritmo de 1mm al día. El plan reconstructivo en lesiones del plexo braquial implica en primer lugar restituir la flexión del codo y secundariamente la abducción y rotación externa del hombro. La recuperación del plexo reconstruido puede tardar hasta 3 años, aunque con la técnica de Oberlin se han visto resultados a los 6 meses. Para maximizar esta función, el abordaje multidisciplinar mediante un buen programa de rehabilitación tanto previo como posterior a la cirugía es muy importante, y debe incluir la reeducación motora a fin de iniciar el reclutamiento de los músculos débiles reinervados y establecer nuevos patrones motores.

CP274

OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA EN PACIENTE CON DAÑO CEREBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: García Fuentes, X.D.; Blanes Pérez, A.; Schuller Arteaga, J.A.

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Analizar y estudiar el tratamiento de una patología poco frecuente en nuestro medio como es la osificación heterotópica en un paciente con afectación neurológica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 43 años que es encontrado por un familiar inconsciente en el baño. Asistido en domicilio por Servicio de Emergencias es trasladado HU V Macarena. Presenta un GCS de 4 puntos, midriasis derecha arreactiva. Se realiza Angio TC visualizándose extensa hemorragia subaracnoidea de predominio derecho con importante colección silviana derecha y hemorragia intraventricular. Hallazgo de aneurisma multilobulado en segmento distal de ACM derecha como causa de la hemorragia subaracnoidea. Trasladado a Neurocirugía de HU V Rocío donde se realiza hemicranectomía, clipaje de aneurisma y colocación de DVE. Presenta una evolución tórpida. Destacamos la necesidad traqueostomía por ventilación prolongada y neumonía nosocomial de base izquierda. Remitido a la Unidad de Cadera desde Rehabilitación por imposibilidad de sedestación por osificación heterotópica de cadera derecha. BA 16-54. Flexo 10º TAC: calcificación completa de la parte posterior de la cadera que artrodesa la articulación y engloba al nervio ciático.

RESULTADOS:

En quirófano, bajo raquianestesia se realiza mediante abordaje posterolateral exéresis de osificación heterotópica. Se consigue sedestación en el primer día postoperatorio. Inicio radioterapia sobre lecho quirúrgico Al alta indometacina 25mg cada 8h.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En los pacientes con osificaciones evolucionadas aparecen problemas para mantener la sedestación lo que dificulta las transferencias y pueden aparecer úlceras por presión lo que merma su calidad de vida. Estas descritas como factores predisponentes neumonía, necesidad de traqueotomía o el hábito tabáquico. Un problema a tener en cuenta es la recidiva de la lesión. Está bien documentado tanto el uso de AINES como de Indometacina para evitar la progresión de la osificación. La evidencia del uso de la radioterapia no es tan claro, no obstante, hay estudio alentadores al respecto. Ante los resultados de la literatura consideramos que el mejor tratamiento es la exéresis de la lesión junto con tratamiento médico y fisioterapia precoz.

La osificación heterotópica es una patología de origen incierto que consiste en la formación metaplásica de hueso nuevo en tejido conectivo y muscular alrededor de las articulaciones. Se suele adquirir por un evento traumático, ya sea, cirugía, quemaduras, luxaciones o daño neurológico. Presenta una incidencia de un 11% en pacientes con daño cerebral.

Puede desarrollarse en cualquier articulación siendo la cadera la más afectada.

En la mayor parte de las ocasiones no es necesario un tratamiento quirúrgico pues tienen poca repercusión funcional. Presentamos el caso de un paciente con osificación heterotópica de cadera tras daño cerebral abordando tanto el manejo médico como quirúrgico.

En los pacientes con osificaciones evolucionadas aparecen problemas para mantener la sedestación lo que dificulta las transferencias y pueden aparecer úlceras por presión lo que merma su calidad de vida.

Estas descritos como factores predisponentes neumonía, necesidad de traqueotomía o el hábito tabáquico.

Un problema a tener en cuenta es la recidiva de la lesión. Está bien documentado tanto el uso de AINES como de Indometacina para evitar la progresión de la osificación. La evidencia del uso de la radioterapia no es tan claro, no obstante, hay estudios alentadores al respecto.

Ante los resultados de la literatura consideramos que el mejor tratamiento es la exéresis de la lesión junto con tratamiento médico y fisioterapia precoz.

CP275

A PROPÓSITO DE UN LIPOMA INTRAÓSEO.

Autores: Ruiz, A.; Thernelus, O.; Dorado, M.; Merino, M.L.; Barranco, E.; Aguilar, A.

Centro: Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los lipomas intraóseos (LI) son tumores benignos raros. Representa el 0,1% de los tumores óseos primarios. Afecta a los huesos largos, más frecuentes en MI que en MS (relación 6:1) y de localización metatárica o epifisaria especialmente en fémur.

Varias teorías sobre su etiología: un origen traumático con degeneración grasa, infecciones o infarto óseo con metaplasia grasa y la más actual, un tumor primario del tejido graso medular.

Presentar el caso de una paciente con un lipoma intraóseo en húmero y discutir sobre su diagnóstico diferencial.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 30 años, con AP de asma, Consulta por omoalgia izquierda atraumática.

En la radiografía se observa una lesión lítica con bordes bien definidas en el tercio proximal de húmero.

RESULTADOS:

En TC se describe tumoración que se extiende desde la metáfisis hasta la diáfisis, de 2.9x3x12 cm, sin destrucción de la cortical, con zonas de formación cálcicas parcheadas.

En la RMN se observa lesión intramedular que presenta contenido heterogéneo, identificándose cavidades quísticas que se encuentran rodeadas por una masa de partes blandas que presenta densidad/intensidad de señal grasa. Se decidió realizar una gammagrafía ósea con dos objetivos: descartar otras lesiones y realizar el diagnóstico diferencial con la Displasia fibrosa. En este caso, sólo hubo captación en la zona del húmero, lo que apoyaba el diagnóstico de lipoma intraóseo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Milgram clasificó los lipomas intraóseos en 3 estadios, según la proporción de células grasas viables y necróticas dentro de la lesión. El primer estadio, con cierto grado de expansión cortical, contiene adipocitos viables con absorción de la estructura trabecular preexistente. En el segundo, las células de grasa viables son reemplazadas parcialmente por necrosis grasa y áreas de calcificación distrófica. En el tercer estadio, los lipomas intraóseos avanzados muestran cambios de involución a extensa necrosis grasa, calcificación, formación de quistes, y formación de hueso nuevo reactivo. Aproximadamente dos tercios de los pacientes son sintomáticos, con dolor localizado de días o años de evolución y tumefacción de partes blandas.

En presencia de esta lesión hay que plantear diagnóstico diferencial con displasia fibrosa, fibroma osificante, tumores condroides, osteomielitis y hemangioma óseo.

El uso de TC, RM y Gammagrafía facilita el diagnóstico de lesiones intraóseas como los lipomas.

Las características radiológicas de este tipo de lesiones benignas permiten realizar un seguimiento adecuado y reducir el número de biopsias, a sólo las lesiones dudosas.

CP276

FACTURA PERI-ESPACIADOR DE CEMENTO EN HOMBRO, UNA INFRECIENTE LESIÓN DE DIFÍCIL MANEJO.**Autores:** Rodríguez Márquez, A.; Hoyos Perales, I.; Martínez Pardo, F.**Centro:** Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La prevalencia de infección post-qx en fracturas de húmero proximal es relativamente infrecuente (4%). Muchos de estos pacientes terminan con artroplastia, previo paso por espaciador de cemento antibiótico. La prevalencia de fracturas periprotésicas en la articulación del hombro es rara (0.6 - 2.4%). En los últimos años, el número de pacientes de edad avanzada con una artroplastia de hombro ha aumentado significativamente, por lo que debe esperarse un número creciente de fracturas periprotésicas en el hombro.

OBJETIVO Presentamos el caso de una paciente de 75 años con una fractura diafisaria de húmero peri-espaciador de cemento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 75 años que acude a urgencias por dolor en húmero derecho tras sufrir una caída casual en vía pública.

AP: HTA, Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada, SCA, hepatopatía. A la exploración, se aprecia cicatriz de herida qx en hombro. Presenta dolor severo e impotencia funcional, sin déficit neurovascular distal.

Rx: fx periprotésica (espaciador) de húmero derecho tipo B y C (clasificación AO).

Revisando la historia de la paciente se comprueba los antecedentes quirúrgicos de la paciente para ese hombro, que ha sido intervenido hasta en 5 ocasiones. El año anterior recibió osteosíntesis con placa y tornillos, que sufrió infección por *S. epidermidis* a los 4 meses, requiriendo varias intervenciones de desbridamiento y drenaje ineficaces que terminaron con la implantación del espaciador de cemento.

Como secuela a estas intervenciones, no presentaba apenas movilidad para ese hombro, pero la buena tolerancia con el espaciador, así como sus AP le hicieron descartar la implantación de una artroplastia definitiva. En esta situación, y ante el importante dolor y características de la fractura actual, se decide osteosíntesis a modo de puente con LCP 4,5 larga, con cables y tornillos.

RESULTADOS:

El seguimiento rx en consultas es satisfactorio. La paciente no presenta movilidad, pero permanece sin dolor.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Existen casos, como éste, que bien porque el paciente decide no someterse a más intervenciones quirúrgicas o bien porque el estado general del paciente no permite nuevas cirugías, o cuando la demanda funcional es escasa o existe una inapropiada reserva ósea donde anclar la nueva prótesis, el mantenimiento del espaciador de cemento es recomendado. Resulta significativo que la tolerancia a los espaciadores hace que un tercio de los pacientes no deseen someterse a la retirada del mismo y a la colocación de una prótesis definitiva, asunto que sucedió con nuestro paciente. La fractura peri-espaciador sufrida nos inclinó a una osteosíntesis a modo de puente para evitar la sintomatología dolorosa de la paciente.

CP277

COMPLICACIÓN DE REALINEACIÓN PROXIMAL TIPO INSALL: SUBLUXACIÓN MEDIAL.**Autores:** Serrano Serrano, R.; Gálvez Sirvent, E.; Cervero Suárez, F.J.**Centro:** Hospital Universitario Infanta Elena. Huelva.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La luxación o subluxación medial de rótula es una patología poco frecuente. Se caracteriza por dolor crónico anterior de rodilla y sensación de resalte a nivel del alerón medial. Su forma de manifestación más común son las subluxaciones, aunque en algunos casos pueden presentar luxación medial completa de rótula. Revisando la literatura la mayor parte de los casos se deben a causas iatrogénicas. Por todo esto, y con el fin de evitar la iatrogenia, es clave realizar una técnica quirúrgica correcta en la cirugía de inestabilidad rotuliana.

