



CARTELES CIENTÍFICOS

CADERA (CC-1–CC-52)

CC-1. INFLUENCIA DE LA POSICIÓN DEL TORNILLO CEFÁLICO EN EL ENCLAVADO ENDOMEDULAR DE FRACTURAS DE CADERA Y POSTERIOR DESARROLLO DE CUT-OUT

J.M. García García, N. Alonso García, R. Escudero Marcos,
N. Sánchez Hernández, F. Tavares Sánchez-Monge,
V. Álvarez García, E. Cebrián Rodríguez y F.M. García Alonso

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción y objetivos: El *cut-out* es una de las complicaciones que más preocupa a los traumatólogos en el seguimiento posquirúrgico del enclavado endomedular en fracturas de cadera, existen diversas causas que lo pueden condicionar, centrándonos en nuestro caso en la posición del tornillo mediante mediciones radiológicas.

Material y método: Se analizan retrospectivamente 150 pacientes a los que se aplica dicha técnica quirúrgica, comparando la posición del tornillocefálico entre pacientes que sufren *cut-out* y aquellos que no. Para dicho análisis nos basamos en mediciones radiológicas en proyecciones AP y axial de cadera.

Resultados: No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la posición del tornillocefálico entre el grupo *cut-out* y el otro grupo.

Comentarios y conclusiones: La posición del tornillocefálico seguirá siendo un tema de discusión en este ámbito, pero este estudio indica que, posiblemente, hayan influido otros muchos factores como la calidad ósea, la carga precoz o la experiencia del cirujano en el desarrollo de *cut-out*.

CC-2. PSEUDOANEURISMA ARTERIA FEMORAL PROFUNDO CON CLAVO ENDOMEDULAR GAMMA 2

C. Rodríguez Moro^{1,2}, J. Sánchez Rus², J.F. Aranda² y J.J. Almodóvar²

¹Hospital Central de la Defensa. Madrid. ²Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La lesión iatrogénica de la arteria femoral profunda en al osteosíntesis mediante enclavado endomedular de las fracturas de cadera es una complicación grave e infrecuente. La posición de las piernas del paciente y el fresado excesivo en longitud del encerrojado distal se han relacionado con lesiones vasculares a ese nivel.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente con fractura perrocántera tratada mediante un enclavado endomedular tipo Gamma 2. En el 2.^º día postoperatorio se constató un hematoma y tumefacción en cara interna del muslo acompañando de datos analíticos compatibles con sangrado activo. El Eco-Doppler mostró un pseudoaneurisma de arteria femoral profunda que se embolizó con control angiográfico.

Resultados: Las complicaciones vasculares del encerrojado distal son conocidas y están descritas en la literatura. El diagnóstico de sospecha es clínico y se puede confirmar mediante Eco-Doppler o Angiografía asociando un gesto terapéutico en este último caso.

Comentarios y conclusiones: Mediante la posición y el cuidado en la técnica del encerrojado distal pueden previnirse graves lesiones como la descrita. El control clínico y analítico protocolizado durante el postoperatorio sugieren el diagnóstico que se confirmará mediante una técnica de imagen (Eco-Doppler o angiografía). Para su resolución el empleo de dispositivos endovasculares bajo control angiográfico ofrece buenos resultados.

CC-3. COXALGIA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

F. Cebrián Córdoba, P. Sánchez Angulo, S. Amor Jiménez,
E. de Casas Fernández, P. Martínez Sáez y M.A. Sánchez Cañizares

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una mujer de 66 años con PTC dolorosa donde el recambio no fue resolutivo. Se considera como el origen del dolor un síndrome postflebotomía tras cirugía de varices mmii.

Material y método: Mujer 66 años. Acude a Consultas Externas por dolor inguinal de varios meses de evolución rebelde a tratamiento médico y evidencia de coxartrosis avanzada en Rx de cadera. Se indica implante de PTC. Meses tras la cirugía no refiere mejoría clínica y la región operada muestra signos inflamatorios. Descartando reacción de hipersensibilidad al material protésico e infección. Se realiza Recambio protésico por PTC hipoalergénica, no objetivándose signos de aflojamiento séptico durante la cirugía. Durante el postoperatorio inmediato continúa el mismo dolor sobre cara interna del muslo que venía padeciendo.

Resultados: Entre los antecedentes quirúrgicos de la paciente destaca una safenectomía del miembro afecto.

Comentarios y conclusiones: La entensopatía de los músculos aductores como secuela de safenectomía puede emular la clínica de la coxartrosis por lo que es importante tenerla en cuenta de cara al diagnóstico diferencial.

CC-4. RESULTADOS DE LA PLACA DE COMPRESIÓN PERCUTÁNEA (PCCP) EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS PERTROCANTÉREAS

J. Merino Pérez, D. Blanco Santiago, P. Blázquez Díez,
M.C. Ayestarán Vega, I. Ibor Ureña y L.M. Areizaga Hernández

Hospital de Cruces. Bilbao.

Introducción y objetivos: Las fracturas pertrocántreas son importantes por su morbilidad en los pacientes que las sufren y por su

prevalencia. La introducción de nuevos implantes que teóricamente reduzcan los riesgos de complicaciones y permitan una pronta recuperación del paciente requieren ser evaluados en la práctica clínica. Nuestro objetivo es analizar nuestra experiencia con la placa de compresión percutánea comparándola con la de otras series publicadas, y valorar si existe una verdadera disminución en los requerimientos transfusionales.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los 75 implantes colocados en el lustro 2004-2009. Para ello, se han revisado las historias clínicas y radiológicas de los pacientes, haciendo hincapié en su estancia hospitalaria, sus valores analíticos pre y postoperatorios, el tipo de fracturas según la clasificación de la AO, sus complicaciones y su estado funcional postoperatorio.

Resultados: Los datos de estancia perioperatoria, mortalidad y tasa de complicaciones son similares a los encontrados en la literatura médica, con una tasa de éxito del 94,6%. El número de transfusiones sanguíneas (0,59 concentrados de hematíes/enfermo) es similar al del grupo belga (0,56).

Comentarios y conclusiones: El menor daño tisular permite una restitución de la movilidad precoz. La menor necesidad de transfusiones y los valores de hemoglobina y hematocrito postoperatorios encontrados podrían aconsejar el abandono de la reserva sistemática de concentrados de hematíes. Cruzar e infundir sangre a demanda permitiría ahorrar tiempo y costes.

CC-5. ARTRODIASTASIS DE CADERA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

A. Gordillo Santesteban, C. Gómez Roig, E. Provinciale Fatsini, G. Jordà Fernández y J. Giné Gomà

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: La artrodiastasis de cadera es una técnica quirúrgica que nos permite, de forma conservadora, restaurar la función articular en procesos degenerativos. Basado en la utilización de un fijador externo monolateral pelvi-femoral articulado a distracción, con el fin de mejorar el espacio articular, la movilidad y el dolor. Presentamos dos casos de artrodiastasis intervenidos en nuestro hospital y sus respectivos resultados.

Material y método: Varón de 15 años que, tras accidente de motocicleta, sufrió fractura luxación central de cadera izquierda asociada a lesión del tronco ciático, tratada mediante reducción cerrada y tracción. A los seis meses del traumatismo presentaba dolor, rigidez y condrolysis de dicha cadera, motivo por el cual se le realizó artrodiastasis de la misma. El segundo caso se trataba de una paciente de 15 años, en remisión de leucemia aguda linfoblástica, que presentaba necrosis bilateral de la cabeza femoral secundaria a corticoterapia (estadio II de Ficat y Arlet en cadera derecha; estadio III en cadera izquierda). Se le realizó artrodiastasis de la cadera izquierda asociada a perforaciones en ambas caderas.

Resultados: Siete meses después de la artrodiastasis en el paciente afecto de condrolysis postraumática, el paciente no tenía dolor y presentaba buen balance articular que se ha mantenido a los dos años de evolución, con buen aspecto radiológico. A los 14 meses de la artrodiastasis en la paciente afecta de necrosis, presentaba dolor, marcha en Trendelenburg, dismetría por acortamiento por contractura en adducto y rigidez articular. Se le practicó nueva cirugía implantándose una prótesis total en la cadera izquierda.

Comentarios y conclusiones: La artrodiastasis permite un tratamiento conservador en pacientes seleccionados afectos de patología articular de cadera. No existen parámetros clínicos ni radiológicos que permitan predecir el resultado final. Su utilización se reserva para situaciones excepcionales con el fin de evitar o retrasar la cirugía sustitutiva de cadera o la artrodesis.

CC-6. FRACTURA ESPONTÁNEA DE CADERA Y COMPLICACIÓN POSTERIOR

I. Carbonel Bueno, J. Ripalda Marín, A. Peguero Bona, D. Iglesias Aparicio, A. Roche Albero, S. Rebollo González, C. Bejarano Lasunción y J. Muñoz Marín

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Mujer 28 años que acude con coxalgia derecha de varios días de evolución sin traumatismo previo. Antecedentes de obesidad y trastorno bipolar.

Material y método: Se realiza batería de pruebas. En pruebas de imagen se observa fractura pertrocantárea fémur derecho (31-A1.2 de la OTA) sugestiva de fractura de estrés por insuficiencia. Marcadores tumorales y gammagrafía negativos. Se realiza osteosíntesis con tornillo-placa deslizante con angulación 130° y 3 tornillos distales.

Resultados: Comenzó sedestación a los 3 días y deambulación con carga progresiva a los 6. En revisiones posteriores deambulación normal pero colapso en varo del foco. A los 7 meses consulta por dolor y apoyo en bastones para deambular. En Rx se aprecia rotura del material de osteosíntesis. Nueva intervención implantando tornillo-placa con angulación 145° y 5 tornillos distales con aporte de matriz ósea desmineralizada. Se demora la carga 6 semanas. Controles radiológicos y clínicos posteriores satisfactorios deambulando actualmente sin bastones ni dolor.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas por estrés de cadera son una patología poco frecuente. El diagnóstico puede no apreciarse en los primeros estudios radiológicos y requerir pruebas más específicas como RMN o gammagrafía. El tratamiento depende del tipo de fractura y estabilidad y por las características de la fractura optamos por el tornillo-placa deslizante. El fracaso de osteosíntesis puede ser debido a diversas causas siendo las más posibles en nuestro caso el colapso en varo y la obesidad. El tratamiento elegido fue el mismo pero con una angulación de 145°, para corregir la coxa vara, y aporte de matriz ósea desmineralizada.

CC-7. EL TRATAMIENTO DE LOS DEFECTOS ACETABULARES COMPLEJOS EN CIRUGÍA DE REVISIÓN. CASOS TRATADOS CON ANILLO DE REFUERZO ACETABULAR

V. Bellotti Bellotti¹, M. Ribas Fernández¹, R. Ledesma Ledesma¹, C. Cárdenas Nylander¹, A. Monegal Ávila¹, J.A. González González¹, T. Benigno Benigno² y D. Marinó Marinó²

¹Institut Universitari Dexeus. Barcelona. ²Universidad Federico II. Nápoles. Italia.

Introducción y objetivos: Los autores describen el uso del anillo de refuerzo acetabular tipo Burch-Schneider de primera generación, en una serie de 30 revisiones de caderas en casos de defectos acetabulares complejos. Presentan consideraciones sobre los resultados a los 8 años de seguimiento medio.

Material y método: Una serie de 30 pacientes (17 mujeres, 13 hombres), con edad media de 73 años, con déficit acetabulares complejos segun la clasificación de Paprosky, tratados con el implante de un anillo de refuerzo acetabular tipo Burch-Schneider de primera generación. En los primeros 12 pacientes la parte distal del anillo ha sido atornillada en el hueso isquiático; en los siguientes 18 casos, la parte distal ha sido insertada en una ventana ósea a nivel del hueso isquiático para conseguir una mejor estabilidad mecánica primaria. Los pacientes han sido evaluados retrospectivamente mediante estudios radiológicos e informes clínicos con un seguimiento mínimo de 5 años (5-13).

Resultados: El anillo de Burch-Schneider ha mostrado una tasa de sobrevida del 92% al seguimiento medio. La valoración clínica según el Harris Hip Score es de 75 puntos (30-92). En un caso de infección profunda del implante fue necesario remover el sistema. En la

evaluación radiográfica, el primer grupo ha mostrado una mayor tasa de aflojamiento aséptico.

Comentarios y conclusiones: El anillo acetabular tipo Burch-Schneider de primera generación es una herramienta válida en las cirugías de revisión de cadera. En casos de defectos acetabulares complejos ofrece resultados positivos en términos de resultados clínicos y de sobrevivencia del implante en seguimiento medio. Según nuestra experiencia, es favorable el posicionamiento de la parte distal del anillo en una ventana ósea a nivel del hueso isquiático.

CC-8. LUXACIÓN TRAUMÁTICA POSTERIOR DE CADERA FAVORECIDA POR IMPINGEMENT TIPO CAM

R. Lax Pérez, F.J. Ricón Recarey, A. García Gálvez, F. Lajara Marco, J.E. Salinas Gilabert, F. Navarro González y J.A. Lozano Requena

Hospital Vega Baja. Orihuela.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de una luxación posterior de cadera, por un mecanismo indirecto inusual, de baja energía en un paciente joven deportista, donde la presencia de un choque femoroacetabular (CFA) tipo CAM actúa como factor favorecedor de la luxación.

Material y método: Varón de 29 años que al realizar una frenada brusca en carrera, presenta dolor, impotencia funcional del MMi con actitud de bañista sorprendido y sin alteraciones vasculo-nerviosas distales. En la Rx (A/P y axial de cadera) se observa la luxación posterior de cadera izquierda asociada a fractura de la ceja posterior de cotilo.

Resultados: En quirófano de urgencias BAG se realiza reducción cerrada mediante la maniobra de Allis y se inmoviliza con tracción de partes blandas (por la inestabilidad). Se completa el estudio con Rx A/P, axial, alar y obturatrix de cadera y TAC, donde se observa la CFA tipo CAM. En quirófano programado y mediante abordaje de Kocher Langenbeck, se realiza la osteosíntesis del fragmento de ceja posterior con dos tornillos a compresión y una placa de reconstrucción.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones posteriores suponen el 90% del total de luxaciones de cadera y son una urgencia ortopédica. Es importante evaluar la estabilidad de la cadera tras la reducción, la cual presenta una relación inversa con el tamaño del fragmento de la pared posterior. El mecanismo de luxación indirecto que describimos, asocia por un lado: 1º La fuerza axial que se transmite a lo largo de MI izquierdo al impactar el pie contra el suelo, mientras el deportista iba en carrera y mantenía la rodilla extendida y la cadera ligeramente flexionada, llevando la fuerza del impacto la pierna en abducción. 2º La morfología del cuello femoral CFA tipo CAM, que actúa de fulcro, favoreciendo la luxación y la fractura de la ceja posterior del cotilo.

CC-9. RECIDIVA DE CONDROMATOSIS SINOVIAL SOBRE PTC Y SU TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO

C. Galindo Rubín¹, P. Galindo Rubín¹, V. de Diego² y L. Pérez Carro¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital de Laredo.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de un varón de 65 años con dolor progresivo y chasquidos en cadera derecha de meses de evolución, de características no siempre mecánicas aunque acentuado con la marcha. El paciente refiere disminución leve del rango de movilidad en los últimos meses así como rigidez articular en aumento. Como antecedentes personales destaca la implantación de una PTC hace 15 años debido a una condromatosis sinovial. Nunca había tenido ningún tipo de molestia derivada de su PTC, ni luxaciones de la prótesis.

Material y método: Tras historia clínica concisa, estudios de imagen (Rx y TAC) y habiendo descartado la posibilidad de infección crónica

mediante todas las pruebas pertinentes, y teniendo en cuenta sus antecedentes, se llega a la conclusión de que el paciente sufre una recidiva de su condromatosis sinovial. Su única clínica consiste en dolor mecánico y en reposo y disminución de la movilidad. En las pruebas de imagen se observan calcificaciones intraarticulares claras. Se decide practicar una sinovectomía artroscópica de cadera y toma de muestras que confirmen el diagnóstico.

Resultados: Tras la sinovectomía artroscópica, y habiéndose confirmado el diagnóstico mediante estudio A.P., el paciente sigue un proceso de recuperación normal, con alivio de sus síntomas y mejora inmediata de la movilidad articular.

Comentarios y conclusiones: Consideramos que, aunque la condromatosis sinovial es una patología poco frecuente y más aun su recidiva en casos de PTC, debe ser tenida en cuenta en pacientes con antecedentes y dolor no justificado en su PTC. En estos casos consideramos que la artroscopia de cadera es el tratamiento gold standard por su bajo riesgo y rápida recuperación.

CC-10. COMPLICACIONES DEL ENCLAVADO ENDOMEDULAR EN FRACTURAS DE CADERA

N. Alonso García, J.M. García García, R. Escudero Marcos, N. Sánchez Hernández, F. Tavares Sánchez-Monge, E. Cebrián Rodríguez, F.J. Nistal Rodríguez y F.M. García Alonso

Hospital Río Hortega. Valladolid.

Introducción y objetivos: El enclavado endomedular es una de las técnicas de elección en el tratamiento de las fracturas de cadera, existiendo diversos tipos de clavo. Con este estudio se pretende analizar las distintas complicaciones surgidas a partir de dicha técnica.

Material y método: Se analizaron 150 pacientes, intervenidos durante el último año en el Servicio de Traumatología del HU Río Hortega (Valladolid), realizándose osteosíntesis: 100 de ellos mediante clavo TFN (Synthes), y 50 con clavo GAMMA-3 (Stryker). En cada uno de los pacientes se valoraron las distintas complicaciones acaecidas, tanto durante la intervención como en el seguimiento postquirúrgico, comparando los resultados en ambas técnicas.

Resultados: Tras nuestro estudio se encontraron diversas complicaciones: infección, movilización del clavo, malposición del tornillo distal... no hallando diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas.

Comentarios y conclusiones: Las complicaciones no dependen tanto del tipo de enclavado sino de la experiencia del cirujano, la calidad ósea y el estado general del paciente.

CC-11. ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA BILATERAL DE EVOLUCIÓN FATAL

S. Aldabas Soriano, M.E. Monge Vázquez, A. Aguilar Ezquerra, I. Carbonel Bueno, C. Bejarano Lasunción, J. Muñoz Marín, S. Rebollo González y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La osteonecrosis de cabeza femoral es una de las complicaciones del tratamiento prolongado con corticoides en trasplantados. Además el riesgo de infecciones es mayor por la inmunodepresión.

Material y método: Paciente de 50 años con antecedentes de IRCT secundaria a glomerulonefritis membranoproliferativa necesitando hemodiálisis y trasplante renal en 2 ocasiones por rechazo en los últimos 23 años; presentó osteonecrosis de cabeza femoral izquierda en el año 1982 precisando PTC; en este periodo se le realizaron dos cambios protésicos por osteólisis, el último en 2005 y a los 2 meses de la intervención quirúrgica sufrió luxación protésica realizando reducción cerrada más colocación de férula ortopédica. En 2006 debido a la

existencia de osteonecrosis también en la cabeza femoral derecha se decide colocación de PTC. En el postoperatorio inmediato aparece una paresia del nervio ciático poplítico externo derecho que se recupera y cuando iba a ser dada de alta se produce la luxación de la cadera derecha que se reduce de forma cerrada y se coloca cesta pélvica con férula en muslo derecho.

Resultados: Tras un periodo de 2 meses se produce la infección protésica bilateral por *Staphylococcus*, manifestándose a nivel de las heridas quirúrgicas en forma de fistula, precisando numerosas limpiezas quirúrgicas además de tratamiento antibiótico pero el proceso se cronifica y la paciente no puede deambular por lo que se decide la realización de Girdlestone bilateral. Actualmente la paciente se encuentra asintomática sin presentar dolor. Tolerando la sedestación aunque no puede deambular. Sin manifestar un nuevo proceso infeccioso.

Comentarios y conclusiones: En los pacientes inmunodeprimidos y con insuficiencia renal crónica hay que tener presente la alteración del metabolismo Ca-P, además las alteraciones del sistema inmunitario. Pese a no parecer la solución técnica más brillante, el Girdlestone es en ocasiones el tratamiento necesario en casos de evolución tórpida y cronificada.

CC-12. CONDROMETAPLASIA SINOVIAL DE CADERA TRATADA POR ARTROSCOPIA

R. Lax Pérez, F. Lajara Marco, A. García Gálvez, D. Coves Mojica, S. Arlandis Villarroya, J.E. Salinas Gilabert y J.A. Lozano Requena

Hospital Vega Baja. Orihuela.

Introducción y objetivos: Descripción de una localización poco habitual de una condromatosis sinovial, en cadera, como causa de dolor crónico y limitación, sin traumatismo asociado. Se trató mediante la extracción de los componentes de la condromatosis mediante una artroscopia de cadera, quedando el paciente asintomático.

Material y método: Paciente de 42 años que refiere dolor en cadera derecha de dos años de evolución, sin traumatismo previo. Presenta un dolor de tipo mecánico e intermitente en cadera, con balance articular disminuido y doloroso para la flexión máxima, abducción y rotaciones de cadera. En el estudio radiológico se observan cuerpos libres en articulación coxofemoral. Se completó el estudio con RMN, que sugirió el diagnóstico de condromatosis sinovial.

Resultados: Se realizó una artroscopia de cadera, extrayendo 7 cuerpos intraarticulares y se realizó una sinovectomía parcial. El estudio anatopatológico confirmó el diagnóstico de condromatosis sinovial. Tras la cirugía el paciente inicia movilidad activa, y carga progresiva. Al año de evolución el paciente no refiere dolor, con un balance articular completo.

Comentarios y conclusiones: La condrometaplasia sinovial en la articulación de la cadera es una localización rara. La cirugía artroscópica se muestra como una herramienta eficaz y poco lesiva para tratar este tipo de patología. Mediante una cirugía mínimamente invasiva, como la artroscopia de cadera, podemos conseguir que el paciente quede asintomático.

CC-13. DISPLASIA FIBROSA POLIÓSTÓTICA: TRATAMIENTO DE FRACTURA DE FÉMUR PROXIMAL

J.M. Martín Enrique, D. Borrego Ratero, D. Pescador Hernández, S. López Alonso, C. Corchado Villalba y J.A. Amores Solano

Hospital Virgen de la Vega. Murcia.

Introducción y objetivos: La displasia fibrosa es una afectación esporádica poco frecuente que se caracteriza por un defecto de maduración ósea en uno o varios lugares del esqueleto. Existen formas monostóticas y formas poliostóticas. Supone el 1% de los tumores óseos primitivos siendo la forma monostótica 6 veces más frecuente.

El sexo femenino representa la mitad de los casos de DF simple y la mayoría de casos de la forma poliostótica. Puede afectarse cualquier hueso aunque existe localizaciones preferentes, como el caso del fémur proximal en la forma poliostótica.

Material y método: Mujer de 23 años con antecedentes de múltiples lesiones óseas en cabeza y cuello, que acude a Urgencias por dolor de cadera. En la exploración física se aprecia una limitación funcional grave de dicha cadera. En la radiología simple se observa fractura del cuello femoral en pseudoartrosis sobre displasia fibrosa.

Resultados: Se llevó a cabo una reducción abierta de la fractura con osteosíntesis mediante tres tornillos canulados. Tras una leve pérdida inicial de reducción de la fractura por discreta migración de los tornillos, se apreció la consolidación y remodelación del extremo proximal del fémur, desapareciendo el dolor y la impotencia funcional de la paciente, llegando a la normalidad clínica.

Comentarios y conclusiones: En la DF se producen auténticas fracturas favorecidas por la curvaturas óseas, que no deben tratarse ortopédicamente ya que pueden acentuar deformaciones iniciales durante la consolidación y favorecer así una nueva fractura.

CC-14. SÍNDROME PIRAMIDAL EN PACIENTE PTC. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

M. Rupérez Vallejo, C. Galindo Rubín, P. Galindo Rubín y L.S. Pérez Carro

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de una mujer de 75 años con dolor y parestesias de 3 años de evolución en parte posterior de muslo izdo. Como antecedentes personales destaca la implantación de una PTC hace 3 años.

Material y método: En la anamnesis destaca dolor neurítico en parte posterior muslo sin sobrepasar rodilla, aumenta al separar las piernas y al levantarse desde posición sentada, además tiene dificultad para cruzar el muslo afectado sobre la otra rodilla. Tiene puntos gatillo dolorosos y Lasegue negativo. Tanto las radiografías de pelvis, columna fueron normales. En la RMN se objetiva inflamación del nervio ciático a nivel infrapiramidal. Tras ser diagnosticada de síndrome piramidal, se propone tratamiento rehabilitador, e infiltración guiada por ecografía. Finalmente ante la persistencia de la clínica se decide tratamiento quirúrgico mediante sección parcial de la inserción distal del piramidal.

Resultados: En la intervención quirúrgica se ratifica un piramidal tenso que comprime el nervio ciático. La paciente a los 3 meses estaba asintomática.

Comentarios y conclusiones: El síndrome piramidal es una patología que debe ser tenida en cuenta en pacientes con PTC y dolor no justificado. El tratamiento consiste en tratamiento rehabilitador, infiltraciones y en muy pocos casos precisa de tratamiento quirúrgico. En nuestro caso la mejoría postquirúrgica fue muy satisfactoria.

CC-15. PACIENTE VARÓN CON FRACTURAS DE ESTRÉS DE AMBAS CADERAS Y DISTINTAS EVOLUCIONES

V.M. Teruel González, E. Oncalada Calderón, M. Lizaso Uriondo, M. Vicente Zuluaga, R. Sáinz Septién, L.A. Paúl García y A. Ramos Ugidos

Hospital Comarcal Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos,

Introducción y objetivos: Las fracturas de cadera de etiología traumática, son muy comunes en la práctica común, no así las fracturas de estrés de cadera, siendo más raras si se producen simultáneamente. Estudiamos las distintas evoluciones de 2 fracturas de estrés de cadera simultáneas en el mismo paciente.

Material y método: Paciente varón de 49 años que sufre fractura de estrés de ambas caderas, primero la izquierda y luego la derecha,

interviniéndose por este orden, en un plazo inferior a un mes, ambas con reducción cerrada más osteosíntesis (DHS más tornillo coaxial). Se recoge la posterior evolución de ambas fracturas con un seguimiento de 5 años.

Resultados: La cadera izquierda desarrolla un progresivo, deslizamiento en varo, con fracaso del material de osteosíntesis, coxa vara y acortamiento de la extremidad de 2,5 cm, pero que es todo indoloro el balance articular es aceptable y el paciente por el momento no desea operarse. La cadera derecha evolucionó hacia una necrosis avascular, muy dolorosa, que requirió artroplastia total de cadera 20 meses después de la primera intervención.

Comentarios y conclusiones: No se ha detectado enfermedad ósea de origen genético o metabólico subyacente en este paciente. Es seguido en Consultas Externas cada 6 meses y llama la atención la distinta evolución que ha seguido cada fractura, a pesar de ser simultáneas y por estrés las 2. Siendo la coxa vara izquierda indolora a pesar del acortamiento que es bien tolerado con un alza en calzado de 1,5 cm. La evolución en la derecha fue más dolorosa e incapacitante y requirió prótesis total.

CC-16. FRACTURA DE CADERA: ¿QUÉ LE PEDIMOS A LOS INTERNISTAS?

D. Pescador Hernández, P. Miramontes González,
C. Corchado Villalba, G. Borobio León, J. Blanco Blanco,
A. Moreno Regidor, S. López Alonso y J.M. Arranz López

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Analizar los motivos que condicionan las interconsulta que se realizan en pacientes ingresados por fractura de cadera, independientemente del tipo de fractura, y así valorar la comorbilidad que condiciona la evolución.

Material y método: Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes ingresados por fractura de cadera. Se seleccionan los casos que han sido valorados por M. Interna durante el ingreso hospitalario. Tras la selección se recogen de las historias clínicas las interconsultas y se valoran los datos que condicionan la petición y los diagnósticos y tratamientos derivados de las mismas.

Resultados: Los pacientes recogidos con los criterios de selección mencionados, en su mayoría octogenarios (edad media 83,4 años), presentan patologías previas al ingreso que condicionan la valoración por M. Interna, en las primeras 48 horas, la mayoría de estas patologías atienden a factores de riesgo vascular clásicos: DM 2 (73%), HTA (47%). Arritmias cardíacas, de las cuales la FA ha supuesto el 94% de los casos con necesidad de reversión de hipocoagulación y control de frecuencia. La alteración del nivel de conciencia supone un número importante (17%) de motivo de interconsulta las primeras 48 horas. Tras los primeros 4 días de ingreso se añaden a causas de consulta las infecciones, de las cuales las neumonías son el 80% de las mismas. El TEP tras la intervención motiva el 4% de las consultas.

Comentarios y conclusiones: De este análisis concluimos de la importancia de contar con un especialista de medicina interna incorporado de forma permanente en un servicio de cirugía ortopédica, ya que disminuye de forma significativa la estancia media de los pacientes ingresados por fracturas de cadera así como sus comorbilidades.

CC-17. PRÓTESIS MODULARES DE SUPERFICIE DE CADERA TWO STEP Y MRS PLUS. UNA ALTERNATIVA EN LA NACF

I. Claret Nonell, C. Canales Naharro, I. Iriberry Exabeguren,
J.E. Colombo Márquez, L. Payán Martín y R. Cortes Bosch

Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet.
Barcelona.

Introducción y objetivos: El ahorro del stock óseo desde hace diez años, en pacientes jóvenes ha sido una constante en nuestro servicio.

En 2000 colocamos la prótesis Cut 2000 de cuello femoral. En el 2005 colocamos la prótesis Two Step, prótesis modular, con vástago anclado en el cuello femoral, conservación de dos tercios de la cabeza femoral y colocación de una cabeza magnum y cotilo Resurfacing. La MRS plus como evolución de la Two Step en un solo tiempo, es para nosotros el tratamiento adecuado en lesiones III y IV de la clasificación de arco, en NACF.

Material y método: Hemos intervenido diez pacientes cinco con prótesis Two Step en el año 2006 y cinco pacientes con prótesis MRS plus en el año 2008. La edad 44 y 57 (49,1) la etiología NACF en 8 casos, coxartrosis en un caso y un caso de displasia operada. Seguimiento clínico radiológico al mes, tres meses y anual. Two Step presentan un seguimiento de 3,5 años. Las prótesis MRS plus, de un año.

Resultados: El tiempo quirúrgico es de 105 minutos. No se ha transfundido ningún paciente. Empleamos la autotransfusión preoperatoria. Un paciente sufrió una fractura subtrocantérica al colocar el vástago en el primer tiempo de la Two Step. El resto ha evolucionado satisfactoriamente. Valoración por el índice de Merle D'Aubigne.

Comentarios y conclusiones: El empleo de la prótesis Two Step crea una zona de debilidad cortical, por debajo del trocánter por la perforación que se realiza al entrar el perno. La ventaja en ambas prótesis es que trata necrosis muy evolucionadas y conserva todo el cuello femoral y más de un tercio de la cabeza femoral, por lo que los recambios serán con vástago primario.

CC-18. RECAMBIO POR AFLOJAMIENTO DE HEMIARTROPLASTIA UNIPOLAR DE CADERA CERVICOCEFÁLICA CEMENTADA TIPO THOMPSON N.º 49 IMPLANTADA HACE 20 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.J. Sánchez Rúas, F. Aranda Romero, C. Rodríguez Moro,
D. Jiménez García, M.S. del Cura Varas, T. del Olmo Hernández
y P. García Medina

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: A pesar de las múltiples publicaciones, el tratamiento de las fracturas desplazadas del cuello femoral no está claramente establecido. Mediante el estudio de un caso concreto se intenta poner de manifiesto la importancia de dicho problema.

Material y método: Se revisa el caso de un varón de 89 años que acude al servicio de urgencias por reagudización de dolor crónico de cadera derecha. A los 69 años había sufrido fractura subcapital de cadera derecha secundaria a caída casual, colocándose prótesis cervicocefálica cementada tipo Thompson n.º 49 que tras 20 años presentaba claros signos radiográficos de aflojamiento protésico.

Resultados: El deterioro funcional de la marcha a pesar de la mejoría analgésica precipitó la determinación de tratamiento quirúrgico, escogiéndose para tal propósito Link® MP™ Reconstruction Hip Stem, por estar especialmente diseñado para recambio de prótesis de cadera aflojada con amplios defectos proximales que no permiten prótesis estándar. Actualmente el control doloroso es satisfactorio y el paciente goza de un implante que le ha permitido recuperar la ya deteriorada funcionalidad previa y de esta manera mantenerse integrado en la sociedad con una calidad de vida digna.

Comentarios y conclusiones: Los pacientes ancianos delicados con limitación funcional previa se pueden beneficiar de la hemiartroplastia unipolar, pudiendo ser la mejor opción. Su indicación se debe limitar a pacientes con una esperanza de vida menor a 10 años por las complicaciones que provoca a largo plazo de erosión acetabular, osteólisis y finalmente aflojamiento aseptico. A día de hoy no existen diferencias a nivel de meta-análisis entre fijación interna y artroplastia en fracturas desplazadas de cuello femoral, precisando más estudios para arrojar luz sobre este dilema quirúrgico.

CC-19. SINOVITIS VELLONODULAR DE CADERA. EXTIRPACIÓN ARTROSCÓPICA

C. Galindo Rubín, P. Galindo Rubín y L. Pérez Carro

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de una paciente aquejada desde hace meses de dolor intermitente en forma de brotes en su cadera izquierda, dolor de características inflamatorias pero que empeora con la movilización activa y pasiva. No AP de interés.

Material y método: Tras estudio minucioso de su articulación, se diagnostica de muy probable sinovitis vellonodular pigmentada debido a su concordancia clínica y a las pruebas de imagen obtenidas (Rx y RMN) en las cuales se observa una masa intraarticular en contacto con el ligamento redondo y una destrucción articular parcheada y bien definida. Se propone a la paciente realizar una artroscopia de cadera con objetivo diagnóstico-terapéutico.

Resultados: Tras la extirpación artroscópica los resultados de la A.P. confirman el diagnóstico de presunción. La paciente siguió un proceso de recuperación habitual en las artroscopias de esta articulación consiguiendo una mejoría total de sus síntomas inflamatorios, quedando al año de evolución como secuela una leve molestia de carácter intermitente y de tipo mecánico.

Comentarios y conclusiones: La sinovitis vellonodular es una enfermedad sinovial de origen no aclarado que provoca dolor de características atípicas y destrucción articular progresiva. Cuando el diagnóstico es moderadamente precoz, la artroscopia es el método más indicado de tratamiento, pudiendo utilizarse como coadyuvantes posteriores la radioterapia y distintos métodos fármaco-químicos. En la cadera especialmente, el riesgo de recidiva es alto, con lo cual estos pacientes deben ser sometidos a seguimiento.

CC-20. SOLUCIÓN A UNA LUXACIÓN RECIDIVANTE DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA SI NO TENEMOS UN COTILO RETENTIVO

I. Calvo de la Fuente, D. Casas Durpkof, A. Alfonso Fernández y J. Manso Pérez-Cosío

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: En nuestro ámbito hospitalario se realizan cada vez más recambios de prótesis de cadera. Es muy frecuente que en transcurso de dicha intervención se requiera la colocación de un cotilo retentivo y se presenta la solución "in situ" de una mala planificación preoperatoria.

Material y método: Se presenta 2 casos de revisión compleja de prótesis total de cadera en donde una mala planificación preoperatoria nos lleva a tener que solucionar intraoperatoriamente una luxación recidivante de prótesis y sin poder utilizar un cotilo retentivo. Se realiza de forma artesanal una media luna de polietileno que atornillado al polietileno normal impide la luxación ya que se consigue una ceja artesanal antiluxación.

Resultados: Los 2 casos evolucionaron satisfactoriamente siendo dados de alta sin más luxaciones de prótesis de cadera.

Comentarios y conclusiones: Muchas veces realizamos una mala planificación peroperatoria por lo que aquí ofrecemos es una posible solución al problema de la luxación recidivante de prótesis de cadera y no disponemos en el quirófano de un cotilo retentivo.

CC-21. PRÓTESIS TOTAL DE CADERA EN ARTROPATÍA LÚPICA

A. Argoitia Ituarte, N. Gorostiaga Pérez, L. Mendieta Axpe, P. Igado Insa, E. García Castro y Y. Maeso Mendizabal

Hospital Txagorritxu. Vitoria.

Introducción y objetivos: El lupus eritematoso sistémico o LES es una enfermedad autoinmunitaria de etiología desconocida donde los teji-

dos y las células se dañan por el depósito de autoanticuerpos y de inmunocomplejos patógenos. El 90% de los afectados son mujeres habitualmente en edad fértil. Las personas de raza negra y las asiáticas resultan afectadas con más frecuencia que las personas de otras razas. Puede afectar prácticamente a cualquier sistema orgánico. Casi todas las personas con LES padecen dolor articular y la mayoría desarrollan artritis. Las articulaciones comúnmente afectadas son los dedos de la mano (IFP, MCF), las muñecas, las rodillas... siendo una artritis simétrica y no erosiva.

Material y método: Mujer de 22 años diagnosticada de LES desde hace 3 años, en seguimiento por Reumatología, presenta coxalgia y gonalgia bilateral. En radiografía y RM se aprecia osteonecrosis bilateral de la cabeza femoral. Se interviene a la paciente colocándose una prótesis total de cadera.

Resultados: Tras la intervención la paciente refiere mejoría clínica con aumento del balance articular de su cadera. En espera de intervenir la cadera contralateral.

Comentarios y conclusiones: El LES es una enfermedad autoinmune que tiene importante afectación musculoesquelética, produciendo dolor incapacitante y limitación de la movilidad. En nuestro caso, la paciente presentaba gran limitación funcional con dificultad para la marcha, con la cirugía protésica se consiguió aliviar el dolor en la cadera y recuperar su funcionalidad.

CC-22. DISPLASIA DE CADERA DEL ADULTO.

TÉCNICA DE PAAVILAINEN

P. Sánchez Angulo, S. Amor Jiménez, F. Cebrián Córdoba, J.F. Soler Gutiérrez, V. Castillo Meseguer, P. Martínez Saez y M.A. Sánchez Cañizares

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una mujer de 30 años con displasia de cadera.

Material y método: Para la resolución del caso se planteó realizar la técnica de Paavilainen para descender la cabeza del fémur a su posición lo más anatómica posible.

Resultados: A los 6 meses de la cirugía la paciente está asintomática, caminando sin dolor y sin apoyo de bastones.

Comentarios y conclusiones: Dentro del abanico de posibilidades para el tratamiento de la displasia de cadera del adulto pensamos que la técnica de Paavilainen representa una buena opción debido a que permite reconstruir la articulación sin distender demasiado estructuras nobles como el ciático.