Presentamos un caso de subluxación medial de rótula tras una cirugía por inestabilidad rotuliana: una realineación proximal mediante plicatura del vasto medial o técnica de Insall asociada a una liberación artroscópica del retináculo lateral.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 32 años que acude a las consultas externas de Cirugía Ortopédica y Traumatología, especializadas en cadera y rodilla, por dolor anterior de rodilla derecha asociado a sensación de resalte en cara medial 1.5 años de evolución. Intervenida, hace 2 años, de realineación proximal tipo Insall asociada a liberación del retináculo lateral.

artroscópica por luxación recidivante de rótula derecha desde la infancia. No presenta otros antecedentes de interés. A la exploración el paciente presentaba; hipotrofia de cuádriceps y masa gemelar respecto a la pierna contralateral, balance articular completo e indoloro de la rodilla, no aparentes alteraciones angulares ni torsionales de MMII. Además, se observa excesiva medialización de rótula a la presión, al realizar el test de subluxación medial de rótula es positivo.

La paciente fue estudiada con las siguientes pruebas de imagen: radiografía de rodilla en carga, telerradiografía, TC y RMN de rodilla. En ninguna de ellas, se objetivan alteraciones rotacionales ni del eje. La distancia entre el tubérculo tibial y el surco de la tróclea (distancia TT-TG) es de 16 mm en el TC y de 17 mm en la RMN. Además, en esta última prueba se observó condropatía rotuliana de bajo grado.

Ante el fracaso del tratamiento conservador se decide intervención quirúrgica. Se realizó una liberación de la plicatura del vasto medial, mediante abordaje anterior sobre cicatriz previa, objetivándose, tras este gesto, una mayor capacidad de lateralización de la rótula. Al explorar el retináculo lateral, se encontraba abierto casi en su totalidad por lo que se procedió a su reparación. También, se realizó una nueva reconstrucción del LFPM mediante plastia de semitendinoso, para evitar recidiva de luxaciones laterales de rótula, con especial atención de evitar la excesiva tensión. Para ello, se localizó de forma radioscópica el punto de Schottle y se comprobó la posibilidad de movilizar la rótula a medial y lateral al menos un tercio de la anchura de ésta.

RESULTADOS:

A los 15 meses tras cirugía la paciente no ha sufrido episodios de luxación lateral y/o subluxación medial de la rótula. Aún presenta leve hipotrofia de cuádriceps, y de forma ocasional refiere leves molestias en cara anterior de rodilla, que relacionamos con la condropatía existente.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La subluxación medial de rótula es una patología que presenta una incidencia escasa, solo hay publicados 5 casos, siendo su etiología principal, la iatrogénica. Fue publicada por primera vez por Hughston et al, con una serie de 54 pacientes con luxación recidivante de rótula que presentaron empeoramiento clínico tras intervención quirúrgica de liberación de retináculo lateral, siendo la mitad de los casos debidos a subluxaciones mediales. Otros autores han expuesto subluxaciones mediales tras liberación de retináculo lateral de forma aislada y tras reconstrucción del LFPM con malposicionamiento y excesiva tensión de la plastia.

El diagnóstico de esta entidad es clínico, mediante una anamnesis detallada y una exploración física exhaustiva, presentando un test específico (test de subluxación medial).

En lo referente al tratamiento, las tasas de fracaso del tratamiento conservador, que consiste en la potenciación muscular, son altas. El objetivo de la intervención quirúrgica es la corrección de la medialización excesiva debida a la cirugía previa, sin crear una recidiva de la inestabilidad lateral. Se ha descrito diferentes técnicas para esta reparación, según la integridad del retináculo lateral. En general, si existen restos suficientes de éste, se intenta realizar una reparación primaria, como en el caso descrito. Si no fuera posible, se utiliza una reconstrucción con plastia o liberación artroscópica del retináculo medial.

Cabe destacar la importancia de la prevención de esta entidad mediante una correcta técnica quirúrgica de inestabilidad rotuliana. La liberación del retináculo lateral no debe ser excesiva ni realizarse de forma aislada. Está indicada únicamente caso de excesiva inclinación lateral rotuliana o síndrome de hiperpresión lateral, siempre asociada a otras técnicas (reconstrucción de LFPM asociada a osteotomía de la TTA en caso de alteración de la distancia TT-TG). Pagenstert et al, han propuesto el alargamiento del retináculo lateral, obteniendo mejores resultados tanto a atrofia de cuádriceps como de subluxación medial.

CP278

IMPRESIÓN 3D: USO DE MATERIAL BIOCOMPATIBLE EN TRANSPOSICIÓN TENDINOSA EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

Autores: López Toajas, A.; Gómez Haccart, P.; Domingo Montesinos, N.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La impresión en 3D ha supuesto un gran avance para la planificación preoperatoria y ha permitido el diseño de material quirúrgico e implantes biocompatibles que pueden ser utilizados durante la cirugía con el certificado de material grado médico.

El uso de material biocompatible a medida obtenido mediante impresión 3D para la transposición tendinosa en niños en casos en los que no está recomendado o resulta imposible la colocación de arpones y tornillos interferenciales, cuando hasta ahora no se tenía en cuenta el certificado de material de grado médico para su uso quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se han utilizado botones elaborados con material biocompatible obtenidos mediante impresión 3D en 3 niños con

parálisis cerebral infantil (PCI) diagnosticados de pie equinovaro neurológico que presentaban un componente de supinación activa. Se realizó una transposición del tendón del tibial anterior desde su origen a la tercera cuña. Se bloqueó dicha transposición con el botón. En un caso el paciente tenía osteopenia y el tornillo interferencial no daba sujeción suficiente. En otro caso había riesgo de infección de orina por *Pseudomonas* y no convenía dejar material implantado. En el tercer caso el tamaño del hueso para implantar era demasiado pequeño y suponía riesgo de fractura y fallo de la técnica. En ningún caso el botón quedó en contacto directo con la piel si no separado con esponja estéril. Se mantuvo la inmovilización durante 6 semanas.

RESULTADOS:

En todos los casos la fijación quedó estable sin perder la tensión del tendón. No generó ningún tipo de intolerancia en la piel del paciente. No se han generado ulceraciones en la planta del pie por la presión del botón ni el botón se ha deteriorado.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La Ingeniería al servicio de la Medicina y la Cirugía está permitiendo orientarnos hacia una Medicina cada vez más personalizada. Para ello debe existir un equipo multidisciplinar donde ingenieros y médicos trabajen de manera conjunta al servicio del paciente creando modelos exclusivos que mejoren y faciliten la técnica y optimicen los resultados.

CP279

LESIONES MONTEGGIA EQUIVALENTE.

Autores: Mantic Lugo, M.; Pérez Cobo, A.A.; Ceballos Rodríguez, G.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentar 2 casos con lesión Monteggia equivalente por su excepcionalidad, su variación en el tratamiento respecto a los tipos clásicos y sus complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de un niño de 8 años y una niña de 6 años, ambos con fractura de antebrazo. Se realizó exploración física de ambos y se cursaron radiografías donde se aprecian fractura-luxación de codo tipo Monteggia equivalente. El caso 1 es un niño de 8 años que presenta una fractura transversa de olécranon intraarticular simple desplazada asociada a fractura-luxación de cuello radial transversa impactada. El caso 2 es una niña de 6 años que presenta en las radiografías una fractura de cúbito oblicua de tercio medio desplazada Gustilo I y fractura-luxación de cuello radial transversa desplazada. El tratamiento quirúrgico consistió en una reducción cerrada y fijación con agujas de Kirschner percutáneas e inmovilización con férula de yeso. Se siguió el resultado funcional en consultas.

RESULTADOS:

El control radiológico intraoperatorio revela una reducción estable con buen balance articular. En el seguimiento en consultas el caso 1 presenta buena evolución, y el caso 2 presenta rigidez residual con supinación hasta 60º tras terapia rehabilitadora sin influir en su funcionalidad.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas luxaciones equivalentes Monteggia son poco frecuentes. Precisan de un diagnóstico precoz, sospechándolas ante una fractura aislada de cúbito en el infante. El tratamiento difiere del de una fractura luxación Monteggia clásica por la inestabilidad asociada debido a la fractura proximal radial. Las complicaciones se presentan con mayor frecuencia que en el Monteggia clásico.

CP280

GANGLIÓN EXTRARTICULAR EN RODILLA.

Autores: Muñoz Ortus, J.M.; Vargas García, R.; Toledo Romero, M.A.

Centro: Grupo Trahumane, Hospital Quirón Campo de Gibraltar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los tumores alrededor de la rodilla son frecuentes siendo el quiste de Baker el que más en el hueco popliteo. La mayoría son benignos y es importante el diagnóstico diferencial para decidir el tratamiento correcto.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de un paciente de 44 años, varón, que comenzó de forma insidiosa a notar molestias y crecimiento de una masa en cara posterolateral pero no limitaba la movilidad de la rodilla. La masa era blanda y móvil sin dolor a la palpación sin afectación neurovascular distal. Se realizó ECO-DOPPLER mostrando una masa de localización casi superficial en unión miofascial por delante de vasos popliteos. Se completó el estudio con RNM que informó de tumoración en espesor de músculo gastrocnemio externo sugestivo de lesión posiblemente quística con septos y contenido heterogéneo sugestivo de quiste sinovial complicado. Se programó para extirpar el tumor y estudiarlo.

RESULTADOS:

La masa se encontraba entre las fibras musculares del gastrocnemio externo con extensión hasta la cápsula posterior sin comunicación articular. La anatomía patológica fue informada como quiste sinovial.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Una gran variedad de lesiones quísticas pueden ser encontradas alrededor de la rodilla durante una RNM de rutina siendo el quiste de Baker el más frecuente. El ganglión en la rodilla puede ser intrarticular, extrarticular, intraóseo y periosteal. El extrarticular puede presentarse en alguna de las estructuras alrededor de la rodilla y raramente comunica con la articulación. Ante la comunicación con la articulación es importante descartar patología intrarticular ya que debe ser tratada para evitar la recidiva de la lesión.

CP281

TUBERCULOSIS INSIDIOSA DE CADERA DE 20 AÑOS DE EVOLUCIÓN.

Autores: Mantic Lugo, M.; Martínez Najarro, C.; Cachero Rodríguez, N.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Destacar la tuberculosis de cadera como diagnóstico diferencial en la artritis de cadera, y las infecciones recurrentes de prótesis de cadera, puesto que es una patología curable.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presento el caso de una mujer de 41 años sin patologías, intervenida 9 veces de la cadera izquierda desde los 20 años con diagnóstico inicial de NOA. Se implantaron 3 prótesis totales de cadera, con recambios en 2 tiempos, y se precisó de múltiples desbridamientos de fístulas y abscesos, hasta obtener en el último, el diagnóstico microbiológico de *p. aeruginosa* y *mycobacterium tuberculosis* como causa de las reinfecciones. Se realizó tratamiento antibacteriano según antibiograma durante 5 meses previo al último recambio y otros 4 meses desde el postoperatorio. Se realizó seguimiento en consultas.

RESULTADOS:

En la técnica quirúrgica se precisó implantar un acetábulo con aumentos, y un vástago de rescate por el gran defecto óseo que presentaba la articulación. La paciente presenta buena evolución clínica, sin complicaciones locales, ni del implante en las pruebas de imagen, y parámetros de actividad de la enfermedad negativos. Deambula sin ayudas técnicas y se encuentra satisfecha.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La tuberculosis articular debe ser causa de sospecha de artropatía, especialmente tras descartar otras etiologías más frecuentes. El recambio en 2 tiempos con largo tratamiento pre y post operatorio con antituberculosícticos presenta buenos resultados.

CP282

FRACTURA CORONAL DE HÚMERO DISTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Arrieta Martínez, C.; Galindo Flores, M.F.; Olmedo Palma, J

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas del capitellum y la tróclea pueden ser fracturas difíciles de tratar debido a su propensión a desplazarse, pequeño tamaño y naturaleza articular pudiendo obstruir el movimiento del codo.

Presentar el caso clínico de una paciente con fractura coronal de humero distal, explicar los mecanismos patológicos, diagnóstico y manejo terapéutico relacionados con este tipo de fractura. Se hace además una breve revisión de la bibliografía.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 53 años que acude a Urgencias de Traumatología por dolor y deformidad en codo izquierdo tras caída fortuita. A la exploración presenta deformidad e inflamación en codo izquierdo con impotencia funcional para la flexo-extensión y pronosupinación de antebrazo. Exploración neurovascular conservada. AP: Hipotiroidismo. Radiografía anteroposterior y lateral de codo izquierdo: Fractura coronal de humero distal. Tras completar estudio con un TAC donde se clasifica la fractura como tipo IV de Bryan-Morrey, se decide programación de intervención quirúrgica dos días después. Se realizó un abordaje posterior transolecraniano. Previa a la osteotomía olecraniana se identifica y referencia el nervio cubital. Bajo control de escopia, se reconstruye la articulación mediante tornillo de cortical de posición, tornillo de cabeza perdida, aguja roscada y placa de soporte posterolateral. Debido a la conminución, se fija el epicóndilo lateral con sutura transósea de alta resistencia (Con el ligamento colateral lateral que estaba avulsionado). Se comprueba estabilidad y movilidad. Se fija osteotomía con placa preconformada y se inmoviliza con férula braquiopalmar posterior.

RESULTADOS:

A la segunda semana postoperatoria se inmovilizó con ortesis articulada de codo hasta la sexta semana que comenzó con rehabilitación. En la actualidad la paciente se encuentra asintomática realizando todas las actividades de la vida diaria.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Estas fracturas tienen altas tasas de lesiones ligamentosas concurrentes, y su tratamiento puede complicarse por la rigidez postoperatoria, la degeneración articular, la inestabilidad persistente y la neuropatía. Los casos de fractura coronal de humero distal son escasos y es de utilidad exponer la presentación clínica, diagnóstico y las opciones terapéuticas para un correcto manejo.

CP284

ROTURA PARCIAL INTRASUSTANCIA DEL TENDÓN DE AQUILES POR USO DE FLUORQUINOLONAS.

Autores: Lozano Gómez, A.; Rodríguez Martín-Aragón, F.; Álvarez Campos, S.

Centro: Hospital Infanta Elena. Huelva.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Presentar un caso de rotura de Aquiles por fluorquinolonas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente varón de 74 años, fumador, que tras cuadro clínico de prostatitis aguda bacteriana, comienza con tratamiento antibiótico prolongado con ciprofloxacino, acudiendo a consultas externas de COT por dolor e impotencia funcional a nivel de pie derecho. A la exploración, se palpa engrosamiento de tendón de Aquiles derecho y déficit de la flexión plantar del mismo pie. Tras ecografía y resonancia magnética, se diagnostica de rotura parcial intrasustancia del tendón de Aquiles derecho.

RESULTADOS:

Tras el diagnóstico de rotura espontánea del tendón de Aquiles, se suspende tratamiento antibiótico. Se inicia tratamiento sintomático con AINEs y se opta por actitud conservadora con reposo, ortesis y se inicia tratamiento rehabilitador con electroterapia, consiguiendo mínima mejoría clínica. Tras proponer reparación quirúrgica de la lesión, que el paciente rechaza, se decide inyección de PRP.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En la práctica médica actual, el uso de antibióticos como fluorquinolonas está asociado a un riesgo elevado de tendinitis aquilea, pero siguen siendo de muy frecuente uso en el día a día. Presentamos el caso de un paciente con rotura Aquilea tras realizar tratamiento con ciprofloxacino prolongado por prostatitis aguda. La sospecha y suspensión precoz del tratamiento es algo muy importante para prevenir el riesgo de rotura del tendón.

CP285

FRACTURA-LUXACIÓN DE MONTEGGIA INVETERADA EN NIÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Hoyos Perales, I.; Ramos Pérez, M.J.; Sotelo Sevillano, F.J.**Centro:** Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La fractura-luxación de Monteggia consiste en la fractura del tercio proximal del cúbito asociado a una luxación anterior de la articulación radiocubital proximal. Esta lesión es poco frecuente en niños (2% de las fracturas en codo). Su diagnóstico inmediato es crucial para obtener buenos resultados funcionales posteriores, aunque en ocasiones no se diagnostican tempranamente.

Presentamos el caso de una paciente de 6 años con fractura-luxación de Monteggia diagnosticada tardíamente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 6 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor en codo derecho tras traumatismo mientras jugaba.

A la exploración, presenta dolor en codo, con intensa inflamación e impotencia funcional. No déficit neurovascular distal

Se realiza estudio radiológico y se diagnostica como fractura de cúbito proximal, por lo que se decide inmovilización con férula braquial y seguimiento en Consultas.

El seguimiento en consultas nos hace diagnosticar a las 3 semanas a la paciente como una fractura-luxación de Monteggia inveterada.

Qx: Mediante un abordaje de Boyd, se realiza osteotomía de 1/3 proximal de cúbito y OS con AK, lo que favoreció la reducción radial. La articulación quedaba estable y se optó por la reparación del ligamento anular (sutura) y refuerzo con AK capitulum-radio.

RESULTADOS:

El seguimiento clínico y radiológico en consultas fue satisfactorio. Se retiró inmovilización a las 6 semanas y se derivó a RHB. El rango de movilidad es de extensión -10°, flexión 125°, supinación completa y pronación intermedia.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La fractura-luxación de Monteggia en edad pediátrica, de forma aguda, puede tratarse de forma ortopédica. Para las formas inveteradas es necesario un tratamiento quirúrgico.

La lesión de Monteggia inveterada puede provocar dolor, limitación del rango de movilidad del codo y cúbito valgo inestable. En el niño, esta lesión, raras veces es dolorosa y a pesar de que puede limitar en cierta medida la pronación del antebrazo, no suele ocasionar grandes limitaciones funcionales.

Esta lesión debe tratarse mediante reducción abierta de la cabeza del radio asociada a la reconstrucción del ligamento anular con objeto de preservar la anatomía del codo. En ocasiones, la subluxación de la cabeza radial se ha asociado a la falta de corrección de la deformidad cubital por lo que es necesario una osteotomía cubital. En nuestro caso, la relativa integridad del ligamento anular, y la falta de experiencia con las técnicas de reconstrucción, nos hizo decantarnos por la sutura de ligamento anular y posterior osteosíntesis con AK capitulum-radio, consiguiendo unos resultados en el rango de lo que describe la literatura.

CP286

OSTEOSARCOMA DIAFISARIO DE FÉMUR. PRÓTESIS TUMORAL A MEDIDA.**Autores:** Prado Martín de Lucía, L.F.; Santos de la Fuente, J.; Olofsson Suárez-Bárcena, C.V.; Estades Rubio, F.J.**Centro:** Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Presentar, a través de un caso ilustrativo, una solución terapéutica eficaz para el tratamiento de ciertos tumores óseos malignos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 44 años sin alergias medicamentosas, hipotiroidismo. Acude a consulta dolor de carácter invalidante en muslo izquierdo de 2 meses evolución y no cede con analgésicos.

No episodio traumático. No síndrome constitucional.

EF: Dolor palpación posterior muslo izquierdo, deambulación con cojera. Movilidad cadera y rodilla izquierda conservada con leve dolor.

Rx/TC: Lesión lítica diafisaria fémur con afectación cortical. Reacción perióstica (Triángulo Codman) Insuflación cortical.

RMN: Lesión lítica agresiva diáfisis fémur insufla y rompe cortical posterior + afectación vasto intermedio, cabeza larga bíceps femoral e inserción vasto medial.

Body-TC: Normal.

AP: Osteosarcoma convencional. Estadio IIA (G2T1M0) 75%Necrosis No invasión neurovascular.

RESULTADOS:

Valorado por comité de tumores: QT neoadyuvante + Cirugía (Exéresis márgenes amplios + prótesis tumoral diafisaria fémur a medida "ImplantCast C-FIT 3D asociada a Placa puente) QT adyuvante.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Osteosarcoma convencional afecta metáfisis huesos largos. < 10 % en diáfisis, +frec en rodilla: extremo distal fémur (40 %) y extremo proximal tibia (15) %

Clínica: Dolor en zona tumoral no cede en reposo ni con analgésicos. Bulto palpable y doloroso.

15% pacientes mtx al diagnóstico (pulmón). Característico "skip metástasis"

Según bibliografía, la cirugía de conservación del miembro con preservación de función del mismo es el gold estándar.

Objetivos: resección oncológica adecuada, buena estabilidad esquelética y temprana recuperación funcional. Es fundamental terapias adyuvantes (QT pre y/o postcirugía).

Tipos de reconstrucción:

- Prótesis tumorales.
- Aloinjertos.
- Injertos vascularizados.
- Artrodesis.

La amputación, cada vez menos usada, pero tiene indicaciones:

- Diseminación extracompartimental.
- Afectación cutánea extensa.
- Tumor irresecable por grave alteración funcional extremidad.
- Afectación vasculonerviosa vitales y no reconstruibles.
- Recidiva cirugía previa.

En la actualidad las prótesis tumorales es una opción efectiva, proporciona estabilidad inmediata, carga precoz y recuperación funcional temprana. Nosotros optamos por prótesis tumoral diafisaria a medida con impresión 3D que nos facilitó mayor precisión en la cirugía. Es fundamental el abordaje multidisciplinar, quirúrgico y médico, de estos tumores por lo que se deben de realizar en centros con disponibilidad de recursos y equipos médicos experimentados.

CP287

TRATAMIENTO CON FEMORAL NECK SYSTEMN (SYNTHES) EN FRACTURA DE CADERA SECUNDARIA A OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DURANTE EL EMBARAZO.

Autores: Arrieta Martínez, C.; Moral Osuna, M.M.; Tara Abad, C.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La osteoporosis transitoria (OP) es una enfermedad esquelética idiopática y autolimitada que se presenta como pérdida de densidad ósea y adelgazamiento de la corteza. Por lo general, afecta a mujeres de mediana edad en el tercer trimestre del embarazo o mujeres primíparas justo después del parto.