CC-23. SISTEMA DE DOBLE MOVILIDAD EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA. EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO

P. Igado Insa, L. Mendieta Axpe, E. García Castro, N. Gorostiaga Pérez, A. Argoitia Ituarte y R. Tobalina Ortiz

Hospital Txagorritxu. Vitoria.

Introducción y objetivos: El uso del sistema de doble movilidad en la artroplastia total de cadera es un concepto relativamente reciente que aparece debido a la creciente preocupación por la enfermedad del polietileno y la inestabilidad.

Material y método: Presentamos la experiencia en nuestro servicio desde octubre 2006 hasta octubre 2009. Con más de 40 casos en los que se incluyen pacientes con artrosis primaria, fracturas, inestabilidades o aflojamientos asépticos.

Resultados: Se trata de un sistema con múltiples posibilidades que como base combina dos superficies de fricción, con lo que se consigue minimizar el riesgo de luxación, disminuir la usura del polietileno y aumentar la amplitud de movimiento.

Comentarios y conclusiones: Nuestra experiencia es corta por el momento para establecer conclusiones definitivas, pero hasta el momento las complicaciones han sido escasas y los resultados muy alentadores.

CC-24. ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

P. Rovira Martí, G. Jordà Fernandez, E. Provinciale Fatsini, P. Iftimie y J. Giné Gomà

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Introducción y objetivos: La artritis séptica representa un 0,7% de los ingresos hospitalarios. Su tratamiento de urgencia consiste en desbridamiento y tratamiento antibiótico endovenoso. La recurrencia de la infección dependerá del patógeno, del tratamiento y de la inmunidad del paciente.

Material y método: Paciente de 27 años con leucemia linfoblástica B que presenta fiebre, dolor en cadera izquierda y dificultad para la deambulación iniciándose tratamiento antibiótico empírico. La radiología, la RM y la gammagrafía realizadas sugieren artritis séptica de cadera con artropatía secundaria. Se realiza punción aspiración, siendo positiva a *E. coli*, y se instaura tratamiento antibiótico con meropenem. A los 18 días se realiza desbridamiento quirúrgico. Dada la ausencia de tejidos sospechosos de infección se decide implantar una prótesis parcial de cadera.

Resultados: A los 4 años el paciente presenta balance articular conservado, es autónomo, sin dolor y no ha reaparecido la clínica, sin recidiva de su enfermedad hematológica.

Comentarios y conclusiones: Las infecciones de cadera tienen una morbilidad importante, incluyendo cambios degenerativos precoces, poca funcionalidad y dolor. Ante una mala evolución sus gestos quirúrgicos son la artrodesis, la artroplastia de resección y la de sustitución. Muchos autores creen que estos pacientes no son tributarios a tratamiento protésico. Hardinge et al, recomiendan esperar un mínimo de 20 años sin recurrencias antes de implantar una prótesis primaria. Actualmente, el diagnóstico precoz de la infección y el uso de antibióticos de alta eficacia nos permite proponer tratamientos quirúrgicos más agresivos. En nuestro caso, la respuesta antibiótica previa favorable, la ausencia de signos de infección durante la cirugía, el desbridamiento exhaustivo y la buena evolución hematológica nos han respaldado a la hora de realizar una cirugía protésica primaria. Serán necesarios una casuística más elevada y un mayor seguimiento para valorar la idoneidad de este tipo de terapia.

CC-25. PTC EN COXOPATÍA PAGÉTICA

E. Escribano Landa, F. Labayru Echevarría, M. Molina Martos, A. Ernest Ernest, J. Zabala Echenagusia, I. Aransáez Aguirre y A. Sánchez Sobrino

Hospital de Galdakao. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Paget, es una patología ósea de causa desconocida caracterizada por un aumento de la actividad y número de osteoclastos. El dolor en la coxopatía pagética se debe a la deformación progresiva del cotilo y/o del fémur, que lleva a la ARTROSIS por la deformación articular. Debiendo existir además, lesiones pagéticas en uno de los dos huesos.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 74 años en la que, debido a su coxopatía pagética, presentaba artrosis de cadera, por lo que fue intervenida quirúrgicamente, realizándose artroplastia total de cadera.

Resultados: Pasados varios meses desde la cirugía, la paciente se encuentra muy satisfecha de la intervención, sin dolor y sin ninguna deformidad.

Comentarios y conclusiones: Al colocar una PTC sobre una coxopatía pagética, debemos de tener en cuenta lo siguiente: Respecto al cotilo, podemos encontrarnos con un mayor o menor grado de protrusión acetabular y con un hueso muy escleroso. Y en el componente femoral podemos encontrar COXA VARA, puede existir también un ensanchamiento excesivo de la medular del fémur proximal y un varo del fémur.

CC-26. A PROPÓSITO DE UN CASO DE CUT OUT TRATADO CON MATRIZ ÓSEA DESMINERALIZADA

N. Gorostiza Pérez, L. Mínguez Cabeza, L. Mendieta Axpe, E. García Castro, P. Igado Insa y A. Argoitia Ituarte

Hospital Txagorritxu. Vitoria.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una mujer de 69 años que presenta fractura perrotroantárea de cadera derecha. Se le interviene quirúrgicamente mediante osteosíntesis con clavo intramedular Ganma 3 presentando a los 15 días de la intervención una migración del tornillo cefálico fuera de la cabeza femoral, cut out.

Material y método: Se opta por la colocación de un nuevo implante intramedular asociándolo a matriz ósea desmineralizada, Grafton, en el trayecto por el que migró el tornillo cefálico.

Resultados: Actualmente la paciente se encuentra asintomática, deambulando con ayuda de andador, no constatándose nueva migración del tornillo cefálico.

Comentarios y conclusiones: La artroplastia de cadera resulta un procedimiento de rescate habitual en estos casos. Sin embargo, en estos pacientes aparece una mayor tasa de complicaciones: pérdida hemática, luxación protésica, fracturas del trocánter mayor intraoperatorias, además de unos resultado peores que en la artroplastia primaria. Por ello se optó por la colocación de un nuevo implante intramedular, asociándolo a matriz ósea desmineralizada, puesto que sus características de osteoconducción y osteoinducción, la hacen propicia para situaciones de relleno bioactivo de defectos óseos como es este caso.

CC-27. RECONSTRUCCIÓN DE CADERA TRAS INFECCIÓN DE PRÓTESIS TUMORAL

P. Sánchez Angulo, S. Amor Jiménez, F. Cebrián Córdoba, J.F. Soler Gutiérrez, V. Castillo Meseguer, P. Martínez Sáez y M.A. Sánchez Cañizares

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una mujer de 77 años a la que se le colocó hace 8 años prótesis tumoral de cadera en otro centro. Se presenta en consulta con una fistula a nivel del 1/3 medio del muslo y parámetros clínicos y analíticos de infección.

Material y método: Para la resolución del caso se plantea un rescate en dos tiempos. En el primer tiempo se retira la prótesis y se coloca espaciador usando tubo de drenaje torácico lleno de cemento con antibióticos. A las 6 semanas de antibioterapia domiciliaria se programa el segundo tiempo retirando el espaciador y colocando prótesis definitiva.

Resultados: Tras permanecer 3 meses de descarga y otros 3 en RHB la paciente actualmente está asintomática, con buena movilidad de la cadera no dolorosa y caminando con apoyo de 1 bastón.

Comentarios y conclusiones: Para el tratamiento de la infección de prótesis articular de más de 2 meses de evolución, pensamos que el recambio en dos tiempos es la opción terapéutica más acertada.

CC-28. LUXACIÓN DE CADERA TRAS TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA

R. Fernández Alba y M. Eduardo Sáenz

Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro.

Introducción y objetivos: Caso clínico y revisión bibliográfica de la lesión.

Material y método: Paciente de 18 años que jugando al fútbol refiere choque con contrario con aducción y rotación interna de extremidad inferior. Presenta deformidad, impotencia funcional de cadera izquierda. En urgencias se diagnostica luxación de cadera y se reduce. Mediante TAC de control se objetiva fractura de ceja posterior. Se decide tratamiento conservador con 6 semanas en descarga de extremidad, posteriormente carga parcial y a los 3 meses carga total.

Resultados: Seguimiento en consultas externas hasta el año con RMN control sin datos de necrosis avascular y buena consolidación de fractura, estando el paciente asintomático.

Comentarios y conclusiones: Ante esta lesión tan grave tras traumatismo relativamente banal se realiza revisión bibliográfica estando descritos sólo 5 casos en la literatura. En general el pronóstico es bueno excepto en los casos en los que se detecta precozmente signos de necrosis avascular.

CC-29. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE METALOSIS EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA MODELO FURLONG

J. Ruiz Ruiz, Sánchez-Guardamino Sáenz, D.M. Brun Sánchez, M.M. Gutiérrez Santiago, M. Menéndez García, I. Sancho García, M. Ercilla Oyarzábal y F. Elía Mañu

Hospital Virgen del Camino-Clinica Ubarmin. Pamplona.

Introducción y objetivos: La metalosis se define como la fibrosis aséptica, necrosis local o aflojamiento de un implante secundario a la corrosión metálica o al aclaramiento de sus partículas secundarias al desgaste. Los modelos actuales con fricción entre componentes cerámicos han hecho desaparecer o reducir la cantidad de partículas metálicas producidas por el rozamiento.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 62 años que es intervenida realizándose artroplastia total de cadera, colocándose una prótesis total de cadera modelo Furlong cerámica-cerámica. 40 días después la cirugía la paciente aquejaba dolor en ingle izquierda hasta rodilla, así como una limitación para la rotación interna de la cadera. La radiología de control no mostraba alteraciones. Continuó con clínica similar en posteriores revisiones por lo que se inició el estudio para descartar aflojamiento de la prótesis. La gammagrafía descartaba dicho proceso si bien la radiología mostraba la rotura de un tornillo de anclaje del cotilo. Se decidió recambiar el cotilo al año de la cirugía observándose durante la cirugía gran metalosis que ocupaba el espacio entre cotilo metálico y cerámico. Se realizó un nuevo fresado y colocación de un implante troncocónico roscado.

Resultados: La evolución post-operatoria del paciente fue satisfactoria pudiendo ser dado de alta a los nueve días. Al mes de evolución no presentaba dolor y el rango de movimiento era normal.

Comentarios y conclusiones: La metalosis es un proceso que se observa habitualmente en cirugía protésica, si bien es frecuente que se produzca largo plazo siendo muy extraño la aparición al año de evolución tras la artroplastia.

CC-30. PRÓTESIS TOTAL DE CADERA DOLOROSA POR MOVILIZACIÓN ASÉPTICA “CEMENTOFITO EN COTILO”

L.M. Romero Muñoz, A. Valentí Azcárate, S. Cruz Morgande, R. Lombart y J.R. Valentí Nin

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Varón de 81 años intervenido mediante implantación de prótesis total cementada de cadera izquierda por coxartrosis. Al año de la intervención acude a revisión encontrándose

en escala visual analógica a 0 y movilidad de cadera: flexión 90°, extensión 0, abducción 10° y una rotación interna de 20°. Acude a revisión a los dos años de la intervención con dolor en cara lateral y anterior de muslo izquierdo. A la exploración física se observa una movilidad: flexión 120° con actitud en rotación externa, extensión completa y una rotación interna dolorosa. En la radiografía de caderas se objetiva una imagen de rotura del anillo de polietileno en su zona inferior y aparición de fragmento de cabeza no visible en los estudios previos. Se realiza una gammagrafía de cadera con Tc99 observándose un patrón gammagráfico compatible con movilización del componente femoral protésico. Al persistir el dolor en cadera se interviene a los tres meses realizando recambio mediante cotilo cementado y vástago Wagner. Durante la intervención se observa fragmento de cemento alojado en cotilo con desgaste del polietileno secundario. Actualmente refiere encontrarse asintomático y la exploración radiológica no muestra alteraciones significativas.

Material y método: Descriptivo transversal.

Resultados: Actualmente refiere encontrarse asintomático y la exploración radiológica no muestra alteraciones significativas.

Comentarios y conclusiones: Durante la reducción de una prótesis total de cadera con cotilo cementado es de vital relevancia descartar la interposición de cemento o cuerpo extraño entre cotilo y cabeza femoral en el momento de la reducción, ya que puede conllevar un fracaso de la prótesis por desgaste del polietileno y movilización aséptica de ésta.

CC-31. ARTROPLASTIA DE CADERA EN PACIENTE CON AMPUTACIÓN SUPRAGENIANA IPSILATERAL. EXPERIENCIA CLÍNICA

O. Faour Martín, M. González Salvador, M. Plata García, P. Barrio Sanz, F. Ardura Aragón y M.A. Zancajo Pernía

Hospital Clínico de Valladolid.

Introducción y objetivos: La artroplastia de cadera puede estar indicada en pacientes con amputación suprageniana ipsilateral cuando las condiciones clínicas y funcionales del paciente lo requieran. Presentamos nuestra experiencia clínica.

Material y método: Se trata de un paciente varón de setenta años, con antecedente de amputación suprageniana de la extremidad inferior izquierda, de origen vascular hace veinte años. Es portador de prótesis de pierna izquierda y deambula con bastones. Refiere dolor mecánico inguinal izquierdo de años de evolución, a veces de reposo, a pesar del tratamiento farmacológico. Destaca la limitación dolorosa de todos los movimientos de la cadera izquierda, con un flexo de 10 grados. La radiología simple evidenció la presencia de artrosis coxofemoral izquierda. Se intervino de artroplastia total de cadera.

Resultados: El dolor desapareció en el postoperatorio inmediato. A los dos meses, deambulaba con un bastón con una amplitud de movimientos de la cadera de: extensión -10 grados, rotación interna 10 grados, rotación externa 30 grados, flexión 80 grados, separación 20 grados.

Comentarios y conclusiones: La coxartrosis en pacientes con amputación suprageniana ipsilateral es más frecuente en la cadera ipsilateral que en la contralateral y que en la población general. Es necesario considerar el cambio en el equilibrio muscular que acontece en la cadera ipsilateral. En la cirugía puede haber dificultades para la manipulación femoral durante la colocación de los componentes de protésicos, pudiendo ser necesaria la realización de gestos quirúrgicos añadidos, como el empleo de agujas de Krishner.

CC-32. LUXACIÓN POSTERIOR DE CADERA CON FRACTURA DE CABEZA FEMORAL PIPKIN TIPO I

S. Bartolomé García, A. Moreno Velasco, P.J. Torrijos Garrido, P. de la Cuadra Virgili, F. Jáñez Moral, A. Ortega Briones, C. Zorzo Godes y A. Guijarro Valtueta

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: La mayoría de las fracturas de la cabeza femoral son secundarias a accidentes de tráfico por transmisión axial

de fuerzas, y se asocian a luxaciones de cadera. Es necesario realizar una evaluación traumatológica completa por la frecuente asociación con lesiones a otros niveles.

Material y método: Varón de 50 años que acude a Urgencias tras choque frontal en accidente de alta energía siendo diagnosticado de shock hemorrágico, traumatismo abdominal con perforación intestinal, luxación posterior de cadera derecha con fractura de cabeza femoral Pipkin tipo I, fractura de apófisis transversas L2-L3-L4 y fractura de sacro. En el momento inicial, el Servicio de Cirugía General realiza resección ileo-cólica de 1,5 metros de intestino delgado e ileostomía terminal transrectal. Tras estabilización del paciente, a las 18 horas del accidente, mediante vía anterolateral translglútea se objetiva defecto medial infrafoveal en cabeza femoral derecha, con presencia de 2 fragmentos óseos de $3 \times 2,5$ cm y $1 \times 0,4$ cm. Tras abundante lavado, se consigue la reducción de los fragmentos y mantenimiento mediante agujas de Kirschner, procediéndose posteriormente a la osteosíntesis de los mismos con el remanente de cabeza femoral mediante tornillos autocompresivos interfragmentarios de 2,7 mm.

Resultados: Se prohibió el apoyo durante los primeros 2 meses, iniciando a partir del tercer día movimientos pasivos de flexión de cadera. A los 24 meses de la cirugía el paciente se encuentra asintomático y ha vuelto a realizar sus ocupaciones habituales.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones posteriores de cadera asociadas a una fractura de la cabeza femoral tienen un riesgo elevado de desarrollar osteonecrosis, que está en relación directa con el tiempo de demora hasta la reducción. En caso de grandes fragmentos se hace necesaria una reducción abierta y fijación quirúrgica.

CC-33. FALLO DE OSTEOTOMÍA INTERTROCANTÉRICA TRAS PSEUDOARTROSIS DE FRACTURA DE CUELLO FEMORAL

Y. Contreras Cidores, N. Lamban Mascaray, G. Hernández Fernández, L. Gutiérrez Sánchez, J.M. Muñoz Ortús, F. García Güemes y A. Blanco Pozo

Complejo Asistencial de Burgos.

Introducción y objetivos: Las complicaciones más frecuentes después de un fijación interna de fractura de cuello femoral son la necrosis avascular y la pseudoartrosis. El porcentaje de pseudoartrosis en pacientes jóvenes varía entre el 0-86% y se asocia de forma directa con la calidad de la reducción y el tiempo transcurrido hasta la fijación.

Material y método: Varón de 32 años que acude a Urgencias tras sufrir caída casual. Como antecedentes personales presenta un síndrome polimalformativo, con microcefalia, catarata, retraso psicomotor y cardiopatía isquémica. Presenta dificultad a la deambulación con dolor a la movilización de la cadera izquierda. Se realiza estudio radiológico que muestra una fractura subcapital de fémur izquierdo no desplazada, procediéndose a osteosíntesis de la misma con tres tornillos cervicocefálicos. A los 9 meses acude de nuevo a Urgencias, por cojera e imposibilidad para la deambulación de 15 días de evolución, observándose en la radiología protrusión de un tornillo cervicocefálico y pseudoartrosis de la fractura. Se programa para retirada de material de osteosíntesis como primer acto quirúrgico y posteriormente, a osteotomía valgizante más tenotomía de adductores y fijación con Clavo-placa atornillada e injerto óseo autólogo, con buena evolución de la clínica.

Resultados: A los dos días acude de nuevo a Urgencias, presentando una fractura distal a la placa de osteosíntesis, procediéndose a nueva intervención, con retirada de placa previa y reducción de la fractura con dos tornillos interfragmentarios y nuevo clavo-placa larga.

Comentarios y conclusiones: En pacientes fisiológicamente jóvenes la pseudoartrosis de cuello femoral tras fijación, se trata con osteotomía valgizante y fijación con placa. La pérdida de reducción se debe a una mala calidad ósea o a una reducción incorrecta.

CC-34. RECURRENCIA DE FRACTURA PERIPROTÉSICA

G. Casellas García, M. Llaurodó Poy, A.A. Covaro, J. Abarca Vegas, E. Cassart Masnou, L. Torrededía del Río y J. Asencio Santomás

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción y objetivos: Las fracturas periprotésicas presentan una creciente incidencia en las últimas décadas, siendo su resolución un difícil desafío para los ortopedistas más avanzados. La clasificación de Vancouver ha contribuido en gran medida a su mejor caracterización y orientación terapéutica. Su tratamiento ha evolucionado con los avances en los principios de la fijación interna y de la cirugía de revisión de cadera.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 67 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II e importante sobrepeso, que se le colocó una prótesis total de cadera izquierda en 1991. En 2004, tras caída casual, presentó una fractura periprotésica tipo B1 de Vancouver requiriendo tratamiento quirúrgico recambiando el vástago de Charnley a uno largo tipo Wagner asociado a un cerclaje cable. Durante el ingreso la paciente presentó infección del tejido subcutáneo por *P. mirabilis*, que precisó desbridamiento y tratamiento antibiótico endovenoso, resolviendo el cuadro y nueva adaptación a la vida diaria con balance articular de la cadera correcto. Cuatro años después, la paciente sufrió otra caída ocasionándose una nueva fractura periprotésica tipo B1 de Vancouver.