Presentar el caso clínico de una paciente embarazada con fractura de cadera secundaria a osteoporosis (OP), explicar los mecanismos patológicos, diagnóstico y manejo terapéutico relacionados con este tipo de fractura. Se hace además una breve revisión de la bibliografía.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente gestante de 36+5 semanas de 24 años, quien ingresa en planta de Ginecología por dolor inguinal tras caída fortuita el día anterior. Posteriormente interconsultan al servicio de Cirugía Ortopédica para valoración. A la exploración presenta dolor a la movilización de cadera izquierda e imposibilidad para la bipedestación. Una vez descartada la causa obstétrica, se acuerda con la paciente la realización de radiografías anteroposterior y axial de cadera donde se diagnostica de fractura subcapital de cadera izquierda. AP: Psoriasis. Tras el diagnóstico, se decide junto con el servicio de Ginecología la realización de una cesaría programada dos días después y tras ésta, fijación interna con dispositivo FNS® bajo control de escopia. Al tercer día postoperatorio, tras los resultados de las pruebas complementarias y buen estado general de la paciente, se decide alta hospitalaria.

RESULTADOS:

Tras seis meses de la intervención la paciente se encuentra asintomática realizando todas las actividades de la vida diaria. En las radiografías de control no se aprecian signos de necrosis avascular de la cabeza femoral.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El tratamiento para pacientes jóvenes con fractura de cuello femoral es la reducción cerrada y la fijación interna. En nuestro caso, optamos por el FNS® como método de fijación interna. El diagnóstico tardío de estas fracturas puede

llevar al reemplazo de la articulación, siendo un procedimiento más costoso, asociado con más complicaciones y la necesidad de una cirugía de revisión en el futuro.

La OP a menudo es infradiagnosticada, pudiendo presentarse tarde al cirujano ortopédico para el tratamiento de las fracturas de fragilidad resultantes.

Las fracturas de cuello femoral generalmente ocurren 2 meses después del inicio de los síntomas, cuando la masa ósea está en su nivel más bajo. El sitio más común afectado es la cadera (particularmente en el lado izquierdo).

Aunque la etiología es desconocida, se asocian factores de riesgo como la mala nutrición, baja ingesta de calcio y antecedentes familiares.

El diagnóstico diferencial puede ser con pubalgia, artritis séptica, neoplasia maligna, trastornos sinoviales, distrofia simpática refleja y osteonecrosis.

CP288

ROTURA FLP CRÓNICA DEGENERATIVA Y RECONSTRUCCIÓN.

Autores: Navarro Mateo, J.; Álvarez Campillo, J.L.; Martínez, I.

Centro: Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Mostrar el tratamiento y evolución de un caso poco frecuente y descrito en la literatura que es la rotura degenerativa del tendón flexor largo del 1º dedo por portar una placa de osteosíntesis en zona volar de la muñeca.

MATERIAL Y MÉTODO:

Seguimiento de un varón 46 años sin patología concomitante significativa desde su fractura de radio hasta la rotura espontánea degenerativa y tratamiento quirúrgico del tendón flexor largo del primer dedo y su evolución.

RESULTADOS:

Resultados con evolución favorable, con pinza compete al flexionar los dedos (se hizo trasposición del tendón al flexor superficial del 4º dedo) , y movimientos de oposición ,flexo-extensión, aducción, abducción del 1º dedo completos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Con la presentación de este caso se ha mostrado el manejo quirúrgico de una lesión poco frecuente, como los hallazgos intraoperatorios pueden obligarnos a cambiar de técnica, y la evolución hacia la pinza competente gracias a la técnica de lazadas de pulvertaft para la sutura de tendones.

Varón de 46 años diestro sin patología significativa concomitante sufre una caída desde altura podando el 7/7/18 y sufre:Fx humeral diafisaria con afectación neurovascular (posteriormente desarrollará una contractura isquémica de Volkman), fx costales y fx del extremo distal del radio izquierdo conminuta.

Se opera el 17/7 puesto que se demoró debido a su estado basal y por complicaciones vasculares en el brazo derecho y lesiones del plexo braquial derechas.

Se le coloca un clavo trigen humeral a la fractura diafisaria humeral derecha y una placa DVR con controles posoperatorios correctos y consolidación adecuada en revisiones posteriores así como buena movilidad y funcionalidad sin dolor en muñeca izquierda pero con secuelas en brazo derecho.

El 15/10/18 se le da el alta por parte de traumatología.

El 11/11/19 acude a urgencias por notar un chasquido al intentar abrir el tapón de una botella y una impotencia para flexión de la interfalángica del 1º dedo de la mano diagnosticándose rotura espontánea degenerativa del flexor largo del 1º dedo por material de osteosíntesis previo en muñeca.

El 22/11/19 se procede a la retirada de la placa y la trasposición del tendón superficial del 4º dedo al cabo distal del tendón flexor largo del 1º dedo mediante sutura de pulvertaft junto con una sutura coronal , en la zona III-IV de Verdan.(en primera instancia se pretendía hacer una tenodesis con el tendón flexor profundo del 2º dedo, pero en la cirugía dicha zona tenía una fibrosis difusa por la placa y los tendones más radiales estaban parcialmente degenerados) Se revisa a los 6 días del alta y se retira la férula iniciando los ejercicios de flexo extensión pasivos asistidos de muñeca y dedos.

El 12/12/19 se revisa nuevamente con funcionalidad más que aceptable, buen balance y pinza competente al flexionar los dedos de la mano.

Se indican movimientos activos y continuar en rehabilitación.

En este hombre era crucial recuperar la pinza competente en la mano izquierda puesto que tiene lesiones neurovasculares irrecuperables en el brazo derecho dominante.

CP289

FRACTURA POR ESTRÉS DE CALCÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Arrieta Martínez, C.; Soler Vasco, B.; Martínez Sola, R.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas por estrés ocurren como resultado de lesiones microscópicas sufridas cuando el hueso está sujeto a tensiones máximas repetidas. Con el tiempo, la acumulación de tales lesiones puede conducir a fallos macroestructurales y fracturas francas.

Presentar el caso clínico de una paciente con fractura por estrés de calcáneo, explicar los mecanismos patológicos, diagnóstico y manejo terapéutico relacionados con este tipo de fractura. Se hace además una breve revisión de la bibliografía.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 58 años que acude a Consultas Externas de Traumatología derivada de atención primaria por evolución tórpida de fascitis plantar de ambos pies. La paciente refiere dolor e inflamación en retropié de ambos pies de dos meses de evolución que comenzó tras haber realizado una larga distancia caminando. A la exploración presenta inflamación con dolor a la carga en ambos talones. AP: No conocidos Radiografía axial y lateral de pie derecho e izquierdo: No se aprecian signos sugerentes fractura. Se pautan ejercicios de estiramiento de Aquiles y fascia plantar. Se solicita resonancia magnética (RMN) de ambos pies, que se realiza al mes e informan de fractura de estrés de proceso posterior de calcáneo izquierdo. Tras conocerse el resultado de la RMN y continuar con clínica dolorosa se decide derivar a Rehabilitación e inmovilizar con Walker.

RESULTADOS:

Tras 3 meses de rehabilitación se reevalúa a la paciente presentando gran mejoría clínica. Tolerancia la carga de miembro afecto con movilidad de tobillo completa conservada. Radiografías de control no se aprecian signos de fractura. En la actualidad la paciente se encuentra asintomática realizando todas las actividades de la vida diaria.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El conocimiento de las fracturas por estrés es importante ya que con frecuencia se omite el diagnóstico y se retrasa el tratamiento apropiado. La identificación tardía puede asociarse con dolor prolongado y discapacidad y puede predisponer a la no unión. Los casos de fractura por estrés de calcáneo son frecuentes y es de utilidad exponer la presentación clínica, diagnóstico y las opciones terapéuticas para un correcto manejo.

Las fracturas por estrés del calcáneo representan una lesión relativamente común. Son la segunda fractura por estrés más vista del pie en hombres (después del metatarsiano) y la más frecuente en mujeres. La parte posterior es la más frecuentemente dañada, por delante de las partes anterior y media.

La causa puede ser debida a la resistencia del tendón de Aquiles para resistir la flexión plantar, en combinación con el golpe repetitivo del talón.

El tratamiento conservador generalmente es la primera opción, con inmovilización y restricción de la actividad deportiva. A pesar de que la carga de peso no está restringida, las fracturas de estrés calcáneo generalmente no se tratan quirúrgicamente, y el desplazamiento es raro.

CP290

PSEUDOARTROSIS ASÉPTICA DE LAS FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS DE CODO.

Autores: Rodríguez Romero, M.I.; González Cuadrado, A.V.; Raya Llorente, M..

Centro: Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La Pseudoartrosis aséptica es una complicación tardía de las fracturas supracondíleas de codo. El riesgo de pseudoartrosis se incrementa de forma notable en el caso de fracturas patológicas, como aquellas debidas a la osteoporosis.

Presentar un caso de fractura patológica sobre hueso osteoporótico con secuelas de pseudoartrosis y su tratamiento mediante osteosíntesis con placas de compresión e injerto óseo autólogo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de VFBO, mujer de 28 años con antecedente de parálisis cerebral. En 2016 tras una caída fortuita en una transferencia sufre una fractura supracondílea de codo izquierdo, que es tratada en otro centro mediante osteosíntesis con dos placas y tornillos. Acude a nuestras consultas por dolor a la movilización del codo y a la palpación del material de osteosíntesis, por lo que se realiza extracción del material excepto dos tornillos en epitroclea con lo que mejora del dolor, aunque persiste pseudoartrosis de los fragmentos. En diciembre de 2019 acude de nuevo al servicio de urgencias nuevamente por dolor e impotencia funcional en MSI tras traumatismo mínimo (sujeción por parte de su padre en un episodio de crisis convulsiva). En la Rx se observa fractura supracondílea proximal a foco de pseudoartrosis. Se interviene quirúrgicamente, realizándose osteosíntesis de la nueva fractura supracondílea y cruentación de foco de pseudoartrosis con aporte de injerto de cresta iliaca. Fijación con placas de compresión medial y posterior y tornillo de compresión desde epicóndilo a fragmento metafisodifisario.

RESULTADOS:

A los 4 meses posquirúrgicos la paciente no refiere dolor con la movilización, presentando un rango de movilidad articular similar al previo. En la Rx se aprecian signos de consolidación de la fractura.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La Pseudoartrosis es una complicación tardía de las fracturas supracondíleas de codo que se reduce con el uso de placas de compresión (ya que aportan mayor estabilidad que las placas de reconstrucción) y con el aporte de injerto autólogo esponjoso, que facilita la consolidación.

CP291

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PRECOZ EN LA FASCITIS NECROTIZANTE.

Autores: Rodríguez Romero, M.I.; González Cuadrado, A.V.; González Suárez, J.J.

Centro: Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Al hablar de FN nos referimos a la forma más grave de infección de partes blandas en nuestros días. Supone una rápida destrucción y necrosis tisular acompañada de importante toxicidad sistémica y alta mortalidad.

Su diagnóstico inicial debe ser de sospecha clínica y nunca las pruebas complementarias deben retrasar a la exploración quirúrgica, ya que su pronóstico depende en gran medida de un diagnóstico precoz y de un tratamiento agresivo inmediato.

Presentar un caso de fascitis necrotizante donde se obtuvo un buen resultado gracias a un tratamiento quirúrgico precoz.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presento el caso de FPV, varón de 47 años de edad que acude a urgencias por herida en brazo derecho de 8 días de evolución exudativa con malestar general e hipotensión. A la exploración presenta MSD edematizado, tumefacto con herida puntiforme en flexura de codo con drenaje purulento, con crepitación a nivel deltoidea que se extiende hasta parte anterior de tórax. El paciente no precisa mecanismo exacto de producción, comentan haberse clavado un objeto indeterminado. Rx con burbujas de aire en cara interna de brazo. Ante estos hallazgos se decide intervenir quirúrgicamente de urgencias realizándose fasciotomía de compartimento anterior del brazo observándose necrosis de tejido celular subcutáneo, fascia muscular y vientre muscular de bíceps braquial con afectación de capa profunda de pectoral mayor. Lavado abundante de espacio axilar y subpectoral de donde proviene drenaje purulento y desbridamiento de fascia y músculos necróticos. Tras esto se instaura tratamiento antibiótico intravenoso y cura en quirófano cada 48 horas donde se va limpiando la zona y aproximando bordes (total de 7 curas) hasta quedar cerrado con un defecto de cobertura en zona proximal, que se cubre por parte de Cirugía Plástica mediante un injerto de piel parcial. Tras esto el paciente es dado de altas con curas periódicas.

RESULTADOS:

El paciente a día de hoy presenta una buena calidad de vida, con un balance articular completo de MSD. Fuerza y sensibilidad conservadas. No presenta ningún tipo de secuelas.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La fascitis necrotizante es una grave enfermedad caracterizada por su rápida instauración, agresividad y mal pronóstico.

Por esto, ante su sospecha debemos actuar con agresividad (desbridamiento, antibioterapia de amplio espectro y manejo multidisciplinario en unidad de cuidados intensivos).

CP294

OSTEOMIELITIS PIÓGENA CRÓNICA EN FRACTURA DE CÓNDILO HUMERAL TRATADA CON AGUJAS DE KIRSCHNER: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: García Hernández, J.M.; Barcia Villalobos, M.; Camacho Serrano, F

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de cóndilo humeral externo en los niños y su tratamiento con agujas de Kirschner es frecuente. Sin embargo, la osteomielitis crónica piógena es una patología poco habitual (0-4%). Dado que la clínica y la analítica pueden ser anodinas, es fundamental un alto índice de sospecha para evitar las potenciales secuelas. A fin de divulgar esta entidad y contemplarla en el diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas locales sobre una región previamente intervenida, se expone un caso donde se afronta el diagnóstico, manejo y tratamiento de la osteomielitis crónica tras la cirugía de una fractura de cóndilo humeral externo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Infante de 6 años que acude a Urgencias por dolor en codo izquierdo de horas de evolución asociado a tumoración blanda y dolorosa. Afebril y sin signos flogóticos. Antecedente de fractura de cóndilo humeral externo de codo izquierdo (Milch tipo I) tratada 2 años antes con reducción abierta y fijación interna con dos agujas de Kirschner. Analítica anodina con discreto aumento de PCR y VSG. Radiografía sin hallazgos patológicos. Ecografía compatible con celulitis. Se instaura tratamiento antibiótico endovenoso sin obtener mejoría clínica. Nueva ecografía con moderado derrame articular. Se trata mediante artrotomía con evacuación de líquido turbio donde se aísla *Staphylococcus aureus*. Se realiza RNM y se objetiva zona de secuestro en región de epicóndilo humeral compatible con foco de osteomielitis. Ante la sospecha clínica, se realiza limpieza quirúrgica de la zona con posterior aplicación de perlas de sulfato cálcico impregnadas con vancomicina y tobramicina. Se mantiene antibioterapia hasta completar 6 semanas y se realizan curas diarias de la herida.

RESULTADOS:

Resolución completa del cuadro con recuperación funcional total.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La osteomielitis crónica relacionada con la fijación interna mediante agujas de Kirschner es rara. No obstante, ante un paciente con clínica local y dicho antecedente, se debe tener presente esta patología. Además, tras el fracaso de un primer desbridamiento quirúrgico, el uso de sustitutivo óseo junto con antibióticos locales se presenta como una opción con excelentes expectativas.

CP295

OSTEOMIELITIS CRÓNICA EN DIÁFISIS TIBIAL POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: García Hernández, J.M.; García Romero, D.; Martín Ramos, F.

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La osteomielitis tuberculosa en huesos largos es una patología rara que compromete la estructura ósea y las partes blandas adyacentes. Su clínica inespecífica y lenta evolución pueden suponer una gran destrucción ósea y articular en el momento del diagnóstico si el índice de sospecha no es alto. Exponer un caso en el que se aborda el diagnóstico, manejo y tratamiento de la osteomielitis crónica por *Mycobacterium tuberculosis* para divulgar esta entidad e incluirla en el diagnóstico diferencial en pacientes con lesiones osteolíticas en huesos largos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente diabético de 77 años con dolor, enrojecimiento y lesión abscesificada en región pretibial izquierda de 2 meses de evolución y sin respuesta al tratamiento antibiótico oral. Afebril, sin antecedente de traumatismos ni picaduras. Analítica anodina con PCR discretamente elevada. Radiografía convencional con imagen osteolítica de bordes bien definidos y sin reacción perióstica en diáfisis tibial. Se indica tratamiento quirúrgico, realizándose drenaje y curetaje del absceso endomedular y se rellena con sulfato cálcico mezclado con gentamicina y vancomicina, además de comenzar con antibioterapia empírica. Además del cultivo habitual, se realizó tinción ácido alcohol resistente de las muestras obtenidas, que resultó negativa, y PCR de *Mycobacterium tuberculosis*, que fue positiva. Tras este resultado,

se cambió a tratamiento tuberculostático con isoniácida, rifampicina, pirazinamina y etambutol. A los 4 meses se realiza RNM de control donde se objetiva estabilización del proceso y se sustituye el tratamiento por isoniácida y rifampicina.

RESULTADOS:

Evolución favorable del paciente, con tolerancia al tratamiento prescrito y reincorporación a sus actividades previas. Herida quirúrgica sin signos infecciosos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La osteomielitis tuberculosa es una forma de presentación poco habitual de la tuberculosis que cursa de manera insidiosa pero con gran afectación local. La PCR de *Mycobacterium tuberculosis* permite un diagnóstico temprano, esencial para mejorar el pronóstico y llevar a cabo un tratamiento efectivo con el menor número de comorbilidades posibles. La combinación de cirugía y antibioterapia (local y sistémica) se presentan como una opción terapéutica óptima con buenos resultados.

CP296

LUXACIÓN COMPLEJA METACARPO-FALÁNGICA DEL 1º DEDO.

Autores: Cartagena Roa, L.; Sierras Cristia, A.; Rodríguez Matute, A.

Centro: Hospital Santa Ana. Motril, Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Estudiar los diferentes tipos de luxaciones metacarpofalángicas del primer dedo y sus tratamientos, utilizando un caso clínico como ejemplo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 42 años que acude a urgencias con 1º dedo de la mano derecha en posición paralela con respecto a metacarpiano, con leve flexión de articulación interfalángica. La cabeza del 1º MTC se palpaba de forma prominente en la porción volar.

RESULTADOS:

Tras intento de reducción cerrada con anestésico local fallido, se redujo en quirófano bajo sedación realizando la maniobra correcta, evitando simple tracción. La exploración neurovascular era normal antes y después de la reducción. Se inmovilizó con férula con soporte de pulgar durante 10 días.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las luxaciones MCF son inusuales en gente joven. Son generalmente dorsales, más frecuentemente por un mecanismo de hiperextensión de la articulación, provocando una avulsión de la placa volar en el metacarpiano y, de esta forma, el desplazamiento dorsal de la falange proximal sobre la cabeza del metacarpiano. Su tratamiento de elección es la reducción cerrada, aunque de manera frecuente hay tejido blando interpuesto, siendo necesaria la reducción abierta. La luxación MCF más frecuente es la del 2º dedo. Se pueden asociar con fracturas de la base de la falange proximal o de la cabeza del metacarpiano hasta en un 50% de los casos.

Se distinguen dos tipos, luxación simple completa y luxación compleja completa. En la simple, la falange proximal se encuentra a 90º con respecto al MTC, no hay interposición de la placa volar y se puede realizar reducción cerrada. En la compleja, se encuentran paralelos entre sí la falange proximal y el MTC, siendo en este tipo en el que se interpone la placa volar y es necesaria la reducción abierta. Hay que evitar la reducción cerrada realizando simple tracción para evitar la conversión de una luxación simple en una compleja. La reducción se realiza realizando presión directa sobre la falange proximal en sentido volar con la muñeca en flexión para relajar los flexores extrínsecos (flexor largo del pulgar, flexores profundos de los dedos, flexor radial del carpo), principalmente el flexor largo del pulgar. En nuestro caso, pese a tratarse clínicamente de una luxación compleja, fue posible la reducción cerrada en quirófano bajo sedación. Como conclusión, siempre hay que intentar realizar tratamiento conservador, y una vez que este falle, recurrir si es necesario a la reducción abierta.

Como conclusión, siempre hay que intentar realizar tratamiento conservador, y una vez que este falle, recurrir si es necesario a la reducción abierta.

CP299

FRACTURA DEL CUERPO DEL GANCHOSO ASOCIADA A LUXACIÓN DE LA BASE DEL CUARTO Y QUINTO METACARPIANO: UNA ENTIDAD INFRECIENTE Y A MENUDO NO DIAGNOSTICADA.**Autores:** López Cuquerella, L.; García Carmona, M.; Manzano Sánchez, V.**Centro:** Complejo Hospitalario de Jaén.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Dentro de las fracturas de los huesos del carpo, las fracturas de ganchoso son muy infrecuentes (menos del 2%), por lo que suelen pasar desapercibidas en un gran porcentaje de los casos con un pronóstico incierto. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de un paciente con una fractura del cuerpo del ganchoso asociada a una luxación del 4º y 5º metacarpiano.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de un varón de 29 años que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital con dolor y deformidad en mano izquierda tras traumatismo directo dando un puñetazo a una pared. A la exploración presentaba una luxación de la base del 4º y 5º metacarpianos que se redujo de forma cerrada en urgencias. En las radiografías post-reducción se observaba una imagen dudosa compatible con fractura a nivel del carpo, motivo por el cual se decidió Solicitar un TC de mano en el que se confirmó una fractura del cuerpo del ganchoso con una subluxación parcial del 5º metacarpiano asociada.

Se decidió entonces realizar una reducción abierta y fijación interna a través de un abordaje dorsal con un tornillo de 2,4mm, consiguiéndose una reducción articular anatómica y una estabilidad completa de la luxación del 5º metacarpiano.