Resultados: La paciente requiere una nueva cirugía con colocación de placa, tornillos distales y cerclajes proximales. El postoperatorio inmediato cursa con una nueva infección superficial, sin aislar el germen responsable, que se resuelve mediante antibioterapia. Se difiere la deambulación hasta el sexto mes y actualmente camina con muletas.

Comentarios y conclusiones: La bibliografía consultada relaciona la clasificación de Vancouver con el tratamiento de las fracturas periprotésicas, valorando su estabilidad y asistiendo en la toma de decisión terapéutica pudiéndose efectuar con placas, tornillos, cerclajes o recambio del vástago. En nuestro caso, la primera fractura admitió recambio de vástago como solución, pero la segunda, la ocupación del canal medular por el vástago largo, nos obligó a buscar la solución en una placa, con tornillos y cerclajes.

CC-35. SEVERA METALOSIS POR CROMO Y COBALTO EN ARTROPLASTIA DE CADERA

R. Lax Pérez, J.E. Salinas Gilabert, F. Lajara Marco, A. Corraliza Zamorano, A. García Gálvez, F. Navarro Gozález y J.A. Lozano Requena

Hospital Vega Baja. Orihuela.

Introducción y objetivos: La metalosis por aleación de metales cromo, cobalto y níquel, es una patología que se produce por liberación de partículas de estos materiales como complicación de una artroplastia. Es importante considerar esta patología en pacientes con prótesis de cadera. Presentamos un caso con comprobación histológica.

Material y método: Mujer de 35 años de edad que es portadora de PTC. Tiene como antecedentes, luxación congénita de cadera derecha intervenida en la infancia, realizándose osteotomía pélvica (fijación con tornillos de acero). Se le practicó artroplastia total de cadera par de cerámica en 2003 (no se extrae un tornillo ilíaco de osteotomía previa). En 2007, precisa recambio por fractura de la cabeza de cerámica, cambiando a par metal-polietileno. Ocho meses tras última intervención, comienza con dolor progresivo en cadera. La analítica mostraba VSG 85 y PCR 15. En Rx de cadera se aprecia masa de partes blandas intraarticular y peritrocantérica. Se completa el estudio con TAC y gammagrafía que descarta el origen séptico.

Resultados: Por abordaje lateral, se realiza EMO del tornillo de acero ilio-isquiático (fuente de la metalosis al contactar directamente con cotilo). Intraoperatoriamente se observa sinovial y cápsula teñidas de negro, obteniendo 250 cc de líquido articular metaloide. Se recambia el cotilo, colocando aloinjerto en fondo acetabular e isquion, y cotilo de tantalio atornillado. Se mantiene en descarga durante 12 semanas. Al mes la paciente presenta movilidad completa de cadera sin dolor. Los niveles de iones en sangre aparecen elevados para el cromo y cobalto.

Comentarios y conclusiones: Se ha demostrado que el cobalto y cromo son carcinógenos y mutagénicos tanto en humanos como en modelos animales, por lo que ante la presencia de metalosis, resulta primordial el diagnóstico y tratamiento precoz.

CC-36. RESCATE DE PSEUDOARTROSIS SUBTROCANTÉREA

C. Rodríguez Larraz, J.R. Varela Egocheaga, I. Eraso Lara y F.J. Muñoa Arribillaga

Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Las fracturas de la región trocantérea en ancianos son frecuentes y producen una gran merma de la capacidad funcional. Aunque las pseudoartrosis son raras suponen un reto médico y quirúrgico con el fin de restituir la funcionalidad de la cadera y el retorno al nivel de actividad previa. Objetivo: Revisión de las modalidades de rescate de pseudoartrosis subtrocantérea.

Material y método: Revisión de caso clínico. Revisión bibliográfica.

Resultados: Paciente de 84 años que sufrió fractura subtrocantérea en el año 2007 tratada mediante sistema extramedular (Placa Martin). Asintomática y deambulante hasta junio de 2009 cuando presenta acortamiento de la extremidad, dolor e impotencia funcional para la deambulación. Se diagnostica pseudoartrosis del foco y se procede al rescate quirúrgico del caso mediante arthroplastia total de cadera. Se realiza extirpación de todo el fragmento proximal excepto trocánter mayor, cotilo constreñido cementado, componente femoral modular cónico (T3 RESTORATION) y anclaje de trocánter mayor mediante placa de cerclaje. La paciente consigue deambulación sin dolor.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas subtrocantéreas suponen una merma importante de la capacidad funcional en ancianos. El tratamiento recomendado para ellas es el enclavado endomedular con altas tasas de consolidación. Las pseudoartrosis son relativamente frecuentes cuando se utilizan sistemas extramedulares. El tratamiento puede ser reosteosíntesis o arthroplastia, planteando ambos retos técnicos importantes.

CC-37. EL FORAGE COMO TRATAMIENTO DE LOS ESTADIOS PRECOCES DE LA OSTEONECROSIS DE CADERA. RESULTADOS DE 2000-2006

R. Estella Nonay, A. Torres Campos, L. Castán Bellido, L. Malo Finestra, N. Blanco Rubio, A. Castillo Palacios, J. Albareda Albareda y F. Seral Íñigo

Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Los forages constituyen el tratamiento quirúrgico más utilizado en las etapas iniciales de la osteonecrosis de la cabeza femoral. Es una técnica que inicialmente, en los años 60, fue usada por Arlet y Ficat para la obtención de material anatomo-patológico de la cabeza femoral en pacientes con sospecha de osteonecrosis. La disminución de la presión intraósea, restaura el flujo óseo y estimula el proceso natural de reparación. Esta técnica puede asociarse a la colocación de injertos ya sean vascularizados (de peroné o cresta ilíaca) o no (DBM; matriz ósea desmineralizada, o aloinjertos), electroterapia, estimulación electromagnética o aplicación de facto-

res de crecimiento con potencial ontogénico (BMP, FGF...). No existe consenso en sus indicaciones ni en cuanto a la técnica ideal.

Material y método: En este estudio se analizan de manera retrospectiva los resultados y a corto plazo de los 21 forages realizados desde el año 2000 hasta el 2006 en nuestro Servicio en pacientes diagnosticados de osteonecrosis de cabeza femoral.

Resultados: En los 21 pacientes con una edad media de 42,6 años, se analizan los estadios de Ficat en que se encontraban, su evolución a lo largo del tiempo, la técnica utilizada (número orificios e injertos) teniendo siempre en cuenta la evolución final a arthroplastia en el caso de que existiera.

Comentarios y conclusiones: En la bibliografía, la descompresión central parece ser más efectiva que el tratamiento sintomático, sobre todo en estadios precoces; y su pronóstico es mejor cuando el tratamiento se aplica sin colapso de la cabeza o cuando la lesión es pequeña y con margen esclerótico con este estudio se pretende hacer un análisis de la aplicación en nuestro Servicio y contribuir a la experiencia existente.

CC-38. HISTORIA DE UN RECAMBIO

A. Ortega Briones, A. Moreno Velasco, F.S. Jañez Moral, S. Bartolomé García, M. Zurrón Lobato, C. Zorzo Godes y A. Guijarro Valtueña

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: La revisión de la arthroplastia total de cadera supone habitualmente mayor dificultad técnica (tiempo quirúrgico, pérdida de sangre, reserva ósea...), aumento en la incidencia de complicaciones y peores resultados funcionales que la primaria.

Material y método: 1972: Paciente de 24 años sufre fractura subcapital traumática de fémur derecho realizándose osteosíntesis a mínimo. 1980: 32 años; osteonecrosis de cabeza femoral: arthroplastia total de cadera (Charnley). 1996: 48 años; revisión de polietileno y cerclaje de trocánter mayor, comprobando vástago osteointegrado. 1996: 48 años; recambio de componente acetabular y retirada de cerclaje por luxación precoz no traumática. 1997: 49 años; grapa trocantérica por nuevo episodio de luxación no traumática. 2008: 60 años; fatiga de material con rotura de vástago: recambio de vástago (Revitan, Zimmer) y de polietileno, comprobando metalback osteointegrado.

Resultados: En la actualidad a la edad de 61 años la paciente es independiente para las actividades de la vida diaria (discreto Trendelenburg) no precisando ayudas técnicas, sin complicaciones locales ni nuevos episodios de luxación. Radiológicamente se observa vástago y componente acetabular osteointegrados y no se objetivan signos de aflojamiento.

Comentarios y conclusiones: El éxito en la cirugía de revisión de la arthroplastia de cadera viene determinado por la etiología del fallo, la reserva ósea y la correcta indicación inicial. La aparición de nuevos implantes nos permite nuevas soluciones a este tipo de problemas complejos mejorando los resultados funcionales.

CC-39. OSTEONECROSIS NO TRAUMÁTICA DE CABEZA FEMORAL. EXPERIENCIA EN SEIS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

C. Rodríguez Moro, A. Orellana Gómez-Rico, M. Castrillo Amores, J. Areta Jiménez, R. Tamburri Barriain y G. Ceballos Rodríguez

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

Introducción y objetivos: La osteonecrosis no traumática de la cabeza femoral se ha relacionado con diversas etiologías incluida la base genética. Para su diagnóstico precoz se emplean pruebas de imagen que se correlacionan con la clínica. Las opciones de tratamiento dependen del estadio y se dividen en técnicas que preservan la articulación y arthroplastias.

Material y método: Se presentan un 6 pacientes, 2 de ellos con afectación bilateral, 8 caderas de pacientes tratados en nuestro Hospital

en los tres últimos años. Edad mediana de 38. A 2 pacientes se les atribuyó una etiología alcohólica, 2 se relacionaron con el tratamiento con corticoides y 2 de causa idiomática. Cinco casos se clasificaron como Ficat I o II (pre colapso) y se emplearon técnicas que preservan la articulación.

Resultados: Con un seguimiento medio de 17 meses se logró una estabilización clínica y radiológica en la mitad de los casos de los tratados mediante descompresión central e injerto óseo no vascularizado. En el resto de los casos se optó por artroplastia. Se realiza una revisión bibliográfica sobre la etiología, clasificación, diagnóstico y estudios publicados acerca de resultados de las distintas opciones de tratamiento con el nivel de evidencia para recomendar cada una de ellas.

Comentarios y conclusiones: La fisiopatología de la osteonecrosis no traumática de la cabeza femoral no está completamente esclarecida. Los factores de riesgo más comunes son la administración de corticosteroides y el alcoholismo. La radiografía simple y la resonancia magnética son los métodos diagnósticos de elección. Para la decisión terapéutica se tiene en cuenta la estadificación radiológica, tamaño de la lesión y colapso/deformidad de la cabeza femoral y acetábulo. El método de descompresión e injerto no vascularizado es técnicamente asequible es recomendable para lesiones precoces en las que no haya colapso de la cabeza femoral.

CC-40. NECROSIS AVASCULAR DEL FÉMUR MULTIFOCAL EN LA ENFERMEDAD DE KIKUCHI Y FUJIMOTO

J. Campos Martins, J. Silva, R. Silva, S. Lorga y D. Costa

Centro Hospitalar Lisboa Zona Central. Portugal.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (KF) es un síndrome raro o linfaadenitis necrotizante histiocítica. El primer caso fue descrito en 1972 por dos patólogos japoneses, Kikuchi y Fujimoto. Esta enfermedad benigna y autolimitada, afecta normalmente a mujeres jóvenes, especialmente de origen asiático. La etiología es aún desconocida. Se sugirió ser una alteración inmune, ya que puede precederse o ser seguida por enfermedades del tejido conectivo como el lupus. No en tanto la evolución clínica y la rápida resolución espontánea asociada con infección respiratoria prodrómica y linfadenopatía cervical, es consistente con etiología viral. Hay varios estudios que relacionan esta enfermedad con vasculitis, tiroiditis, polimiositis y panuveítis. La necrosis ósea avascular tiene un mecanismo patológico relacionado con varias etiologías. Normalmente progresiva incluyendo destrucción articular si se deja sin tratar al menos 3-5 años.

Material y método: Hay un caso de linfadenitis necrotizante histiocítica en una mujer de 19 años, referida como cojera con distres funcional importante. RM mostró necrosis avascular bilateral de la cabeza del fémur y su diáfisis.

Resultados: Presentamos nuestros resultados clínicos y discusión de las opciones terapéuticas.

Comentarios y conclusiones: La asociación entre la enfermedad de KF y la necrosis avascular ósea tiene como probable origen un mecanismo inmunológico. Nuestras observaciones indican que los pacientes con esta enfermedad (KF) se deben mantener bajo observación durante varios años para asegurarnos que no tengan riesgo de desarrollar necrosis vascular ósea.

CC-41. RECAMBIO PROTÉSICO POR COMPLICACIONES A LARGO PLAZO DE LAS HEMIARTROPLASTIAS DE CADERA UNIPOLARES CERVICOCEFÁLICAS CEMENTADAS TIPO THOMPSON

J.J. Sánchez Rúas, A. Gandía Correa y F. Aranda Romero

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las mejoras en el diseño protésico junto con un aumento en la esperanza y calidad de vida de la población, nos

obligan a plantearnos qué tratamiento es el adecuado en las tan frecuentes fracturas de cadera desplazadas subcapitalles del anciano. La hemiartroplastia unipolar tipo Thompson ha ofrecido desde su origen una solución biomecánica satisfactoria merced a un tiempo quirúrgico limitado y poco cruento en comparación con otro tipo de implantes. Ahora bien, los efectos que a largo plazo se desprenden del contacto del metal con la cavidad cotiloidea nos abocan irremediablemente a un recambio que suele ser difícil técnico.

Material y método: Realizamos una revisión retrospectiva de los pacientes a los que se les practicó un recambio de prótesis de Thompson en nuestro hospital entre mayo de 2001 y junio de 2009 (12 casos). Se clasifican las indicaciones y tratamientos, se describen complicaciones, tasas de consolidación y recuperación funcional.

Resultados: En la mayoría de los casos se obtuvo un buen control del dolor y una razonable recuperación funcional.

Comentarios y conclusiones: Los pacientes ancianos delicados con limitación funcional previa se pueden beneficiar de la hemiartroplastia unipolar, pudiendo ser la mejor opción. Su indicación se debe limitar a pacientes con una esperanza de vida menor a 10 años por las complicaciones que provoca a largo plazo de usura de cotilo, osteólisis y finalmente aflojamiento aséptico. A día de hoy no existen diferencias a nivel de meta-análisis entre fijación interna y artroplastia en fracturas desplazadas de cuello femoral, precisando más estudios para arrojar luz sobre este dilema quirúrgico.

CC-42. COMPLICACIONES EN PRÓTESIS DE RESURFACING: FRACTURA O NECROSIS O REACCIÓN ALÉRGICA

I. Calvo de la Fuente, S. Plaza García, B. Busta Vallina y A. Alfonso Fernández

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: El aumento de las artroplastias de *resurfacing* en los últimos años es evidente y ello conlleva un aumento de las complicaciones. Hemos revisado nuestra serie de artroplastias de *resurfacing* y todas las posibles complicaciones y hemos observado una complicación de la cual no tenemos del todo clara. En la bibliografía se está hablando de pseudotumor o reacción inflamatoria al par metal/metal o posibles necrosis masiva o incluso fracturas cervicales. Nosotros estamos realizando un estudio en colaboración con S.º de Inmunología, S.º de Anatomía Patológica e Infecciosas para determinar el agente causal de dicha complicación.

Material y método: Se han revisado todos los casos de artroplastias de *resurfacing* y todas las complicaciones. De una serie de 80 artroplastias hemos objetivado hasta este momento 8 casos de posible infección o necrosis o movilización. En todos ellos se han realizado artroplastia total de cadera con vástago. Se ha estudiado el líquido articular, hueso y se ha realizado estudio inmunohistoquímico para determinar agente causal.

Resultados: se ha observado una complicación tras la artroplastia de *resurfacing* que podríamos etiquetar de movilización o necrosis masiva cervical que conduce al fracaso de dicha artroplastia. Nosotros creemos que existe una base inmunológica la cual es causante de dicha lesión.

Comentarios y conclusiones: En este estudio intentamos comprobar la posible reacción alérgica al par metal/metal en una *resurfacing* o el estrés de sobrecarga que produce dicha artroplastia.

CC-43. ¿ESTÁN INDICADOS LOS VÁSTAGOS MODULARES EN CIRUGÍA PRIMARIA DE CADERA? NOSOTROS TENEMOS UNA RESPUESTA

M.I. Mora Fernández, G. Gutiérrez Castanedo, A. Blanco Pozo, N. Lambán Mascarai, Y. Contreras Cidores y L. Gutiérrez Sánchez

Hospital General Yagüe. Burgos.

Introducción y objetivos: Existen ocasiones en las que nos enfrentamos a la necesidad de implantar una prótesis en una cadera que se

aleja de las características anatómicas comunes, para las que la mayoría han sido diseñadas. Displasias del desarrollo, fémures muy estrechos, si se ha realizado una osteotomía inter- o subtrocantérea previamente o incluso en las complicaciones que pueden surgir durante el propio acto quirúrgico en una PTC convencional, son algunos de ellos. ¿Estaría indicado utilizar vástagos modulares en alguna de estas situaciones? Nosotros tenemos una respuesta.

Material y método: Los bloqueos metafisarios aportan un relleno óptimo, favorecen el crecimiento óseo, descargan los esfuerzos mecánicos distales y bloquean la rotación por sección cuadrangular. Estas son algunas de las características que nos proporcionan las prótesis modulares y que junto con las distintas longitudes y diámetros que nos ofrecen en los vástagos diafisarios y alturas de las camisas, nos ayudan planificar el implante en estas situaciones complejas. Presentamos nuestra experiencia en 30 casos.

Resultados: Describimos algunos de los casos en los que hemos utilizado prótesis modulares como primera indicación, y las características que en nuestra opinión deben presentar los pacientes para requerir dicho implante.

Comentarios y conclusiones: Consideramos que es un tema controvertido y limitado a circunstancias muy concretas, ya que puede haber una alta incidencia de complicaciones y se requiere un gran entrenamiento, además es una técnica cara. Sin embargo, en nuestra experiencia, cuando se consigue poner a punto, puede llegar a ser una cirugía muy gratificante.

CC-44. CIRUGÍA FUNCIONAL CORRECTIVA EN LA DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA: 20 AÑOS DE EXPERIENCIA

G. Cusmà Guatteri, G.G.T.S. Grappiolo Tornago y A.F. Astore

Istituto Clínico Humanitas. Milán. Italia.

Introducción y objetivos: Las deformidades anatómicas típicas de la displasia de cadera (y los eventuales tratamientos osteotómicos femorales antecedentes), complican el procedimiento de la artroplastia en manera importante. El desarrollo de componentes protésicos dedicados (femorales y acetabulares) ha simplificado este tipo de cirugía, pero sin embargo en casos clasificables como Crowe IV y Crowe III son necesarios actos quirúrgicos adicionales para alcanzar la reconstrucción de un centro de rotación para-fisiológico.