RESULTADOS:

En el postoperatorio inmediato se inmovilizó al paciente con una férula antebraquiopalmar durante 3 semanas y posteriormente comenzó tratamiento rehabilitador. La evolución fue satisfactoria, consiguiéndose la consolidación completa de la fractura sin secuelas, con una movilidad completa comparada con la mano contralateral a los 4 meses. Se planteó posteriormente la retirada del tornillo que fue rechazada por el paciente al encontrarse asintomático.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas del cuerpo del ganchoso constituyen una lesión infrecuente pero de difícil diagnóstico con un pronóstico incierto. A pesar de la escasa bibliografía disponible en la actualidad, en casos de desplazamiento o de lesiones asociadas se recomienda realizar tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta y fijación interna con tornillos o agujas.

CP300

ESTABILIZACIÓN ESCAFOLUNAR MEDIANTE TÉCNICA "RALS MODIFICADA". A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Luque Valenzuela, M.; Cartagena Roa, L.M.; Lorenzo Machado, R.**Centro:** Hospital General Básico Santa Ana, Motril. Granada.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La inestabilidad escafo-lunar (IEL) consecutiva a un traumatismo, es una patología que ha despertado un enorme interés en los años más recientes. El mejor conocimiento de la anatomía y biomecánica, junto con la mayor experiencia clínica adquirida con estas lesiones, han permitido entender mejor el funcionamiento normal de la muñeca, así como las alteraciones que se producen cuando las estructuras estabilizadoras se lesionan. La IEL constituye un abanico de lesiones que abarca desde la inestabilidad pre-dinámica originada por una distensión o rotura parcial del LEL, hasta una inestabilidad estática en la que una rotura completa del ligamento se acompaña de un fracaso de los estabilizadores secundarios de la articulación. Además, podemos tener que enfrentarnos a la lesión de forma aguda, tras un traumatismo reciente, o de forma tardía, cuando el paciente consulta por molestias de cierto tiempo de evolución, incluso sin recordar traumatismo causal específico. EL diagnóstico es clínico radiológico y en estadios agudos se debe tener un alto índice de sospecha, evidenciándose en las pruebas de imágenes en caso de lesiones estáticas. La artroscopia constituye el patrón oro en el diagnóstico de las lesiones del LEL al permitir la visión directa del mismo y del estado de la articulación. El tratamiento de la IEL sigue siendo un tema controvertido y no resuelto.

Presentación de la técnica RALS como alternativa de tratamiento reproducible en casos de IEL crónicas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 56 años trabajador manual con traumatismo banal muñeca izquierda hace 6 meses diagnosticado en ese

momento como esguince muñeca, acude a consulta con persistencia de dolor y pérdida de fuerza progresiva. Las pruebas de imagen arrojan Diástasis ES de 4 mm, Signo del anillo de sello y DISI del carpo (ángulo ES: 80°, con RMN que confirma rotura crónica del Ligamento ES y ausencia de lesiones condrales radio y mediocarpiana. Teniendo en cuenta dichos hallazgos se clasificó como Estadio V de IEL de calificación de García Elías. Se realizó una Reducción y Asociación ES(RASL) con tornillo tipo Herbert de 3 mm de forma MISS, con el propósito de crear una unión fibrosa similar a la nativa.

RESULTADOS:

Obtuvo una mejoría de los parámetros radiológicos (distancia ES de 1.75 mm, alineación del carpo con ángulo ES de 55°). A los 6 meses el paciente presenta un EVA de 2, pérdida mínima de flexión volar y recuperación total de la fuerza, que no interfiere en su actividad laboral.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El diagnóstico precoz es un elemento fundamental en el pronóstico, y el que abre la puerta a un tratamiento mínimamente agresivo. La cirugía de la IES ha experimentado un avance significativo en los últimos años, tanto la cirugía abierta como la asistida por artroscopia. La técnica RALS se presenta como una alternativa atractiva y coste efectivo en el manejo de casos avanzados de IES.

CP301

TÉCNICA QUIRÚRGICA. MANIOBRA REDUCCIÓN FRACTURA-LUXACIÓN COLUMNA DORSOLUMBAR.

Autores: Martínez Najarro, C.; Díaz Martín, P.; Pérez Cobo, A.; Vela Panés, T.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas-luxaciones vertebrales son fracturas que, por su inestabilidad, deben ser intervenidas. Dada la complejidad de estas lesiones, es necesario establecer una correcta planificación prequirúrgica para realizar una correcta reducción y fijación de las mismas.

Describir la técnica quirúrgica aplicada en el tratamiento de las fracturas-luxaciones completas toracolumbares.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se revisan dos casos de fractura-luxación toracolumbar completa intervenidos en nuestro servicio. El primero de los casos es una fractura luxación T12-L1 y, el segundo, una fractura de L1 con luxación respecto a T12.

Para llevar a cabo la reducción y fijación de las fracturas se realiza en primer lugar un abordaje posterior en línea media. Posteriormente, una vez se ha diseccionado hasta el plano vertebral, se realiza una fijación mediante tornillos transpediculares y dos barras cortas a nivel proximal y distal de la fractura, incluyéndose tanto el nivel superior de la luxación en la barra proximal como el nivel inferior en la barra distal.

A continuación, el cirujano realiza una maniobra de reducción asiendo las barras que consta de tres pasos: En primer lugar, distracción de ambos extremos. En segundo lugar, aplicación de fuerza anterior a nivel proximal y de fuerza posterior a nivel distal para terminar de desimpactar las carillas articulares. Finalmente, se aplican fuerzas en sentido contrario para realizar la reducción anatómica.

Una vez reducida la fractura, se colocan secuencialmente barras largas en sustitución de las barras cortas para realizar la fijación definitiva. Estas barras largas deben fijarse al menos hasta dos niveles superiores de la fractura-luxación vertebral. Se comprueba por fluoroscopia la correcta colocación, se sella la dura mediante parches de gel y se realiza el cierre por planos.

Es necesario realizar una planificación prequirúrgica minuciosa y conocer en profundidad las maniobras de reducción para no realizar mayores daños a nivel medular.

RESULTADOS:

Se consigue la reducción anatómica y fijación de la fractura desde T9-L2 en el caso A y T11-L3 en el caso B.

No se observan cambios a nivel neurológico de los pacientes entre el pre y el postoperatorio según la clasificación de ASIA, permaneciendo ambos en el estadio A.

No se observan complicaciones atribuibles a la intervención o al material de osteosíntesis. Se realiza un primer control a los 6 meses y posterior seguimiento anual por parte de traumatología, continuando en seguimiento por unidad de rehabilitación medular de zona de referencia.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

- Las fracturas luxaciones vertebrales son lesiones muy inestables.

- Se precisa realizar una reducción anatómica de las fracturas para su correcta estabilización.

CP302

ALTERNATIVAS EN LA CIRUGÍA DEL PIE PLANO VALGO RÍGIDO DEL ADULTO.**Autores:** Pulido Albertus, F.; Martín Ortega, J.A.; Robles Molina, J.J.**Centro:** Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El pie plano del adulto es un reto para los cirujanos ortopédicos. Existen varias opciones de tratamiento, dependiendo de la clínica y el estado evolutivo de la deformidad.

Se presenta un caso clínico de un paciente con pie plano valgo rígido doloroso.

Se valoran varias opciones quirúrgicas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Realizamos estudios radiográficos y TAC. Estamos ante un pie plano grado IIB de la clasificación de Bluman.

Con el objetivo de preservar las articulaciones del pie y del tobillo, optamos por realizar una artrodesis calcáneoastragalina mediante injerto de cresta iliaca y fijación con grapa.

Realizamos un abodaje externo submaleolar y llevamos a cabo la osteotomía y la implantación de injerto autólogo de cresta iliaca consiguiendo un valgo de talón de unos 5-10º y conseguimos también la reducción de la supinación del antepie.

Se colocó una férula durante un mes. Posteriormente completó el tratamiento con fisioterapia.

Tanto estética como funcionalmente los resultados fueron buenos.

RESULTADOS:

Se describen actualmente tres tipos de osteotomías para el pie plano valgo rígido doloroso:

- osteotomía medializadora de calcáneo (Koutsogiannis)
- osteotomía de alargamiento de la columna externa (Evans)
- osteotomía de Cotton para la supinación del antepie.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El objetivo de la cirugía correctora del pie plano es reducir el mayor número de artrodesis a la par que se consiguen buenos resultados clínicos.

Dependiendo de la deformidad del pie optaremos por las osteotomías más necesarias según el caso.

CP303

TUMORACIÓN INFRECIENTE EN MANO: ANGIOLEIOMIOMA.**Autores:** Pulido Albertus, F.; Martín Ortega, J.A.; Novoa Buitrago, A.T.**Centro:** Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Angioleiomioma, conocido también como leiomioma vascular. Es un tumor benigno. Su origen parece estar relacionado con la proliferación de células musculares en las paredes vasculares.

Se presenta el caso clínico de un paciente con una tumoración en área tenar de la mano que tras su exéresis, se confirma que es un angioleiomioma.

El paciente presenta dicha tumoración dolorosa desde hace unos seis meses sin antecedente traumático.

MATERIAL Y MÉTODO:

Tras la exploración se decide realizar pruebas de imagen que ayuden al diagnóstico.

Se realiza radiografía en la que se puede visualizar leve aumento de partes blandas en la región tenar y ecografía, describiendo la tumoración como tumoración de contenido heterogéneo en el espesor del tejido celular subcutáneo.

Se procede a la exéresis objetivándose una tumoración ubicada en la musculatura tenar de consistencia blanda de tamaño considerable. Es un tumor blanquecino de parénquima homogéneo.

Se envía la muestra para anatomía patológica.

Se informa como angioleiomioma.

Tras el diagnóstico se solicita resonancia de control para valorar la exéresis completa del tumor.

RESULTADOS:

El angioleiomioma es un tumor de difícil diagnóstico, principalmente se diagnostica tras el análisis anatomopatológico.

Es un tumor benigno con una baja recurrencia (<1%) El tratamiento de elección es la simple exéresis.

El diagnóstico diferencial se suele hacer con angiomiolipoma y leiomioma sarcoma.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El angioleiomioma es un tumor benigno infrecuente en miembro superior que su diagnóstico definitivo lo suele dar la anatomía patológica.

CP304

ALOINJERTO DE HUESO CORTICAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE FÉMUR. CASO CLÍNICO RESUELTO CON EXCELENTE RESULTADO.

Autores: Torres Morillo, J.A.; Revuelta Romo, J.; Sánchez Martos, M.; Matas Llerena, A.; Angulo Gutiérrez, J.

Centro: Hospital de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Analizar el resultado del tratamiento de la Fractura Periprotésica de Fémur con placas de osteosíntesis y cables complementados con aloinjerto de hueso cortical.

MATERIAL Y MÉTODO:

Caso clínico de Paciente Mujer de 75 intervenida de ATC Dcha y que 2 años después sufre caída presentado Fractura Periprotésica de Fémur tipo B1 de Vancouver. Tratada en un inicio con placa de osteosíntesis y cables de Dall Miles, la paciente experimenta un crujido y dolor intenso en miembro intervenido tras de meses de evolución postoperatoria favorable. Comprobamos el fracaso del sistema de fijación interna y se plantea una nueva reducción de la fractura y fijación interna con placa de osteosíntesis y cables de Dall Miles a los que se añaden dos placas de aloinjerto de hueso cortical.