Material y método: Desde 1984 hasta hoy, 2.308 artroprótesis de cadera han sido implantadas en pacientes con varios grados de displasia congénita, y han sido 565 los casos en los que se ha intervenido sobre una precedente osteotomía (femoral o acetabular). En 128 casos ha sido necesario un tratamiento osteotómico femoral paralelo: en 64 pacientes del trocánter mayor (junto a una osteotomía del fémur proximal en 12 casos), en 55 pacientes subtrocantérica (permitiendo la corrección de deformidades torsionales y angulares) y en 9 pacientes del fémur distal.

Resultados: Los resultados a largo plazo de estos implantes han resultado ser inferiores comparados con los de los implantes estándar: sólo el 70% sigue sobreviviendo a los 15 años de seguimiento. En particular observando la supervivencia femoral, podemos notar como el mejorar de la técnica quirúrgica en el tiempo, comporte una reducción de los fallecimientos precoces imputables a insuficiente estabilización de las osteotomías.

Comentarios y conclusiones: Hay que notar que los resultados más interesantes han sido obtenidos justo con las osteotomías subtrocantéricas, aunque sólo estén disponibles resultados a corto y medio plazo.

CC-45. DEFECTOS ACETABULARES SEVEROS TRATADOS CON ANILLOS ANTIPROTUSIO Y ALOINJERTO ESTRUCTURAL. PRESENTACIÓN DE 11 CASOS

S. Chacón Cartaya, M. López Pliego, R. Moreno Domínguez, M. del Río Arteaga, A. Lázaro González, M. Andrés Martínez, M. Moleón Camacho y J. Ribera Zalbalbeascoa

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El gran desafío de la cirugía de rescate acetabular lo constituye el tratamiento de los defectos óseos. La

supervivencia actual de los implantes se ve limitada fundamentalmente por el fracaso de fijación del componente acetabular provocado por la osteólisis. La clasificación del defecto acetabular puede ayudar en la evaluación preoperatoria de pérdida de hueso, no sólo como valoración de la localización y la severidad de la pérdida ósea sino también como guía para la elección del tratamiento quirúrgico.

Material y método: Presentamos 11 casos con defectos severos: 9 casos tipo IIIB y 2 casos de discontinuidad pélvica, según la clasificación de Paprosky. Todos los casos fueron tratados con anillos Antiprotusio junto con aloinjerto (82% aloinjerto estructural tallado de cóndilo femoral, en 8% se añadió además aloinjerto compacado).

Resultados: Partiendo en todos los casos de un dolor y una cojera severa, tras un seguimiento medio de 32 meses (6-72 meses) el 73% están asintomáticos, y el 27% restante presentan un dolor moderado. En relación a la cojera, el 34% no la presentan y el 66% presenta una cojera moderada que requiere el uso de bastón. El 90,9% están satisfechos con la intervención. No ha existido ningún caso de revisión del implante.

Comentarios y conclusiones: Los defectos grandes (Paprosky IIIB O IV, > 50%) no son subsidiarios de tratamiento con cotilos no cementados y dónde prótesis como el Protusio Cage (Berry and Müller) dan buenos resultados. Este tipo de implantes funcionan como un puente entre hueso sano, permitiendo poner el aloinjerto en el medio de la caja, quedando protegido de grandes rozamientos.

CC-46. PAR DE FRICCIÓN CERÁMICA-METAL: FUNDAMENTOS Y RESULTADOS INICIALES

C. Valverde Mordt y J. Doménech Fernández

Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: La osteólisis por enfermedad de partículas deteriora a largo plazo la supervivencia de la artroplastia de cadera. La utilización de pares cerámicos o metálicos tiene inconvenientes: en los componentes cerámicos, ocasionales chirridos y roturas. En los metálicos, liberación de iones en sangre. Pueden producirse pseudo-tumores y la lesión ALVAL (vasculitis linfocítica aséptica). La introducción de cerámica articulada con un inserto metálico pretende dar solución a los problemas anteriores.

Material y método: Se han implantado 64 pares de fricción con cabeza cerámica de aluminio con zirconio (Ceramax Delta) en 60 pacientes desde mayo 2007. Se ha diseñado un estudio sobre liberación de iones comparando pre y postoperatoriamente el par metálico y el par cerámica metal, con cabeza de 36 mm y el efecto de los niveles elevados de Cr y Co sobre el estrés oxidativo.

Resultados: Los estudios in vitro con simulador de cadera demuestran que la liberación de iones, la fricción y el desgaste corrosivo son inferiores en la cerámica con metal al par metálico y similar al par cerámico. Las experiencias iniciales en pacientes confirman estos datos a medio plazo. Los pacientes intervenidos, con una evolución máxima de 28 meses no han mostrado signos clínicos desfavorables. La determinación de iones se realiza a los seis meses, y después anualmente.

Comentarios y conclusiones: La lubricación de elementos disimilares es más favorable que con elementos iguales. La fricción, desgaste corrosivo y liberación de iones metálicos de un par de fricción de cabeza cerámica con inserto metálico son inferiores a los que se producen con par metálico y similares al par cerámico. Con respecto al par cerámico la ventaja de la cerámica con el metal es la mayor flexibilidad y mejor lubricación de los elementos diferentes y la ausencia de rotura del inserto, con una tasa de desgaste semejante.

CC-47. REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA MEDIANTE CERCLAJES Y ENCLAVADO ENDOMEDULAR DE LAS FRACTURAS DE CADERA SUBTROCANTÉREAS

J.J. Sánchez Rúas, R. Sales Fernández y F. Aranda Romero

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas subtrocantéreas de cadera representan un reto quirúrgico a la hora de alcanzar una reducción y síntesis adecuada debido a las fuerzas musculares que experimentan los fragmentos óseos desplazados y a que se trata de una zona de concentración de carga que provoca importantes solicitudes mecánicas al material de osteosíntesis. El objetivo del estudio es revisar nuestra experiencia en el tratamiento de estas fracturas mediante reducción abierta y osteosíntesis con cerclajes y clavo cérvico-diafisario tipo Gamma Largo.

Material y método: Realizamos una revisión retrospectiva de los pacientes con fractura subtrocantérea de cadera intervenidos en nuestro hospital entre abril de 2006 y mayo de 2009 mediante reducción abierta y síntesis con cerclajes y clavo Gamma Largo. Se clasifican las fracturas y se describen complicaciones, tasas de consolidación y recuperación funcional.

Resultados: La reducción abierta y osteosíntesis de estas fracturas permitió una consolidación rápida y anatómica, junto a una recuperación funcional precoz. No se produjeron fallos del implante.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de elección de las fracturas subtrocantéreas en nuestro hospital es el Clavo Gamma Largo. Ofrece las ventajas biomecánicas del enclavado endomedular y un abordaje mínimamente invasivo. Cuando no es factible la reducción cerrada, consideramos de elección la reducción abierta y osteosíntesis con cerclajes además del clavo endomedular. Esto permite una reducción anatómica de la fractura que posibilita la carga precoz evitando la concentración de fuerzas en el implante y evadiendo por tanto el retardo de consolidación así como la rotura del mismo.

**CC-48. ARTROPLASTIA TOTAL DE RESUPERFICIE:
PAR METAL-METAL Y TECNOLOGÍA PARA LA CONSERVACIÓN ÓSEA**

J.A. Ortiz Segura y J.A. Ortiz Gómez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: Históricamente las prótesis de resuperficie tuvieron pobres resultados a causa de aflojamiento y desgaste del polietileno del cotilo, necrosis avascular de fémur con fracturas del cuello. Nuevos diseños del par metal-metal eliminan estos problemas. Las prótesis de resuperficie tienen la ventaja de conservar hueso del fémur proximal, hay menos osteólisis y permiten tamaños grandes de cabeza con contacto en los polos y buena función. El propósito de nuestro estudio es valorar los resultados de nuestra unidad desde el año 2005.

Material y método: Entre noviembre del 2005 y diciembre del 2008, 30 prótesis de resuperficie fueron realizadas. Todos los componentes femorales fueron cementados. La edad media fue de 48 años, 80% fueron hombres y el diagnóstico principal fue osteoartrosis. Los resultados clínicos han sido evaluados mediante la escala de Merle D'Aubigne.

Resultados: La mayoría de los pacientes regresaron a su actividad cotidiana (escutas), No hubo casos de luxación, sólo un caso de fractura del cuello en un paciente con SIDA. No hubo movilizaciones del cotilo.

Comentarios y conclusiones: Nuestra experiencia es aleatoria. La selección del paciente es importante. La técnica requiere una curva de aprendizaje, compleja instrumentación y mayor exposición quirúrgica y la revisión caso de ser necesaria no es técnicamente complicada.

CC-49. PRÓTESIS MAGNUM VS PRÓTESIS BIHAPRO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA. ESTUDIO RETROSPECTIVO

S. Antón García, E. Gómez San Martín, S. Ramos García, D. Núñez Batalla y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Presentar los resultados a modo de estudio retrospectivo de las prótesis Magnum, comparándolas con las prótesis Bihapro.

Material y método: Estudio retrospectivo de las prótesis Magnum comparándolas con las Bihapro. Se realizó una valoración clínica y funcional usando entre otros criterios la escala de Harris y la escala de Merle D'Aubigne-Postel, así como una valoración radiológica mediante radiología convencional.

Resultados: No hubo ningún caso de luxación con las prótesis Magnum. Se obtuvieron buenos resultados clínicos y funcionales, proporcionando un amplio rango de movimiento a nivel de la articulación.

Comentarios y conclusiones: Los tamaños grandes de cabeza femoral Magnum ofrecen una mayor estabilidad y resistencia a la dislocación, proporcionando un rango de movimiento máximo antes del "impingement". El metal sobre el metal tiene un desgaste de 1/350 con relación al polietileno, pero el impacto biológico de los altos niveles de cromo-cobalto en el organismo están por determinar.

CC-50. REVISIÓN DE FRACTURAS SUBCAPITALES DE CADERA TRATADAS MEDIANTE OSTEOSÍNTESIS CON TORNILLOS CANULADOS EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

S. Losa Palacios, T. Ros Ample, P. Torres Lozano, G. Plaza Fernández, D. González Pérez, M. Pardo Coello, F. Donate Pérez y C. Gómez Garrido

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: Las fracturas subcapitales de cadera son, junto a la fractura pertrocantérea la patología más frecuente de ingreso en nuestra especialidad. Aunque la osteosíntesis para este tipo de fracturas entra dentro de los algoritmos de tratamiento de este tipo de fracturas, en personas mayores es poco frecuente su utilización ya que nos solemos decantar por la hemiarthroplastia. El objetivo de nuestro estudio es valorar el porcentaje de éxito o fracaso de los pacientes con fracturas subcapitales de cadera tratadas mediante osteosíntesis, considerando fracaso la conversión a artroplastia de cadera (ya sea hemiarthroplastia o artroplastia total) y evaluar los motivos de dicho éxito o fracaso.

Material y método: Se trata de un estudio retrospectivo en el que se valoran los resultados de los pacientes mayores de 70 años con fractura subcapital de cadera y que se han tratado mediante osteosíntesis con tornillo canulado. Valoramos el porcentaje de éxito o fracaso de este tratamiento así como los factores que pueden influir en el resultado final de este tratamiento.

Resultados: Pendientes.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de cadera son la patología más frecuente en nuestra especialidad. Nosotros pensamos que la osteosíntesis para el tratamiento de determinadas fracturas subcapitales de cadera es una herramienta válida incluso para pacientes mayores de 70 años. Planteamos este estudio para valorar precisamente si este tratamiento puede ser válido para personas mayores.

CC-51. VÁSTAGO PROXIMA EN EL ADULTO JOVEN

J.A. Fernández-Valencia Laborde, I. López Zabala, G. Bori Tuneu, X. Gallart Castany, J. Cuñe Sala y J. Riba Ferret

Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción y objetivos: El vástago Proxima (DePuy) se ha diseñado para de permitir una mejor transmisión de cargas y proporcionar a

largo plazo una mayor preservación ósea periprotésica. Al igual que con otros vástagos cortos, la experiencia con este implante es limitada. Se presenta un estudio retrospectivo, cuyo objetivo es valorar los resultados clínicos y radiológicos obtenidos con este vástago a corto plazo.

Material y método: Se identificaron un total de 44 artroplastias. Se excluyeron del estudio los pacientes con un seguimiento inferior a 6 meses o edad superior a 65 años. Un caso con fractura metafisaria intraoperatoria que precisó de conversión a vástago de apoyo diafisario quedó excluido del análisis final. Un total de 37 artroplastias en 32 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La indicación principal fue la coxartrosis primaria, seguida de la necrosis avascular de la cabeza femoral. La edad media fue de 44,1 años, predominando la indicación en pacientes de sexo masculino (31 de las 37 artroplastias). El seguimiento medio fue de 11,3 meses (rango 6-32).

Resultados: Un paciente presentó lesión del nervio ciático e infección, precisando de reintervención. La evolución radiológica de la serie ha sido favorable, sin signos de aflojamiento salvo en un caso, en el que se decidió realizar recambio protésico a los 8 meses. Este paciente presentaba antecedentes de enolismo, y se había implantado un vástago high offset con cabeza de cuello largo. La serie ha presentado resultados clínicos satisfactorios en base a HHS.

Comentarios y conclusiones: En base a los resultados actuales disponibles en la literatura y en base a nuestra experiencia inicial, mantenemos el uso del vástago Proxima en adultos jóvenes que no cumplen criterios para prótesis de superficie. Consideramos precisa una adecuada selección de pacientes y es necesario disponer de más estudios y a largo plazo con este vástago.

CC-52. ARTROPLASTIA DE SUPERFICIE DE LA CADERA:

RESULTADOS A CORTO PLAZO

V. Climent Peris y F. Sánchez Mateo

Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia.

Introducción y objetivos: El tratamiento de la artrosis de cadera en el adulto joven sigue siendo un tema de preocupación, dada la gran demanda funcional de estos pacientes y la larga expectativa de vida de los mismos, lo que puede comprometer la supervivencia del implante. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados clínicos y radiográficos a corto plazo obtenidos con la artroplastia de cadera de superficie (*resurfacing*).

Material y método: Nuestra serie está formada por 72 pacientes en los que se han realizado un total de 75 artroplastias de superficie, con un seguimiento mínimo de 6 meses. La evaluación clínica de los pacientes se realiza según las escalas de Harris y Oxford. Se evalúan radiográficamente los pacientes en el post-operatorio y al final del seguimiento, determinando la colocación de los implantes y los cambios radiográficos que puedan haber ocurrido.

Resultados: No se han observado complicaciones intra ni post-operatorias en esta serie en el periodo de seguimiento, siendo la supervivencia del 100% de los implantes. La puntuación según la escala de Harris ha sido excelente en 71 casos y la puntuación en la escala de Oxford ha sido satisfactoria en 70 artroplastias.

Comentarios y conclusiones: Podemos concluir que los resultados con este procedimiento han sido satisfactorios a corto plazo, sin haber observado en nuestra serie ningún caso de fractura del cuello femoral, una complicación temible en este tipo de artroplastia. Estos resultados iniciales resultan esperanzadores y van en la línea de otras series publicadas, pero es necesario un estrecho seguimiento a largo plazo de los pacientes para obtener conclusiones firmes.

CODO (CC-53–CC-80)

CC-53. PSEUDOARTROSIS FUNCIONALES DEL CUELLO DEL RADIO

X. Espiga Tugas, P. Rigol Ramón, A. Matamalas Androver
y J. Cebamanos Celma

Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: El 14% de las fracturas proximales del radio, afectan al cuello pudiendo optarse cuando el desplazamiento es mínimo por un tratamiento funcional, siendo la osteosíntesis la mejor opción en caso de angulación o desplazamiento. La falta de consolidación requiere en la mayoría de los casos el tratamiento quirúrgico, siendo excepcional la evolución hacia la pseudoartrosis tolerada.

Material y método: Se presentan 6 casos de pseudoartrosis del cuello radial, 4 mujeres y 2 hombres. Edad media 42 años (18-59), con seguimiento de 3 años. En los dos hombres la pseudo es residual a exéresis de placa, siendo los cuatro restantes derivados de tratamientos funcionales.

Resultados: En los 6 casos se mantiene un arco móvil funcional, con pérdida de 30° de pronación en dos casos. Aplicando la escala de Broberg y Morrey se alcanza una puntuación media de 79 puntos. La radiología a los tres años no es demostrativa de artropatía ni de osteonecrosis de la cúpula radial.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento funcional de las fracturas poco desplazadas del cuello radial, puede evolucionar hacia la pseudoartrosis. La hipótesis de que se mantenga la vascularización del fragmento proximal por sinovialización, es una posible explicación que permite la viabilidad del mismo. Clínicamente la tolerancia al dolor y la buena funcionalidad, hacen que a los tres años de seguimiento, no se planteen opciones terapéuticas en los 6 casos presentados.

CC-54. SÍNDROME DEL TÚNEL RADIAL CAUSADO POR QUISTE SINOVIAL: PRESENTACIÓN DE SEIS CASOS

J. Rodríguez Miralles¹, G. Vila Canet², A. Escolà Benet³
y F.J. Espiga Tugas²

¹Consorci Hospitalari de Vic. ²Hospitales IMAS Mar-Esperanza. Barcelona. ³Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallés. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los quistes sinoviales son una causa rara de compresión del nervio radial. Presentamos nuestra experiencia en seis casos que requirieron tratamiento quirúrgico y su evolución clínica.

Material y método: Seis casos, cinco mujeres y un varón que presentaron clínica de epicondilalgia. Los seis fueron tratados inicialmente como una epicondilitis no obteniendo mejoría con el tratamiento conservador. En todos casos el EMG no objetivó lesión neurológica. La RNM fue diagnóstica en los seis casos de quiste sinovial. El tratamiento fue quirúrgico y consistió en descompresión del nervio radial y exéresis del quiste sinovial.

Resultados: Tras la intervención se inició la movilidad activa a las 24 h. En un caso se presentó paresia transitoria del nervio radial que evolucionó favorablemente a las tres semanas. En la actualidad los seis pacientes están asintomáticos.

Comentarios y conclusiones: La neuropatía compresiva del nervio radial a nivel del codo es poco frecuente. La presencia de quistes sinoviales que compriman el nervio radial es rara y las series consultadas no superan los 14 casos (Yamazaki. J.H.S E. 2007;32E:341-5). La clínica y especialmente la cuidadosa palpación del túnel radial sugieren la posible compresión del nervio radial. La RNM es la prueba concluyente para diagnosticar la presencia de estos quistes y su relación con el nervio. El tratamiento de elección es la exéresis del quiste y la descompresión del nervio radial. La evolución clínica suele ser

favorable permitiendo una rápida incorporación a las actividades cotidianas.

CC-55. EMPLEO DE ALOINJERTO DE AQUILES EN RECIDIVA DE ROTURA DEL TRÍCEPS BRAQUIAL

J.P. García Paños, F. Martínez Martínez, A. Valcárcel Díaz, R. Cano Gea, J.R. Fernández Sánchez, J.J. López Martínez, R.A. Rodríguez Martínez y S. Illán Franco

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La rotura del tríceps braquial es una lesión tendinosa poco frecuente y, según algunos autores es la más ó una de las más raras de las lesiones tendinosas. Puede ocurrir de forma espontánea, después de un traumatismo ó, tras liberación quirúrgica y reinserción. En la mayoría de las ocasiones se puede realizar reinserción transósea u osteosíntesis si tiene una pastilla ósea que lo permita. En raras ocasiones precisa de trasferencia del ancone o aloinjerto. Presentamos un caso de reconstrucción del tríceps braquial mediante aloinjerto de Aquiles tras fracasos de técnicas quirúrgicas previas y sus resultados.

Material y método: Paciente culturista profesional diagnosticado de tendinopatía asociada a microrotura de tríceps braquial derecho. Se procede inicialmente a infiltración de factores de crecimiento bajo control ecográfico con mejoría clínica inicial; 3 meses después presentó una rotura completa tendinosa tras esfuerzo procediéndose a reinserción transósea, tras la cual recuperó balance articular completo; un mes más tarde presentó una rerotura precisando nueva intervención quirúrgica para reparación mediante aloinjerto de Aquiles obtenido de banco. El paciente permanece inmovilizado durante 3 semanas con flexión de codo a 45 grados, colocándole posteriormente ortesis termoplástica con limitación de flexión de 90 grados hasta la sexta semana. Se remite a rehabilitación para potenciación muscular a partir del tercer mes.

Resultados: Tras la finalización del proceso el paciente se encuentra asintomático, presenta un balance articular de -5/110° y fuerza del 65% con respecto al miembro contralateral.

Comentarios y conclusiones: El uso de aloinjerto aquileo para la reparación de roturas del tendón tricipital constituye una técnica adecuada cuando otras alternativas terapéuticas han fracasado.

CC-56. LUXACIÓN BILATERAL DE CODO EN UN PACIENTE DE 11 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Guijarro Valtueña, S. Bartolomé García, B. Merry del Val de la Campa, C. Zorzo Godes y M. Tristán Lozano

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción y objetivos: Las luxaciones de codo suponen entre el 3% y el 6% de las lesiones que afectan a esta articulación durante la infancia, apareciendo en la mayoría de los casos en niños de 13-14 años, una vez se han cerrado las fisis. Se presentan frecuentemente asociadas fracturas del cóndilo medial, coronoides, cabeza o cuello del radio.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 11 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital con dolor e impotencia funcional en ambos codos tras caída casual de un columpio. Tras realizar estudio radiográfico, se objetiva luxación postero-lateral bilateral de codo, con fractura del cuello del radio derecho asociada. Bajo anestesia general se realiza reducción cerrada de ambas luxaciones y de la cúpula radial derecha mediante manipulación directa. Se comprueba la estabilidad de ambas articulaciones, quedando inmovilizado el paciente con sendos yesos braquiopalmares cerrados.

Resultados: Se retiró la inmovilización a las 3 semanas en el codo izquierdo y al mes de la intervención en el derecho, comprobando una

buenas movilidad de ambas articulaciones desde el momento inicial. El paciente presenta un balance articular completo siete meses después del accidente, habiendo retomado sus ocupaciones habituales.

Comentarios y conclusiones: La aparición de una luxación bilateral de codo en un paciente en edad infantil es una rara complicación apenas descrita en la literatura, a pesar de la alta incidencia de lesiones en esta articulación. El tratamiento inmediato consiste en la reducción cerrada e inmovilización posterior que suele ser suficiente, evolucionando en la mayoría de los casos sin complicaciones.

CC-57. ARTROPLASTIA AUTOPLÁSTICA DE CODO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.E. Santacruz Arévalo, J.M. Madruga Sanz, V. Delgado Alcalá, R. Laredo Rivero, J. Fajardo Romero y R. Cibants Martínez

Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: La artroplastia es una operación para devolver la movilidad a una articulación. La artroplastia tuvo sus comienzos a mediados del siglo XIX. Se realizaba la artroplastia de resección simple, sin embargo era imposible obtener un arco de movilidad funcional a largo plazo con este primer método. Luego se realizó la artroplastia de interposición en la que se interponen diferentes materiales entre las superficies resecadas de la articulación para prevenir la reaparición de fibrosis. Sin embargo no surtía efecto en articulaciones artríticas. Fue entonces cuando se inicia la investigación de endoprótesis.

Material y método: Varón de 89 años que acude al Servicio de Urgencias tras caída accidental para descartar fractura a nivel de codo izquierdo. Como antecedente refiere caída a los 9 años de edad y haber sido intervenido quirúrgicamente en tres ocasiones. A la exploración física presenta deformidad y tumefacción. Presenta limitación de la movilidad tanto para la flexo-extensión como para la prono-supinación. El balance articular mostraba: flexión de 110°, extensión de -50°, pronación de 30° y supinación de 10°.

Resultados: Las imágenes resultaban compatibles con una deformidad de húmero distal, sin visualizarse cóndilos ni paleta humeral; así como una deformidad en tercio proximal de cúbito y radio. Los movimientos activos resultaban indoloros por lo que se descarta lesión aguda. El paciente es dado de alta del Servicio de Urgencia con tratamiento conservador.

Comentarios y conclusiones: Los objetivos de la artroplastia de una articulación son sencillos: aliviar el dolor, proporcionar movilidad con estabilidad y corregir las deformidades. En nuestro caso el paciente ha llevado una vida libre de dolor y con un rango de movilidad óptimo para las labores habituales. La artroplastia de interposición ha mostrado resultados funcionales que no se correlacionan con el aspecto radiográfico.

CC-58. REPARACIÓN DE ROTURA CRÓNICA DEL TENDÓN DISTAL DEL BÍCEPS CON ALOINJERTO DE FASCIA LATA

D. Blanco Díaz, M. Rojo Remírez, V. Guimerá García, J.A. Zafra Jiménez, R. Navarro Arribas, M.R. García-Rayó Rodríguez-Barbero y C. Resines Erasun

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Las roturas crónicas del tendón distal del bíceps son de difícil tratamiento dado que implican retracción tendinosa y baja calidad del tejido muscular y tendinoso. La reparación puede llevarse a cabo con autoinjerto (semitendinoso, tensor de la fascia lata) o aloinjerto (tendón de Aquiles).

Material y método: Varón de 32 años, trabajador manual, sin antecedentes de interés. Presenta dolor y limitación para la movilidad del codo derecho tras haber presentado traumatismo indirecto hace

3 meses. El estudio radiológico confirmó la presencia de rotura crónica del tendón distal del bíceps. Se realizó reparación diferida con auto-injerto de fascia lata y anclaje óseo del extremo distal.

Resultados: El paciente presenta adecuada recuperación. El resultado funcional es satisfactorio con movilidad completa y fuerza comparable a la del lado contralateral. El paciente se reincorpora sin restricción a su actividad laboral previa a los 6 meses de la intervención.

Comentarios y conclusiones: Los buenos resultados funcionales respecto a fuerza y rango de movilidad hacen que esta técnica sea cada vez más usada. Las limitaciones más importantes son la morbilidad asociada a la zona donante y la falta de integración del injerto.

CC-59. LUXACIÓN RECIDIVANTE DE CODO EN PACIENTE CON SECUELAS DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE HÚMERO. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

J.M. Fernández Medina, J.A. Cara del Rosal, A. Narváez Jiménez y C. Ledesma González

Hospital FREMAP. Málaga.

Introducción y objetivos: La luxación recidivante de codo es una patología poco frecuente que se asocia siempre con lesiones ligamentosas. Cuando se opta por tratamiento quirúrgico, en la mayoría de los casos se deben hacer gestos quirúrgicos para paliar dicho déficit ligamentoso. El objetivo del trabajo es presentar un caso de un paciente que padecía una luxación recidivante de codo asociada a un codo varo secuelas de una fractura supracondílea.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente que tenía una deformidad en varo de 20° del codo que sufre caída casual con el resultado de una luxación de codo izquierdo. A partir de este episodio tuvo más de 15 luxaciones. Ante la presencia de una luxación recidivante y un codo varo nos planteamos si actuar sobre el componente ligamentoso del codo o sobre el desajuste axial del mismo. Optamos por corregir el eje del codo mediante una osteotomía de sustracción y osteosíntesis con placa.

Resultados: El paciente permaneció inmovilizado durante 3 semanas, tras las cuales se procedió a realizar fisioterapia. Tras 10 semanas, el paciente tiene una limitación de -15° de extensión, flexión completa y el eje del brazo es neutro. No ha tenido ningún episodio de luxación y/o inestabilidad.

Comentarios y conclusiones: La luxación recidivante de codo es una patología poco frecuente. La mayoría de las veces se requiere tratamiento mediante plastias ligamentosas. La asociación de codo varo y luxación recidivante es aún menos frecuente. Se han publicado varios trabajos en donde la mayoría de los autores actúan tanto a nivel del codo como el húmero. Nosotros optamos por la corrección del eje axial, que en principio es más fisiológica por si en un segundo tiempo quirúrgico precisara de una corrección cápsulo-ligamentosa, que en este caso no ha sido necesaria.

CC-60. RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL VIRTUAL DE LA ARTICULACIÓN DEL CODO A PARTIR DE IMÁGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA Y SU APLICACIÓN QUIRÚRGICA

J.R. Ruiz Mezquita¹, C. de la Cuadra Blanco², L.A. Sanz Ferrando¹, V. Alicia Bartolomé¹, J.R. Mérida Velasco², J. Marcotegui Caminero² y X.S. Wasniewski²

¹Dirección Regional FREMAP. Madrid. ²Departamento de Anatomía y Embriología Humana II. Facultad de Medicina UCM. Madrid.

Introducción y objetivos: Reconstrucción tridimensional virtual de la articulación del codo a partir de imágenes de resonancia magnética y su aplicación quirúrgica.

Material y método: El Departamento de Anatomía y Embriología Humana II de la UCM, en colaboración con el Departamento de Trau-

matología de la Dirección Regional de FREMAP Madrid y la empresa informática Abadía han empleado las secciones seriadas de RM, en los planos axial, coronal y sagital. El programa de reconstrucción 3D utilizado ha sido el Amira®, mediante el cual y con una tableta digitalizadora se representa y se asigna a cada estructura anatómica un color.

Resultados: El modelo tridimensional permite identificar las estructuras óseas, musculares, vasculares y nerviosas de las articulaciones del codo sobre las distintas secciones en las imágenes de RM. Las imágenes generadas serán tratadas por la empresa informática Abadía para su distribución y utilización por el personal sanitario y docente, sobre todo en el ámbito de la traumatología, fisioterapia y/o de la interpretación de pruebas de diagnóstico por imagen.

Comentarios y conclusiones: Las cada vez más frecuentes técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas en la cirugía del codo así como la cirugía artroscópica del mismo exigen el conocimiento riguroso de esta región anatómica, en la que hay implicadas importantes estructuras vasculonerviosas susceptibles de lesión. La planificación preoperatoria con este tipo de modelos virtuales permite minimizar los riesgos quirúrgicos tanto al cirujano en formación como a los cirujanos más cualificados en el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas.

CC-61. EVALUACIÓN DE RESULTADOS CLÍNICOS DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE CÚPULA RADIAL

R. Laredo Rivero, P. Menéndez Martínez, A. Santacruz Arévalo, J.F. Fajardo Romero, N. Muñoz García, E. Holgado Moreno, J. Cervera Irima y P. Romera Olivera

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los resultados clínicos y radiológicos obtenidos en términos de movilidad, dolor, estabilidad, fuerza y satisfacción del paciente, principalmente, tras los distintos tratamientos realizados en los casos de fractura de cúpula radial en función de su grado en nuestro Servicio.

Material y método: A través del estudio de historias clínicas y del examen físico y anamnesis a los 5 años de 45 pacientes ingresados por fractura de cúpula radial se comparan resultados clínicos de las distintas opciones terapéuticas (tratamiento conservador, síntesis, exérésis o sustitución protésica) para los distintos grados de fractura según la clasificación de Mason.

Resultados: Los datos obtenidos demuestran, en nuestra experiencia, que los resultados clínicos son similares independientemente del tratamiento realizado, sobre todo en pacientes que presentaban el mismo tipo de fractura.

Comentarios y conclusiones: En nuestro Servicio no tenemos evidencia de que ninguna opción terapéutica presente ventajas sobre otra, por lo que deducimos que el número de pacientes y tiempo de evolución que manejamos no son suficientes para establecer diferencias y que está fundamentada la controversia a la hora de decidir el tratamiento para este tipo de fracturas, sobre todo en las de tipo II de Mason.

CC-62. CONSOLIDACIÓN VICIOSA EN FRACTURA SUPRAINTERCONDÍLEA DE CODO EN VARÓN DE 15 AÑOS. RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO OSTEOCONDRAL DE PALA ILÍACA

R. Navarro Ortiz, A. García López, L. Martín Magaña, A. Aroca Cabezas, F. Martínez López y F. Paulos dos Santos

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso clínico en el que un varón de 15 años es diagnosticado de fractura supraintercondílea de codo tras sufrir un traumatismo, realizándose en otro centro reduc-

ción abierta y osteosíntesis. En el control evolutivo a los dos meses se aprecia a los dos meses consolidación viciosa con mala reducción articular.

Material y método: Se decide reintervención mediante abordaje y reconstrucción de paleta humeral utilizando injerto de cresta ilíaca con pericondrio para la reconstrucción de la superficie articular y osteosíntesis con dos placas.

Resultados: El control radiográfico y la evolución clínica del paciente es satisfactoria.

Comentarios y conclusiones: La utilización de injerto osteocondral de pala ilíaca puede ser un método válido para la reconstrucción de determinadas superficies articulares que sufren pérdida de la congruencia articular tras traumatismos.

CC-63. LUXACIÓN ABIERTA DEL CODO. UNA LESIÓN TRAUMÁTICA INFRECUENTE

F. Bravo Corzo¹, A. Garbayo Marturet¹, I. Eraso Lara¹, A. Tejero Ibáñez² y A. Lanz Ochoa¹

¹Hospital de Navarra. Pamplona. ²Hospital García Orcoyen. Tudela.

Introducción y objetivos: La luxación postero externa abierta del codo es una lesión infrecuente y su tratamiento debe centrarse en reconocer las probables alteraciones neurovasculares, así como en preservar la estabilidad articular.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 48 años, quien consulta por herida en cara anterior del codo izquierdo secundaria a un traumatismo. Al examen físico presentaba exposición del cóndilo y tróclea humerales, pulsos radial y cubital distales fuertes, función neurológica sin alteraciones en los nervios radial y cubital. El nervio mediano mostraba afectación sensitiva, consistente en parestesias en superficie palmar del primer al cuarto dedo de la mano. En la radiología simple se apreció una luxación posterior y lateral del codo. En quirófano se realizó identificación de la arteria humeral localizada posterior e interna al cóndilo humeral, en continuidad y sin lesiones externas. La acompañaba el nervio mediano cuyo aspecto macroscópico no impresionaba de lesiones, exceptuando la contusión propia del traumatismo. Una vez reducida la articulación, se suturó la cápsula articular anterior con material reabsorbible, incluyendo el ligamento colateral interno del codo, así como músculos epitrocleares parcialmente desinsertados.

Resultados: Mantuvimos inmovilización rígida durante tres semanas seguidas de rehabilitación con movimientos pasivos de la articulación. A los seis meses la función articular era completa con amplia movilidad, estabilidad y fuerza. La función sensitiva del nervio mediano se recuperó totalmente. La radiología simple mostraba congruencia articular y relaciones anatómicas sin alteraciones.

Comentarios y conclusiones: Biomecánicamente, la lesión del complejo ligamentario colateral interno suele condicionar la aparición de inestabilidad tardía en valgo y su reparación, como en este caso, puede ser decisiva en el pronóstico. Además de algunos reportes de casos y publicaciones anecdóticas, no existe una serie representativa en la literatura de nuestra especialidad para luxaciones abiertas del codo.

CC-64. LUXACIÓN TRAUMÁTICA AISLADA DE LA CABEZA RADIAL EN UN NIÑO

A. Argotia Ituarte, E. García Castro, P. Igado Insa, L. Mendieta Axpe, N. Gorostiaga Pérez y L. Minguez Cabeza

Hospital Txagorritxu. Vitoria.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso clínico de un varón de 7 años que tras traumatismo presenta luxación aislada de la cabeza radial, siendo ésta una patología infrecuente y en ocasiones infradiagnosticada.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 7 años que tras traumatismo presenta dolor, tumefacción e impotencia funcional en codo izquierdo. En radiografías se apreció luxación aislada de la cabeza radial.

Resultados: Tras inmovilización durante unas semanas la recuperación fue satisfactoria.

Comentarios y conclusiones: La luxación aislada de la cabeza radial en los niños tras un traumatismo es una patología poco frecuente. La edad media suele estar en torno a los 7 años, el diagnóstico puede pasar desapercibido, es necesario la realización de radiografías, aunque en ocasiones diferenciar una forma congénita de una traumática es complicado. La mayoría pueden reducirse con manipulación cerrada e inmovilización con hiperflexión, cuando estas maniobras no son suficientes es necesario la reducción abierta con las diferentes opciones que existen.

CC-65. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE TÉCNICA DE PLANCHER SOBRE EPITROCLEÍTIS REFRACTARIA A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES

A. Jiménez Martín, F.J. Santos Yubero, M. Zurera Carmona, F.J. Najarro Cid y S. Pérez Hidalgo

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: La epitrocleítis surge entre 30-64 años, con incidencia (0,4%, o para Descatha del 1,5%), frente a las epicondilitis (1,3%); siendo poco frecuente y suscitando nuestro interés. Factores epidemiológicos como el tabaco, obesidad, movimientos repetitivos (OR = 1,11), o trabajos de esfuerzo (OR = 1,95) se han asociado significativamente ($p = 0,002$). Nuestro objetivo es revisar esta entidad a propósito de un caso clínico.

Material y método: Varón de 46 años, con dolor en región medial del codo, (epitroclea) posttraumática. No datos de afectación cubital. Fromment negativo. RNM. Hiperintensidad epitroclear. Ecografía: aumento de vascularización en musculatura epicondilar medial, sin compresión cubital. EMG: estudio electrofisiológico dentro de la normalidad.

Resultados: Epitrocleítis. Tras 3 infiltraciones corticoanestésicas, rehabilitación, ondas de choque y ozono en otras 3 ocasiones, la clínica refractaria lleva a la liberación quirúrgica de flexores y pronador redondo, raspado de Nirchsl y perforaciones, mejorando clínicamente, sin dolor a los 3 meses.

Comentarios y conclusiones: En su diagnóstico, para Park, la ecografía es útil (sensibilidad: 95,2%, especificidad: 92%). Pienimäki reconoce menor dolor en estos pacientes sometidos a esfuerzos frente a las epicondilitis laterales (6,7 vs 7,9 puntos). En cuanto al tratamiento hay controversia, puesto que la aplicación de sangre autóloga reduciría la escala VAS hasta 1-1,75 puntos para Suresh, disminuyendo la vascularización en 10 meses ($p < 0,001$). El láser mejoraría el 82% de los casos agudos y el 66% de crónicos, (Simunovic). Las ondas de choque (500 impulsos de 0,08 mJ/mm²), mejoraría el 27% de las epitrocleítis para Krischek. La cirugía supondría éxitos del 85-85%, según Plancher.

CC-66. LESIÓN DE ESSEX LOPRESTI POR FRACTURA DEL CAPITELLUM: CASO CLÍNICO

H. Aguado Hernández¹, M. Torres Torres¹, M. González Bedia¹, I. Burón Soto¹, J.M. Trigueros Larrea¹ y T. Fernández González²

¹Hospital Río Carrión. Palencia. ²Complejo Asistencial de León.