RESULTADOS:

A los 6 meses de la segunda cirugía la paciente presenta consolidación de la fractura y buen balance articular.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Las fracturas tratadas únicamente mediante reducción abierta y fijación interna con placa LCP y cables ha registrado una alta tasa de fracaso presentando numerosos fallos tanto en la reducción como en la consolidación de la fractura. Numerosos estudios avalan que el uso de una placa LCP lateral con cables, complementada con aloinjerto de cortical situado lateral o anterior en el fémur, proporciona un mayor stock óseo y de esta forma una mayor estabilidad mecánica para mantener la reducción de la fractura y además favorece el proceso de consolidación de la misma.

CP305

¿ES LA FRACTURA DE MUÑECA, TOBILLO Y CADERA EL MISMO TIPO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA?

Autores: García Romero, D. (1); Olmo Montes, F.J. (1); García Hernández, J.M.(1); Marcos Rabanillo, R.(1); Montoya García, M.J.(2).

Centro: 1. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. 2. Universidad de Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La fractura de la extremidad distal del radio (FrEDR) es común en el paciente osteoporótico, considerándose como una fractura por fragilidad, en relación con una baja DMO y en muchas ocasiones se sigue años posteriores de fractura de cadera (FrC). La fractura de tobillo (FrT) presenta ciertas similitudes con la FrEDR, ambas aparecen en huesos metafisarios ante lesiones de baja energía. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es comparar los tres tipos de fracturas (FrT, FrEDR y FrC), en cuanto a su distribución epidemiológica, DMO y factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos un estudio observacional, descriptivo, usando la base de datos de registro de fractura osteoporótica de la FLS Hospital Universitario Virgen Macarena y la base de datos del registro de la fractura de Tobillo en pacientes mayores de 50 años. Las variables analizadas han sido edad, antecedentes de fracturas principales osteoporóticas previas, nº de fármacos que toma y DMO en columna lumbar y cuello de Fémur (DXA)- Hologic QDR-1000.

RESULTADOS:

La edad media de los pacientes que presentan una fractura de cadera es sensiblemente mayor, 77 años con respecto a los 68 años de media en los pacientes que presentan FrEDR Y FrT, encontrando además una mayor polimedicación en el primer grupo. El antecedente de fractura por fragilidad previa estaba presente en el 24% de FrC (la más común otra FrC previa); en el 28,6% de FrEDR (62,5% otra FrEDR) y en 13,9 % de FrT (80% eran FrEDR). Un 70 % de los pacientes

con FrC presentaron una DMO con valor de $T < -2,5$.

Fractura Cadera (FrC) Fractura extremidad distal Radio (FrEDR) Fractura Tobillo (FrT)

Edad media (años) 77 68 62

Nº medio fármacos en tratamiento habitual 8 5 2

Antecedente de fractura por fragilidad (%) 24% 28,6% 13,88%

Fr Cadera 37,5% 0% 20%

FrEDR 20% 62,5% 80%

Fr Húmero 12,5% 6,25% 0%

Fr Vertebral 22,5% 18,75% 0%

Otras 7,5% 12,5% 0%

DMO cuello femoral o columna lumbar (t-score)

$< -2,5$ 70% 45% 8%

-2,5 a -1 31% 52% 19,44%

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Con estos resultados preliminares podemos concluir que la Fractura de Tobillo guarda algunas similitudes con la fractura distal de radio, se produce comúnmente en personas sexagenarias, en la mayoría de casos con antecedentes de fractura osteoporótica previa de localización en EDR, pero escaso número de estos pacientes presentan masa ósea en rango osteoporótico.

CP306

LEIOMIOSARCOMA DE PARTES BLANDAS.

Autores: García Meléndez, G.; Fernández de Arróyabe, N.; Montáez Ruiz, M.

Centro: Hospital Regional de Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los sarcomas de partes blandas (SPB) son neoplasias malignas que afectan a tejidos extraesqueléticos. A la hora de evaluar estas tumoraciones no debemos olvidar en las anamnesis antecedentes que nos puedan orientar al diagnóstico, como: traumatismos, neoplasias, inmunodepresión, medicación anticoagulante, etc. Así mismo valoraremos diferentes datos clínicos que deben hacernos sospechar que nos encontramos ante un SPB. Los SPB pueden darse a cualquier edad, si bien, a mayor edad del paciente mayor debe ser la sospecha de SPB.

Describir un caso clínico de una paciente con leiomioma de partes blandas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 67 años que acude al Servicio de Urgencias por tumoración atraumática de crecimiento progresivo en antebrazo derecho de más de una semana de evolución que impide la flexión de codo y muñeca. En la radiografía simple no se observan fracturas. Se realiza Ecografía de MSD con el resultado de hallazgos sugestivos de hematoma intramuscular. RMN: lesión de partes blandas, de aspecto heterogéneo, planteando el diagnóstico diferencial de hematoma crónico expansivo, sarcoma de partes blandas y absceso crónico. TC toracoabdominopélvico de extensión: Negativo PET-TC de cuerpo entero: masa hipermetabólica en antebrazo compatible con neoplasia primaria. Múltiples nódulos pulmonares bilaterales con intensa captación compatibles con diseminación metastásica. Posteriormente se procede a la extirpación de masa que se envía a anatomía patológica obteniendo resultado de sarcoma de alto grado de malignidad tipo LEIOMIOSARCOMA. Se procede a realizar amputación transhumeral obteniendo en anatomía patológica de la masa el resultado de: Leiomioma de alto grado. La paciente termina falleciendo.

RESULTADOS:

El tratamiento integrado de estas neoplasias y la discusión de todas las opciones terapéuticas en centros especializados permite tener esperanza de mejoría en los resultados. La cirugía oncológica seguirá siendo la mejor arma contra esta neoplasia, complementándola con Radioterapia local y Quimioterapia en la prevención o tratamiento de la enfermedad diseminada. El manejo de una tumoración de partes blandas debe plantearse desde el punto de vista de las técnicas de imagen, debiendo indicar y guiar la realización de biopsia siempre que existan dudas respecto al grado de benignidad/malignidad de la lesión o su recidiva.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

1. En los sarcomas de bajo grado, el tratamiento quirúrgico amplio garantiza la curación local con una tasa de SPV de 90% a los 5 años en tanto que los de alto grado es de un 50%.

2. La expectativa de vida de los pacientes con metástasis es inferior al año incluso con regímenes quimioterápicos agresivos.

CP307

FRACTURA SUPRAINTERCONDÍLEA CON RIESGO DE LESIÓN NEUROVASCULAR.

Autores: García Meléndez, G.; Fernández de Arróyabe, N.; Montáez Ruiz, M.

Centro: Hospital Regional de Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de humero distal plantean difíciles decisiones terapéuticas. Llevar a cabo un tratamiento inadecuado de estas fracturas puede tener consecuencias como la rigidez, el dolor y deformidades importantes en la región del codo. Para evitar la rigidez que conllevaría una inmovilización prolongada o una tracción, se requiere la reducción y fijación estable de estas fracturas y comenzar la movilización activa de forma precoz.

Hay varios factores que van a influir en el resultado del tratamiento, entre los cuales se encuentran: la edad del paciente, el estado del hueso, el tipo de fractura, lesiones de partes blandas concomitantes, etc. En este tipo de fracturas pueden producirse graves lesiones de cualquiera de los nervios y vasos que atraviesan el codo. Una gran tumefacción puede poner en peligro la circulación. La presencia de pulsos palpables o la existencia de un buen relleno capilar no garantiza un estado vascular intacto.

Describir el manejo y evolución de un paciente con fractura supraintercondílea de humero distal derecho. (Clasificación AO: 13-C2.1).

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 52 años, que acude al Servicio de Urgencias refiriendo dolor en codo derecho, con impotencia funcional, deformidad e inflamación. Dolor e impotencia funcional del miembro superior derecho, con dolor a la palpación en región de codo derecho. Crepitación en la región, con gran tumefacción, sin hematoma presente y sin soluciones de continuidad. Pulsos distales débiles, sin alteraciones sensitivas ni motoras. Pruebas complementarias: Se observa fractura cerrada supraintercondílea de codo derecho, según clasificación AO (13-C1.2) Plan: Se cursa ingreso a cargo de COT y se interviene de urgencias ante el riesgo neurovascular de la fractura. Se realiza reducción abierta y fijación interna con doble placa mediante abordaje posterior. El paciente es dado de alta al cuarto día de ingreso, con evolución de la herida quirúrgica y control radiográfico postquirúrgico satisfactorios.

RESULTADOS:

Las comparaciones entre las distintas series que podemos encontrar en la evidencia científica actual son difíciles debido a los diferentes criterios empleados para calificar los resultados de la cirugía. Sin embargo, Cassebaum describe un método eficaz para definir los resultados. Mediante éste, las series más recientes obtuvieron un 75-80% de buenos resultados. Hasta ahora no hay evidencia de haber obtenido menos de un 15% de malos resultados. El punto en común en el que coinciden los distintos autores es la necesidad de realizar una buena anamnesis y exploración física a los pacientes con fracturas de húmero distal, debido al compromiso neurovascular que pueden conllevar.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

1. Para conseguir el mejor resultado postquirúrgico es necesario una buena reconstrucción articular, con una fijación estable y movilización precoz. 2. La existencia de pulsos palpables y buen relleno capilar no garantiza la indemnidad de las estructuras neurovasculares. 3. Con la consecución de una buena técnica quirúrgica en manos expertas se consiguen resultados excelentes y buenos en el 80% de los casos.

CP308

FRACTURA DE MESETA TIBIAL EXTERNA VOLTEADA.

Autores: García Meléndez, G.; Idiart, R.

Centro: Hospital Regional de Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas articulares del extremo proximal de la tibia representan el 1% del total de las fracturas, con una incidencia de 10.3 por 100.000 personas-año. La edad media de los pacientes es de 52.6 años, con una distribución bimodal, siendo el primer pico de incidencia hombres menores de 50 años con fracturas producidas por mecanismos de alta

energía y el segundo pico, mujeres mayores de 70 años por caídas.

Las fracturas de meseta tibial pueden estar asociadas a lesiones de estructuras adyacentes como, por ejemplo, vasos sanguíneos, nervios, ligamentos, meniscos, etc.

Algunas pequeñas fracturas sin lesiones asociadas pueden ser tratadas de forma conservadora, pero típicamente este tipo de lesiones requieren tratamiento quirúrgico. Existen también fracturas-avulsiones como pueden ser las fracturas de espina tibial o la fractura de Segond, que corresponderían más a lesiones de tipo ligamentarias.

La Tomografía Axial Computarizada puede ser de gran ayuda para identificar las líneas de fracturas, el desplazamiento el hundimiento de los fragmentos. La Resonancia Nuclear Magnética puede identificar lesiones meniscales y ligamentosas asociadas. Ambas, pueden ayudar a la planificación quirúrgica y a la clasificación de la fractura.

La clasificación de Schatzker es la más empleada para las fracturas de meseta tibial. Esta clasificación las categoriza en seis tipos, según si afecta la meseta externa, interna o las dos; o si presenta extensión metafisaria o una disociación metafiso-diafisaria. Las fracturas mas frecuentes son las que afectan a la parte lateral de la meseta, que típicamente asocian lesiones del compartimento externo de la rodilla, mediante un mecanismo de lesión en valgo. Las lesiones que afectan a la parte interna de la meseta requieren mecanismos de energía más altos, como por ejemplo, caídas desde gran altura, accidentes de tráfico, etc.

Como objetivo de nuestro trabajo, presentaremos a continuación un caso insólito de fractura de meseta tibial externa (Schatzker tipo III) en el que se volteo la totalidad de la carilla articular de la meseta eterna.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de una paciente de 46 años trasladada al servicio de Urgencias de nuestro centro tras sufrir un accidente de tráfico en motocicleta yendo a trabajar. Presenta traumatismo en rodilla derecha, con dolor e impotencia funcional del miembro afecto, sin otras afectaciones musculoesqueléticas. No presenta soluciones de continuidad en la piel. En la radiografías anteroposterior y lateral podemos observar un fragmento intraarticular grande en compartimento externo de la rodilla (Imagen 1-2). Gracias a la Tomografía Axial Computarizada podemos ver que este fragmento corresponde a la totalidad de la meseta externa completamente volteada (Imagen 3-6). El cartílago articular esta orientado hacia la tibia. Se interviene a los dos días tras comprobar buen estado de partes blandas. Bajo anestesia raquídea se comprobó ausencia de inestabilidad mediolateral. Se realiza un abordaje pararrotuliano externo de Keblish. A nivel del compartimento externo encontramos el fragmento articular de meseta externa volteado envuelto en el menisco externo que se encuentra únicamente insertado por la raíz posterior (Imagen 7). Se extrajo el fragmento para poder darle la vuelta. Se pasó un punto provisional al menisco para poder movilizarlo de forma suave y no desinsertarlo por completo. Se redujo el fragmento y se sintetizó con dos tornillos HCS de 4,5mm (Depuy-Synthes) enterrados en el fragmento de meseta. Uno en la mitad posterior del fragmento y otro más anterior. A continuación, se cerró la articulación. Por artroscopia mediante portales anterolateral de visión y anteromedial se realizó una sutura de la totalidad del menisco externo con puntos de fuera a dentro en cuerno anterior y todo dentro en cuerpo y cuerno posterior con la sutura FastFix (Smith & Nephew). Se diagnosticó intraoperatoriamente de una lesión del ligamento cruzado anterior al cual no se le realizó ningún gesto terapéutico. Se dejó un drenaje durante 24h y se inmovilizó la rodilla en extensión completa. La paciente es dada de alta al cuarto día de la intervención, con buena evolución de la herida quirúrgica y control radiográfico postquirúrgico satisfactorio (Imagen 8). La paciente se mantuvo en descarga del miembro intervenido durante un mes.

RESULTADOS:

Actualmente, a los tres meses de la intervención la paciente sigue en tratamiento rehabilitador por su mutua laboral. Esta realizando apoyo completo y no presenta inestabilidad clínica.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El abordaje pararrotuliano externo da una visión excelente de todo el compartimento externo de la rodilla. Aunque sea un abordaje más empleado en las artroplastias unicompartimentales externas y en las artroplastias totales para gonartrosis en valgo, puede ser útil también en este tipo de fracturas. El tratamiento combinado de osteosíntesis abierta y sutura meniscal artroscópica permitió solucionar las dos principales afectaciones articulares que presentaba esta paciente.

CP309

DESINCERCIÓN AGUDA DE GLÚTEO MEDIO SOBRE TENDINOPATÍA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**Autores:** Marcos Rabanillo, R.; Torres Velasco, J.M.; Blanes Pérez, A.**Centro:** Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Exponer un caso clínico de interés científico y quirúrgico con baja incidencia en la práctica habitual de traumatología.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un paciente de 47 años que padece desde el año 2017 un cuadro de dolor en cadera izquierda. Estuvo en seguimiento por parte del servicio de Rehabilitación y se llevaron a cabo hasta en ocho ocasiones infiltraciones ecoguiadas con corticoides del tendón de glúteo medio, sin mejoría.

En noviembre de 2019 presenta dolor intenso en cadera izquierda mientras bajaba las escaleras. Previamente caminaba con ayuda de un bastón, y tras el episodio de dolor agudo manifiesta mucho dolor e impotencia funcional, por lo que consulta al servicio de Urgencias.

A la exploración se encuentra postrado en una camilla, sin posibilidad para bipedestación ni deambulación. Balance articular activo muy limitado. No es capaz de abducir el muslo contra gravedad.

Se realiza un estudio de imagen mediante ecografía y resonancia magnética donde se visualiza desinserción del tendón de glúteo medio izquierdo.

En quirófano se realiza abordaje lateral, apreciándose gran componente de bursitis trocantérica, desinserción del tendón del glúteo medio y zona de fibrosis en región de trocánter mayor. Realizamos limpieza de bursitis y zona de fibrosis y posteriormente se sutura el tendón del glúteo medio con poliéster no absorbible nº5 a través de tres túneles transóseos al trocánter mayor.

Se deriva al alta dos días después de la intervención con indicación de mantener en descarga el miembro intervenido durante un mes.

RESULTADOS:

Al mes de seguimiento el paciente presenta mejoría del dolor respecto a su estado previo a la intervención y se autoriza la carga. Tres meses después el paciente deambula de manera independiente, aunque con leve componente de Trendelenburg. Balance muscular 4/5 para abducción de la cadera. Nueva consulta programada en 3 meses tras ejercicios de rehabilitación.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La desinserción degenerativa del glúteo medio es una patología con baja incidencia clínica y pocos casos publicados en bibliografía científica. A pesar de que inicialmente las roturas parciales se pueden tratar de forma conservadora, en ocasiones está indicada una actuación quirúrgica, como en este caso, para aliviar el dolor y mejorar la funcionalidad.

CP311

RESPUESTA A RADIOFRECUENCIA DEL NEUROMA DE MORTON.**Autores:** Moreno Sánchez, I.; Moreno Sánchez, J.J.; Moral Osuna, M.M.; Úbeda García, F.**Centro:** Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El síndrome canalicular del antepié o neuroma de Morton es una neuralgia paroxística común que afecta los espacios interdigitales de los dedos de los pies, típicamente al tercero. Clínicamente se manifiesta como dolor, ardor, entumecimiento, parestesia y hormigueo en los espacios entre los dedos de los pies afectados. Proponemos un estudio prospectivo para evaluar la eficacia de la radiofrecuencia pulsada guiada por ecografía en dicha patología.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se seleccionaron veinte pacientes con neuroma de Morton que experimentaban dolor sintomático en el pie que no se aliviaba con el tratamiento conservador de rutina. Todos los pacientes fueron valorados por un traumatólogo de la Unidad de Pie del Hospital Universitario Morales Meseguer, que les ofreció radiofrecuencia pulsada como última opción antes de la cirugía. Se evaluó el nivel de dolor con la escala Lattinen antes y después de aplicar el tratamiento indicado.

RESULTADOS:

Encontramos una disminución en el nivel de dolor medido en la escala Lattinen, con un descenso medio de casi cuatro puntos. Además, se han evidenciado descensos estadísticamente significativos en todos los parámetros de dicha escala, salvo en la calidad del sueño.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La radiofrecuencia pulsada guiada por escopia es una opción prometedora en el tratamiento del dolor producido en el síndrome canalicular del antepie.

CP312

DEDO EN MARTILLO TRAUMÁTICO. ¿QUÉ TRATAMIENTO ELIJO? .

Autores: Moreno Sánchez, I.; Moreno Sánchez, J.J.; Moral Osuna, M.M.

Centro: Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El dedo caído o dedo en martillo consiste en el arrancamiento del tendón extensor, sólo o con un fragmento arrancado de hueso. Es una patología relativamente común pero cuyo tratamiento provoca aún discrepancias. Objetivos: Pretendemos revisar la patología del dedo caído traumático. Su etiología, clasificación, y tratamiento. Nos resultarán especialmente interesantes aquellos casos que pueden requerir una intervención quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Este estudio presenta varios casos de dedo en martillo traumático, que asocian un fragmento óseo desplazado. Hemos tenido la oportunidad de hacer una breve revisión narrativa de las opciones quirúrgicas para su tratamiento, sus ventajas y sus inconvenientes.

RESULTADOS:

En general, el aprendizaje de las técnicas percutáneas es más fácil que el de las técnicas abiertas. Una posible desventaja de la técnica del bloqueo de extensión es el daño del cartílago articular, que conduce a la osteoartritis secundaria. La necrosis marginal, la pérdida de reducción quirúrgica, las deformidades de las uñas o la osteomielitis, son complicaciones que se incrementan en el caso de la cirugía abierta.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El dedo en martillo deberá evaluarse según el tipo de lesión: ósea o tendinosa, cerrada o abierta, y las características del paciente. La cirugía se reserva para casos seleccionados en los cuales falla el tratamiento conservador, o según la opinión del especialista.

CP313

LOS OTROS ENEMIGOS EN LAS FRACTURAS DE EXTREMO DISTAL DE RADIO.

Autores: Moreno Sánchez, I.; Moreno Sánchez, J.J.; Moral Osuna, M.M.; Carrillo Juliá, F.

Centro: Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La artroscopia de muñeca en las fracturas intraarticulares de extremo distal de radio permite lograr un mejor control de los fragmentos y ayuda en el diagnóstico y tratamiento de lesiones asociadas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Aprovechamos el caso de un varón de 43 que presenta fractura intraarticular de extremo distal de radio derecho con criterios de inestabilidad. Pretendemos reflexionar sobre las lesiones que se asocian con los traumatismos de alta energía en las fracturas de radio distal y algunas de las opciones de tratamiento de acuerdo con las últimas guías.

RESULTADOS:

En nuestro caso, usamos el tradicional abordaje de Henry, con desinserción del braquiorradialis. Reducción cruenta de la fractura y fijación provisional de la fractura con placa volar. Tras esto, realizamos una artroscopia de muñeca con evaluación y localización de lesiones asociadas en el carpo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Mediante los abordajes tradicionales de las fracturas de extremo distal de radio, podemos restaurar la longitud del radio y la angulación metafisaria, pero no la congruencia articular. La artroscopia de muñeca nos permite definir cada fragmento de la fractura y, de éste modo, poder recrear una superficie articular congruente. Esta técnica puede ser usada en pacientes con trazos de fractura intraarticulares que no son valorables ni reductibles mediante las técnicas clásicas. Además, las lesiones de partes blandas son frecuentes en las fracturas distales de radio, lo que hace de la artroscopia una buena herramienta diagnóstica y terapéutica.



SOCIEDAD ANDALUZA DE
TRAUMATOLOGÍA
Y ORTOPEDIA

SECRETARÍA TÉCNICA



Management Consulting & Events

Telfs: 954 417 108 - 607 012 720
secretaria@eventosmce.es / www.congresosato2020.es