Introducción y objetivos: La lesión de Essex Lopresti es poco frecuente, su diagnóstico difícil, clínica limitante y con resultados poco predecibles. Es la fractura de la cabeza del radio con lesión de la articulación radio cubital distal, con rotura de la membrana interósea, y ascenso del radio. La clínica es dolor en la muñeca, pero la lesión se encuentra en codo y muñeca; se deben tratar las 2 articulaciones.

Típicamente se presenta con fractura de la cabeza del radio, pero el caso que se expone asocia una lesión del capitellum.

Material y método: Varón de 58 años que sufre caída de baja energía con resultado de dudosa fractura de cabeza del radio derecho. Tras 10 días inmovilizado inicia rehabilitación pasiva; comienza con dolor en la muñeca y en el codo. En control radiológico a las 3 semanas se aprecia discreta subluxación de la cabeza del radio y pequeño desplazamiento de la fractura de la cabeza radial. A las 6 semanas la fractura está completamente desplazada, la cabeza del radio subluxada, y el radio ascendido. En TAC asocia destrucción del capitellum. Se decide tratamiento quirúrgico con osteosíntesis de la cabeza del radio con placa, descenso del radio (el capitellum al estar destruido, no mantiene la cabeza del radio en su posición y se acorta el radio) que se fija al cúbito en supinación con 3 agujas de Kirschner.

Resultados: Se restaura la anatomía del codo y de la muñeca. Desaparece inmediatamente el dolor en el codo y la muñeca. Rehabilitación tras mantener la inmovilización y las agujas 8 semanas. 6 meses después codo y muñeca son funcionales e indoloros.

Comentarios y conclusiones: En esta lesión de Essex Lopresti el ascenso de la cabeza del radio se produce por la lesión del capitellum asociada, que desplaza la fractura.

CC-67. RUPTURA DE LA UNIÓN MUSCULOTENDINOSA DISTAL DEL BÍCEPS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

I. López Zabala, J. Fernández-Valencia Laborde,
J. Ballesteros Betancour y E. Muñoz Mahamud

Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

Introducción y objetivos: La ruptura completa del tendón del bíceps a nivel de la inserción ósea se ha descrito de forma extensa en la literatura. Sin embargo, la ruptura de la unión musculotendinosa distal del bíceps es muy infrecuente, teniendo una presentación clínica similar. Presentamos dos pacientes con una ruptura de la unión musculotendinosa (RUMT) distal del bíceps y comparamos los resultados con la literatura existente.

Material y método: Presentamos dos pacientes con una ruptura de la unión musculotendinosa distal del bíceps. El primer paciente jugaba en posición de portero en un equipo de fútbol y presentó un dolor al lanzar la pelota con su brazo izquierdo. El segundo paciente presentó un dolor de inicio súbito en el codo izquierdo mientras levantaba un peso. El mecanismo coincide con los casos publicados previamente; una elevación glenohumeral con el codo extendido y el antebrazo supinado.

Resultados: Los pacientes presentados no se intervinieron ni realizaron rehabilitación, y obtuvieron una puntuación de 100 de acuerdo con el Mayo Elbow Performance Score a los 6 meses de seguimiento. No se han publicado casos intervenidos por esta lesión, siendo el tratamiento conservador el únicamente descrito, con buenos resultados funcionales.

Comentarios y conclusiones: En conclusión, el conocimiento de esta infrecuente entidad y el adecuado diagnóstico mediante una prueba de imagen (ecografía o resonancia magnética) es clave para evitar un procedimiento quirúrgico innecesario.

CC-68. FRACTURA DE CABEZA DE RADIO ASOCIADA A FRACTURA DE CAPITELLUM

J. Redo Galvany, J. Vázquez Ortiz, I. Codony Arques
y J. Rodríguez Miralles

Hospital General de Vic.

Introducción y objetivos: Paciente de 35 años que acude a urgencias presentando dolor e impotencia funcional en codo derecho después de caída casual. En la radiología se aprecia fractura de cabeza radial

Mason II + fractura de capitellum desplazada. Se procede a IQ que consiste en reducción y osteosíntesis con tornillos canulados por vía lateral. La coexistencia de fractura de cabeza radial y capitellum es rara. El tratamiento recomendado actualmente es la osteosíntesis con tornillos a compresión en cabeza radial y tornillo sin cabeza transarticular para capitellum, eliminando los fragmentos pequeños intraarticulares no sintetizables, permitiendo así iniciar la rehabilitación de manera temprana. Los resultados a largo plazo clínicos y radiográficos son buenos.

Material y método: A propósito de un caso.

Resultados: Descripción resolución del caso.

Comentarios y conclusiones: Revisando la literatura confirmamos la rareza de la lesión y por dicho motivo presentamos el caso para poster científico.

CC-69. BLOQUEO ARTICULAR DEL CODO EN UN NIÑO DE 12 AÑOS

M.I. Salas Fernández¹, M. Díaz Jiménez¹ y J. de Torres Urrea²

¹Hospital de Poniente. Almería. ²Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: La rigidez en el codo de un niño no suele tener una fácil solución. El objetivo es presentar un caso de rigidez en un niño de 12 años y el tratamiento realizado.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 12 años procedente de Guinea Bissau que acude a consulta presentando una rigidez en el codo izquierdo que limita el movimiento a 85°-95° grados de extensión y flexión respectivamente. Refiere antecedente traumático en el codo hace más de un año en su país natal. No aporta ningún documento previo. En la radiografía se aprecia gran osificación heterotópica ocupando la fosa olecraniana. Tras realizar rehabilitación con nulos resultados, se decide intervención quirúrgica con abordaje posterior y exéresis de la osificación heterotópica que constituye un tope físico para la extensión. Debido al largo tiempo de inmovilización del codo presenta también retracción de la cápsula anterior que se ha ido recuperando y venciendo con rehabilitación suave y mantenida en el tiempo.

Resultados: El resultado es satisfactorio ganándose una movilidad actual de 35°-110° que es suficiente para realizar sin problema las actividades de la vida diaria. Además el paciente no tiene dolor y la opinión subjetiva es muy buena.

Comentarios y conclusiones: La rigidez de un codo siempre es un tema controvertido. En este caso la causa podría haber sido bien una osificación heterotópica bien una epifisiólisis de olécranon. Se decidió abordaje posterior, a pesar de la retracción de la cápsula anterior, y exéresis de la osificación, a la que también se hallaba adherida el tríceps, por ser un abordaje seguro desde el punto de vista vasculonervioso y menos agresivo para la consiguiente recuperación. Se ha realizado rehabilitación suave y mantenida en el tiempo.

CC-70. ROTURA AGUDA DE TRÍCEPS BRAQUIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

O. Nieto Rodríguez, J.D. Navarrete Jiménez,
C. Arjona Giménez y M. Delgado Alaminos

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: La rotura aguda de tríceps braquial (RATB) es una patología poco frecuente representando menos del 1% de las tendinopatías del miembro superior. Clínicamente se caracteriza por dolor en parte posterior del codo, incapacidad para la extensión del codo y "signo del hachazo". El tratamiento suele ser quirúrgico y consiste en mantener la integridad del tendón mediante sutura transósea o intratendinosa.

Material y método: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 56 años de edad, con antecedentes personales de trasplante renal

y tratamiento inmunosupresor y corticoideo prolongado con rotura aguda del tríceps braquial sin antecedente traumático claro previo. Fue sometido a una reparación quirúrgica con sutura transósea e inmovilización con férula de yeso así como tratamiento rehabilitador precoz.

Resultados: El paciente se encuentra actualmente con una movilidad y balance articular de la articulación del codo completa.

Comentarios y conclusiones: Al igual que otras tendinopatías el tratamiento quirúrgico de la RATB es el Gold Standard para tratar este tipo de lesiones, permitiendo un inicio temprano de la rehabilitación y con la consiguiente vuelta a sus actividades laborales de una forma precoz.

CC-71. CONTROVERSIAS CLÍNICO-RADIOLÓGICA EN UNA ROTURA DE BÍCEPS BRAQUIAL

R. Laredo Rivero¹, A. Santacruz Arévalo¹, R. Cibants Martínez¹, J.F. Fajardo Romero¹, P. Menéndez Martínez¹, J. Navarro Maeso¹, N. Muñoz García¹ y F. Polo Simón²

¹Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ²Hospital Luz del Tajo. Toledo.

Introducción y objetivos: La rotura distal del tendón del bíceps se produce típicamente en hombres de mediana edad al levantar peso con el codo flexionado a 90° grados o a la contracción brusca. La clínica suele ser dolor, equimosis y debilidad a la flexosupinación. En la exploración se palpa defecto y la retracción muscular. La RMN supone una técnica clásica para visualizar una rotura completa o parcial. Presentamos un caso discordante entre la prueba de imagen y la exploración del paciente.

Material y método: Varón de 45 años acude a urgencias por dolor en brazo derecho tras coger material pesado. A la exploración presenta equimosis braquial, pérdida de fuerza a la flexión y gran retracción bíceps braquial. Se realiza RMN informada como rotura incompleta del tendón distal del bíceps sin acortamiento. El cirujano a expensas de la exploración decide tratamiento quirúrgico y se interviene visualizándose rotura completa a nivel distal del bíceps, reintegrándose mediante anclaje óseo con arpones en su origen anatómico.

Resultados: El paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones postoperatorias. A los 3 meses ha recuperado la fuerza previa y no presenta deformidad evidente.

Comentarios y conclusiones: La evolución de las técnicas de imagen supone una gran ayuda para el cirujano. Gracias a ellas podemos diagnosticar y planificar nuestro tratamiento en muchos casos. Sin embargo, nunca deben sustituir a la sintomatología y a la exploración del paciente. Éste es un ejemplo claro de ello.

CC-72. ARTROPLASTIA DE CODO EN FRACTURA INTRAARTICULAR CONMINUTA DE HÚMERO DISTAL EN PACIENTE ANCIANO

S. Bartolomé García, C. Ramírez Feito, J.L. Vilanova Vázquez, M. Tristán Lozano, P. Torrijos Garrido, A. Ortega Briones, C. Zorzo Godes y A. Guijarro Valtueña

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda.

Introducción y objetivos: Las fracturas intraarticulares de húmero distal requieren una reducción anatómica y estable que permita una rápida movilización del mismo, para limitar la aparición de artrofibrosis. En pacientes de edad avanzada con fracturas conminutas y osteopenia, conseguir una osteosíntesis estable puede ser una empresa imposible, apareciendo la artroplastia de codo como una opción terapéutica.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 82 años diagnosticado de fractura conminuta de húmero distal derecho tras caída casual desde su propia altura y contusión directa en el codo. Tras valorar el caso en sesión clínica, se descarta la opción de la osteosí-

tesis por la gran conminución y osteopenia del paciente. Mediante un abordaje posterior de codo con desinserción parcial de tríceps se implanta una artroplastia total constreñida de Conrad-Morrey (Zimmer), comprobando en la cirugía la estabilidad del implante y cursando la misma sin incidencias. A pesar de no estar clara la necesidad de osteosíntesis se efectuó la misma en la columna medial por ser de gran tamaño quedando la misma estable con la utilización de agujas de Kirschner.

Resultados: Se iniciaron movimientos activos asistidos a partir de los 10 días. En la actualidad, 8 meses después de la intervención, presenta una flexión de 110° y una limitación de la extensión de 20°, manteniendo un rango de prono-supinación completo. El paciente de ha reincorporado a sus ocupaciones habituales.

Comentarios y conclusiones: La osteosíntesis de fracturas intraarticulares y conminutas de húmero distal en pacientes de edad avanzada y con hueso osteoporótico presenta una importante dificultad técnica, siendo la artroplastia total de codo una opción válida en estos pacientes. Recientes artículos publicados avalan esta opción terapéutica en pacientes seleccionados (edad avanzada, gran conminución, previsión de dificultad de osteosíntesis estable) consiguiéndose buenos resultados funcionales con una tasa de complicaciones aceptable.

CC-73. APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE BOYD ANDERSON EN LA ROTURA AGUDA DEL BÍCEPS DISTAL

A. Jiménez Martín, F.J. Santos Yubero, M. Zurera Carmona, F.J. Chaqués Asensi, F. Huesa Jiménez y S. Pérez Hidalgo

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: La ausencia de tratamiento en las roturas bicipitales distales supone una disminución en la fuerza de flexión de hasta un 25-30% y en la supinación de hasta un 25-40%. Nuestro objetivo es presentar un caso tratado eficazmente mediante la técnica de doble incisión de Boyd Anderson.

Material y método: Varón de 42 años que sufre dolor súbito en el codo al intentar atrapar un saco de 40 Kg de peso que le cae en las manos. Balance articular completo, pronosupinación completa. Afectación en los test de Speed y Yegarson. Ecografía: rotura del tendón del bíceps, conservando en lacertus fibroso.

Resultados: Procedemos al doble abordaje con reinserción del bíceps distal en la tuberosidad bicipital mediante túneles óseos. Tras 2 meses de rehabilitación el arco de movimiento es completo con fuerza en la flexión activa.

Comentarios y conclusiones: Esta reparación quirúrgica supone un resultado en el test Quick DASH de 4 ± 7 puntos frente a 6-12 puntos de la población general. Para Weinstein se alcanza el 95% de la fuerza en flexión en comparación con el antebrazo contralateral, con unos déficit máximos en la flexión, pronación y supinación de 9, 15 y 16°, respectivamente. Sin embargo, el riesgo de sinostosis para Austin aumenta especialmente si el abordaje proximal es cercano al cúbito. Para El-Hawary el porcentaje de estas complicaciones es mayor con el abordaje único (44%), frente al 10% del abordaje doble, a pesar de que el rango flexor fuere mayor con este abordaje único (142,8° vs 131,1°).

CC-74. REPARACIÓN DE INESTABILIDAD DE CODO SEGÚN EL PROCEDIMIENTO DE OSBORNE

A. Jiménez Martín¹, F.J. Santos Yubero¹, H.E. Carreras², M. Zurera Carmona¹ y S. Pérez Hidalgo¹

¹Hospital FREMAP. Sevilla. ²Centro Gallego de Buenos Aires. Argentina.

Introducción y objetivos: Para O'Driscoll la inestabilidad posterolateral de codo aparece preferentemente en lesiones del componente

ulnar del complejo ligamentario colateral lateral (LCL). Un 35% de los episodios iniciales de luxación de codo desencadenan inestabilidad crónica sintomática. Nuestro objetivo es presentar un caso tratado mediante la técnica de Osborne y Cotteril.

Material y método: Varón, 23 años, que sufre luxación posterolateral del codo izquierdo, tratada mediante reducción cerrada. RNM: osteocondritis de capitellum. Edema óseo condilar. Engrosamiento del colateral cubital. Realizamos extracción de cuerpos intraarticulares mediante artroscopia. 2 meses después persiste la inestabilidad, (Pivot Shift positivo).

Resultados: Realizamos la reinserción capsular y ligamentaria según Osborne y Cotterill, resolviéndose la inestabilidad, con arco de 10 a 120°.

Comentarios y conclusiones: En la luxación posterolateral la lesión insercional del aparato extensor surge en el 66% para Cheung. La lesión aislada del LCL reportaría para Jensen un 14,1° de inestabilidad en varo y 14,7° de inestabilidad en rotación externa. Para Olsen, la sección del componente ulnar determinaría hasta 24,5-37° de laxitud durante el varo en rotación externa. La reparación directa ligamentaria según Osborne restauraría la biomecánica si soporta tensiones mínimas de 20 N. La plastia de Nestor con palmar ha determinado hasta un 86% de resultados satisfactorios para Sánchez-Sotelo, (valor medio de 85 puntos según la escala de la Clínica Mayo). El riesgo de limitación de la extensión en 10°, la relaxación y la comorbilidad en la zona donante o la fractura (evitable con separación de los túneles de > 7 mm), son complicaciones posibles.

CC-75. FRACTURA-LUXACIÓN ABIERTA DE OLÉCRANON CON FRAGMENTO LIBRE INTRAARTICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.J. Sánchez Rúas, M. Gutiérrez Aramberri, F. Aranda Romero, T. del Olmo Hernández, P. García Medina, D. Jiménez García y M.S. del Cura Varas

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de olécranon representan el 10% de todas las fracturas del codo. Sin embargo la fractura-luxación anterior es una patología infrecuente en la mayoría de los servicios de urgencias. Teniendo en cuenta que todas las fracturas de olécranon han de considerarse intraarticulares, el conocimiento adecuado de la anatomía y el tipo de fractura juegan un papel crucial para la elección correcta de la opción terapéutica. El objetivo del presente póster es presentar un caso con este tipo de patología.

Material y método: Varón de 31 años que tras sufrir accidente de moto por choque frontal presenta diversas fracturas, entre ellas fractura-luxación anterior abierta de olécranon derecho, clasificada como abierta Gustilo I y Schatzker F/Mayo IIIA con fragmento libre intraarticular. La reducción cerrada en la sala de emergencias no fue posible. Fue intervenido de Urgencia. Precisó una reducción abierta desde intraarticular, y síntesis del fragmento libre mediante tornillo canulado Herbert enterrado en la zona desnuda de la superficie articular. Finalmente se procedió a colocar un cerclaje en ocho para estabilizar la fractura.

Resultados: El cerclaje junto con el Herbert permitieron una reducción articular anatómica, junto a una recuperación funcional precoz.

Comentarios y conclusiones: El cerclaje en ocho es la técnica quirúrgica más usada en las fracturas no conminutas. Conocer la existencia de la zona desnuda de la superficie articular y la necesidad de preservarla es importante para el buen tratamiento de estas lesiones. El resultado en la mayoría de los casos es bueno o excelente a pesar de la pérdida frecuente de 10-15° de extensión.

CC-76. ARTROPLASTIA DE CODO EN ARTRITIS REUMATOIDE

J. Rodríguez Martín, T. Vivanco Jódar, J. del Río Hortelano, E. García Saiz y C. Martí López-Amor

Clinica Ruber. Madrid.

Introducción y objetivos: Las principales indicaciones actuales para la artroplastia total de codo incluyen artritis reumatoide, fracturas y pseudoartrosis de húmero distal y artrosis postraumática.

Material y método: Mujer de 65 años con artritis reumatoide de larga evolución que consulta por dolor y gran limitación funcional en el codo derecho. A la exploración física se observa una importante inestabilidad de la articulación y limitación de la flexoextensión. La radiografía simple muestra gran destrucción articular. Se realizó tratamiento quirúrgico con implantación de prótesis semiconstreñida tipo Coonrad-Morrey (Zimmer).

Resultados: La evolución postoperatoria fue satisfactoria lográndose un arco de flexo-extensión de 125 a -15° con pronosupinación casi completa y cese de la sintomatología dolorosa y la inestabilidad.

Comentarios y conclusiones: La artroplastia de codo en la artritis reumatoide avanzada es una buena alternativa para lograr un codo funcional en pacientes con gran destrucción articular, dolor e inestabilidad. Sin embargo no están exentas de complicaciones (aflojamiento, infección, lesión neurovascular, etc.) por lo que es imprescindible una selección minuciosa del paciente candidato a esta intervención.

CC-77. OSTEOSÍNTESIS CON PLACAS EN FRACTURAS DE HÚMERO DISTAL

M. González Bedia¹, H.J. Aguado Hernández¹, J.M. Trigueros Larrea¹, I. Burón Álvarez¹, M. Torres Torres¹ y T. Fernández González²

¹Complejo Hospitalario de Palencia. ²Complejo Hospitalario de León.

Introducción y objetivos: La fracturas del húmero distal son fracturas complejas, relativamente infrecuentes, de difícil tratamiento, que presentan pobres resultados y alta tasa de complicaciones (rigidez articular, pseudoartrosis, artrosis postraumática...). Lograr una osteosíntesis estable es importante para permitir la rehabilitación temprana y por tanto un buen resultado funcional.

Material y método: Revisamos los casos intervenidos en nuestro Hospital mediante abordaje posterior transolecraniano y fijación interna con placas "paralelas" Clínica Mayo. Realizamos compresión metafisaria, en alguno de los casos con osteotomía de acortamiento y fresado de la fosa olecraniana, como describen O'Driscoll et al. Evaluamos edad, tipo de fractura, tiempo quirúrgico y tiempo medio de hospitalización postoperatoria. En todos los casos se inicia la rehabilitación en el postoperatorio inmediato.

Resultados: Evaluamos dolor, balance articular, consolidación y complicaciones, entre las cuales describimos 1 neuropatía del nervio cubital, 1 paresia del nervio radial, 1 pseudoartrosis de la osteotomía del olécranon. En todos los casos se logra la consolidación de la fractura.

Comentarios y conclusiones: Hay actualmente dos tendencias en la osteosíntesis con placas de las fracturas de húmero distal, las placas 90° de la AO y las placas "paralelas" de la Clínica Mayo. Consideramos que estas últimas proporcionan una gran estabilidad que permite la movilización precoz, así como una disminución de los casos de pseudoartrosis con la compresión de las columnas lateral y medial. Como puntos a discutir tratamos la trasposición anterior del nervio cubital sistemática, aporte de injerto, la síntesis con cerclaje Obenque vs tornillo de la osteotomía del olécranon.

CC-78. NEURÓLISIS CUBITAL COMPLEJA A NIVEL DE CODO. A PROPÓSITO DE UN CASO

V.M. Teruel González, E. Oncalada Calderón, M. Lizaso Uriondo, M. Vicente Zuluaga, R. Sáinz Septién, L.A. Paúl García y A. Ramos Ugidos

Hospital Comarcal Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos.

Introducción y objetivos: La compresión del nervio cubital en el túnel cubital es muy común y su etiología es en muchos casos idiopática. Es la segunda neuropatía por compresión en frecuencia tras el síndrome del túnel del carpo. Presentamos una neuritis cubital secundaria atendida en nuestro centro.

Material y método: Paciente mujer de 86 años, a la que fue implantada 35 años atrás prótesis total de codo derecho, a consecuencia de secuela postraumática. A su llegada a Consultas Externas presenta anquilosis a 90° de flexión en el codo derecho indolora, pero clínica intensa de déficit sensitivo a nivel del territorio cubital antebrazo y mano derecha.

Resultados: Se solicita EMG que informa de compromiso cubital sensitivo severo y se procede a intervención quirúrgica de neurólisis nervio cubital y transposición. El nervio se hallaba a nivel del túnel cubital y la transposición es a nivel subcutáneo anterior, resultando la intervención muy compleja debido a la gran adherencia y fibrosis presente. La recuperación del déficit sensitivo es total y en poco tiempo.

Comentarios y conclusiones: La neuritis cubital puede ser una complicación tras la artroplastia total de codo si bien la mejora en los implantes, técnica quirúrgica y la descompresión del nervio cubital y su transposición, en el acto quirúrgico de la artroplastia han hecho que disminuya esta complicación. Dentro de las distintas técnicas quirúrgicas existentes para liberar el nervio cubital debe practicarse la dirigida hacia el mecanismo de producción del síndrome.

CC-79. RIGIDEZ DE CODO POR PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA

F.J. Martínez López, A. García López, L. Martín Magana, A. Aroca Cabezas, R. Navarro Ortiz y F. Paulos dos Santos

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción y objetivos: La parálisis braquial obstétrica (PBO) afecta en nuestro país entre el 1.1 por 1000 de los niños nacido vivos. Un problema frecuente asociado a esta patología es el desarrollo de rigidez del codo, esta puede ser beneficiosa en casos moderados, pero que en casos de déficit de extensión de más de 40° provocan una deformidad muy evidente y una pérdida funcional del miembro. El objetivo de este estudio es revisar los resultados de la artrolisis anterior en casos de rigidez severa de codo tras PBO.

Material y método: Estudio retrospectivo de 10 casos de niños con PBO y déficit de extensión de codo mayor de 40°. En todos los casos se realiza abordaje anterior con sección de lacertus, tenolisis de tendón del bíceps distal, alargamiento de tendón distal del braquial anterior y sección anterior de la cápsula articular. Todos los casos siguieron una ferulización y rehabilitación prolongada.

Resultados: En todos los casos se obtiene una mejoría funcional con reducción significativa del déficit de extensión del codo, sin pérdida de fuerza y con alto grado de satisfacción.

Comentarios y conclusiones: Con estos resultados podemos concluir que el tratamiento quirúrgico mediante artrolisis anterior de codo es el de elección en casos de rigidez de codo en niños con PBO y déficit de extensión mayor de 40°.

CC-80. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA TRÍADA TERRIBLE DEL CODO ASISTIDO POR ARTROSCOPIA

J. Moya-Angeler Pérez-Mateos, G. Rodríguez Vaquero, P. Sánchez del Cura Sánchez, R. Sánchez Hidalgo, P. Martínez de Albornoz Torrente, P.J. Delgado Serrano y F. García de Lucas

Hospital FREMAP. Majadahonda.

Introducción y objetivos: Valorar los resultados del tratamiento quirúrgico de la tríada terrible del codo asistido por artroscopia. Se presenta una variante técnica para el tratamiento de fracturas-luxaciones del codo con fractura de apófisis coronoides (AC), fractura de cabeza radial (CR) grados 1 o 2 de Mason y rotura de ligamento colateral radial (LCR). Técnica quirúrgica: paciente en decúbito lateral y portales anteromedial y anterolateral. 1er tiempo: sutura transóssea irreabsorbible de la AC de fuera a dentro asistido por artroscopia. 2.º tiempo: reducción y fijación interna de CR con tornillos canulados igualmente por artroscopia. 3er tiempo: mini-open en epicóndilo y reinserción de LCR con arpón biodegradable. Se inmoviliza con una férula braquiopalmar por 48 horas, seguido de tratamiento rehabilitador hasta el alta.

Material y método: Presentamos los resultados en los 2 primeros pacientes tratados. Se valoran: arco de movilidad, dolor (EVA), DASH, MEPS, complicaciones, reintervenciones, tiempo de baja laboral, reincorporación laboral y secuelas a los 12 meses de seguimiento prospectivo.

Resultados: Movilidad media: 130° flexión, 15° extensión, 85° supinación y 90° pronación. EVA 1,5, DASH 15 y MEPS 90. Ningún paciente ha sido reintervenido ni ha presentado episodios de luxaciones. Ambos han vuelto a trabajar a las 13 semanas de media sin secuelas incapacitantes y un 100% de satisfacción.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las luxaciones complejas del codo se basa en la reparación de las estructuras dañadas y una movilización precoz. La técnica presentada es una nueva variante no descrita que permite la reconstrucción anatómica con una mínima agresión de las partes blandas. Precisa una serie más larga de pacientes consecutivos y completa para confirmar los buenos resultados presentados.

COLUMNA (CC-81–CC-108)

CC-81. CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA ENTRE DISFAGIA Y PRESENCIA DEL AUMENTO DE PARTES BLANDAS RETROESOFÁGICAS TRAS INTERVENCIÓNES DE RAQUIS CERVICAL

J. López Valenciano, A. Martín Benlloch, S. Muñoz Donat, D. Valverde Belda, R. Sánchez Mateo, C. Cerezuela Jordá, G. Gázquez Gázquez y M. Fuertes Lanzuela

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción y objetivos: Valorar por medio de radiografías postoperatorias, en pacientes intervenidos de raquis cervical, la correlación existente de clínica de disfagia y aumento del espacio de partes blandas retroesofágicas.

Material y método: 47 pacientes intervenidos de raquis cervical por medio de artroplastia o artrodesis, evaluando clínica específica de sensación de cuerpo extraño al deglutir comparando con resultados radiográficos de aumento de partes blandas retroesofágicas en las primeras 24 horas tras intervención.

Resultados: En los pacientes con espacio retroesofágico menor de 3 mm existió clínica de hematoma en un 11,76% a diferencia del grupo

con espacio mayor de 3 mm en el cual se encontró clínica en un 55,55% de los casos. $p = 0,006$ 2 de estos pacientes requirieron reintervención para evacuación del hematoma. No existieron diferencias significativas entre artroplastias y artrodesis en frecuencia de presentación de clínica pero existió un mayor espacio retroesofágico en artrodesis (5,22 mm) con respecto artroplastia (2,28).

Comentarios y conclusiones: El espacio retroesofágico mayor de 3 mm, medido radiográficamente en el postoperatorio inmediato, nos indica que existe una mayor tendencia a la aparición clínica de hematoma retroesofágico, que aunque leve en la mayoría de los casos, nos puede ayudar a prevenir y controlar casos que requieran re-intervención.

CC-82. ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR POR LIPOMATOSIS VERTEBRAL

J. Betegón Nicolás, J.A. Hernández Encinas, I. Vázquez Vecilla, L. Virseda García, O. Fernández Hernández, J. Zabala Llerandi, A. Saldaña Díaz y A. Ramos del Río

Hospital de León.

Introducción y objetivos: Varón de 67 años de edad con dolor lumbar y clínica de claudicación neurógena progresiva.

Material y método: Antecedentes personales: No AMC. Flutter auricular en tratamiento con Sintrom. HTA. Peso: 110 Kg. Altura 165 cm. IMC: 40,40. Exploración física y pruebas complementarias: Claudiación neurógena a 100m. Parestesias en extremidades inferiores sin distribución metamérica. EMG: Patrón denervativo crónico L3-S1. RMN: estenosis de canal vertebral con severa lipomatosis extradural.

Resultados: Ante el diagnóstico de estenosis de canal por lipomatosis vertebral se decidió tratamiento conservado con dieta, disminuyendo el peso del paciente en 30 kg en 7 meses mejorando significativamente la clínica de claudiación neurógena persistiendo las parestesias.

Comentarios y conclusiones: Antes pacientes con sobrepeso y claudiación neurógena es necesario descartar la presencia de estenosis por lipomatosis extradural.

CC-83. COMPLICACIÓN INFRECUENTE EN ENFERMEDAD CON FRAGILIDAD ÓSEA

J. Betegón Nicolás, J.A. Hernández Encinas, I.C. Vázquez Vecilla, L. Virseda García, F. Arias Martín, J. Díez Romero, J. González Fernández y P. Casas Ramos

Hospital de León.

Introducción y objetivos: Mujer de 42 años de edad que ingresa procedente del servicio de urgencias por presentar dolor en extremidad inferior derecha sin antecedente traumático, diagnosticándose de fractura diafisaria femoral patológica.

Material y método: Antecedentes personales: no AMC. Retraso mental severo. Enfermedad ósea desde la infancia sin diagnóstico de confirmación establecido, presentando la paciente múltiples fracturas a lo largo de su vida (fémur izquierdo, tibia derecha, tibia izquierda, húmero izquierdo), todas ellas ocurridas de forma espontánea o tras mínimos traumatismos. Intervenida de escoliosis en la infancia con barra de Harrington, con desanclaje de la barra a nivel distal.

Resultados: Intervenida de forma rutinaria de la fractura diafisaria femoral con clavo intramedular. En el postoperatorio, y a pesar de la dificultad para la exploración dado el retraso mental de la paciente, se objetiva paraplejia completa. Se realiza RMN descubriendose la presencia de fractura luxación a nivel T12-L1, zona que coincidía con el límite de la fusión vertebral realizada por motivo de su escoliosis. De urgencia se realiza descompresión y fusión vertebral toracolumbar no mejorando su estado neurológico.

Comentarios y conclusiones: Nos encontramos ante una complicación poco frecuente, pero ante todo paciente con fragilidad ósea y con una

fractura no debemos descartar la presencia de fracturas a otros niveles y ser extremadamente cuidadosos en todas las manipulaciones y movilizaciones para evitar la aparición de nuevas fracturas.

CC-84. LESIÓN MEDULAR INCOMPLETA EN PACIENTE ANCIANA CON FRACTURA POR FLEXIÓN DISTRACCIÓN T6-T7

A. Arroyo Dorado, A. Marsol Puig, R. Huguet Comelles, J.S. Escala Arnau y J. Giné Gomà

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: Las fracturas osteoporóticas son frecuentes en pacientes de edad avanzada, incluso en ausencia de traumatismo conocido. Sin embargo, la aparición de lesiones medulares como consecuencia de este tipo de fracturas es excepcional.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 79 años que tras caída casual en domicilio, 3 semanas antes del ingreso, es diagnosticada de fractura por flexión distracción T6-T7 tipo B2 de la clasificación de Magerl con parálisis completa nivel T7 (Asia B) de 24 horas de evolución. Antecedente de enfermedad de Forrestier. En las radiografías simples iniciales no se observan lesiones óseas agudas. El estudio por imagen (TAC y RM) muestra fractura desplazada del platillo antero-inferior de T6 y postero-superior de T7 que se extiende hacia la lámina de forma bilateral, con desplazamiento de un fragmento óseo hacia el canal medular y lesión de los ligamentos posteriores T6-T7, además de la existencia de un hematoma epidural anterior T5-T7.

Resultados: Debido a la gravedad de la lesión neurológica se decide tratamiento quirúrgico precoz mediante abordaje posterior, laminectomía total T7, exéresis de fragmento óseo y artrodesis posterior instrumentada T4-T9 con injerto de hueso liofilizado. En el postoperatorio inmediato se produjo recuperación de la sensibilidad distal. A los 4 meses de la cirugía la paciente presenta un estado neurológico Asia C.

Comentarios y conclusiones: No todas las fracturas de baja energía en pacientes de edad avanzada son banales. En muchos casos es necesaria la realización de pruebas complementarias para su diagnóstico.

CC-85. ARTRITIS SÉPTICA DE ARTICULACIONES INTERAPOFISARIAS LUMBARES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

V. Melero Tercero, M. Iborra González, J.M. Cavanilles Walker, S. Minguez Blasco, G. Albertí Fitó y P. Aparicio García

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción y objetivos: La artritis séptica de las articulaciones interapofisarias lumbares es una entidad clínica no demasiado frecuente. Existen pocos estudios publicados y los casos descritos en la literatura médica, son casos aislados. Esta patología está frecuentemente asociada a factores de riesgo como la administración de infiltraciones periartrulares o la cirugía previa de raquis, pero existen casos publicados de pacientes sin factores de riesgo asociados. El germe más frecuentemente asociado es el *Staphylococcus aureus* y en la mayoría de casos existe afectación de partes blandas periartrulares.

Material y método: Presentamos dos casos, de artritis séptica en articulaciones interapofisarias lumbares, en dos pacientes de 42 y 54 años respectivamente. Uno de los casos sin factores de riesgo asociados, en cambio el otro con antecedentes de leucemia mieloide crónica, sepsis por *Pseudomonas aeruginosa* y *Klebsiella pneumoniae*.

Resultados: Los pacientes fueron diagnosticados de dicha patología por RMN, y en uno de los casos se completó el estudio con gammagrafía y SPECT. El tratamiento en ambos casos fue satisfactorio con antibióticoterapia de amplio espectro, y en uno de ellos se tuvo que realizar punción-drenaje guiada por TAC por la presencia de abscesos en músculo psoas y a nivel paravertebral. En ninguno de los casos, se halló el germe responsable.

Comentarios y conclusiones: Se trata de una patología rara, descrita sobre todo en adultos. Su incidencia se encuentra probablemente subestimada, debido a que la clínica es similar a otras patologías más comunes de la columna lumbar. La RMN es capaz de diagnosticarla en estadios iniciales y poder delimitar aquellas estructuras afectadas por la infección. El tratamiento antibiótico es efectivo habitualmente en los estadios iniciales, requiriendo únicamente el drenaje quirúrgico si se asocian abscesos de partes blandas.

CC-86. RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LAS FRACTURAS VERTEBRALES TORACOLUMBARES POR COMPRESIÓN

J. Zabala Llerandi, T. Fernández González, L. Vírseda García, I.C. Vázquez Vecilla, A. Saldaña Díaz, A. Ramos del Río, F. Arias Martín y L.R. Ramos Pascua

Complejo Hospitalario de León.

Introducción y objetivos: La fractura por compresión vertebral es un colapso o ruptura de uno o más cuerpos vertebrales. Son típicas en pacientes osteoporóticos. En este estudio se evalúan los resultados clínicos y radiográficos del tratamiento conservador realizado en fracturas acuñamiento vertebrales de los segmentos torácico y lumbar.

Material y método: En el periodo 2006-2008 39 pacientes (27 mujeres, 12 hombres) con una media de edad de 69 años con fracturas vertebrales torácicas o lumbares fueron tratados conservadoramente en nuestra área. Todos los pacientes tenían como mínimo radiografías en dos proyecciones. De acuerdo con la clasificación de Denis había 6 del tipo A, 18 del tipo B, 10 del tipo C y 5 del tipo D. No presentaron déficits neurológicos. El tratamiento consistió en el uso de una ortesis semirrígida toraco-lumbar durante un periodo de 4 a 6 meses. Se realizó un estudio comparativo con mediciones de los ángulos de cifosis e índices sagitales en las radiografías iniciales y al final del tratamiento. Las escalas funcionales y del dolor de Denis también fueron utilizadas. El tiempo de seguimiento fue de entre 6 y 18 meses, con una media de 13 meses.

Resultados: Las medias del ángulo cifótico y del índice sagital fueron de 13,2 y 14,1 grados en las radiografías iniciales y de 13,9 y 14,5 al final de la evaluación. Las escalas funcionales y de dolor fueron de 1,5 y 1,7 respectivamente. Dos pacientes precisaron de vertebroplastia por gran dolor.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas por compresión vertebral en los segmentos torácico y lumbar sin factores de inestabilidad y un ángulo cifótico bajo pueden ser tratadas de forma conservadora con buenos resultados clínicos.

CC-87. ¿EL CAMBIO DE LA SEÑAL INTRAMEDULAR EN RM INFUYE EN LOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LOS PACIENTES CON MIELOPATÍA CERVICAL?

M. Kashihara

Hospital de Naze Tokushukai. Japón.

Introducción y objetivos: La significación de pronóstico del cambio de la señal intramedular en RM se hace objeto de una polémica en laminoplastia cervical. Investigamos si la señal alta en T2 y la señal baja en T1 tienen relación con resultados clínicos o no.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo que incluye 64 pacientes de mielopatía cervical con laminoplastia expansiva. Los pacientes se dividieron entre tres grupos. En el Grupo A se incluyeron 17 pacientes sin cambio de la señal en T1 ni en T2. En el Grupo B se incluyeron 29 pacientes sin cambio de la señal en T1 y con cambio de la señal alta en T2. En el Grupo C se incluyeron 18 pacientes con cambio de la señal baja en T1 y con cambio de la señal alta

en T2. Se evaluaron clínicamente con sistema de JOA (Asociación Ortopedia Japonesa) tanto para mielopatía cervical.

Resultados: No se encontró diferencia significativa entre el Grupo A y el Grupo B comparando la duración de síntoma y la proporción de mejoría en JOA tanto. Sin embargo la proporción de mejoría del Grupo C fue más baja significativamente y la duración de síntoma fue más larga significativamente que el Grupo A y el Grupo B. Los pacientes con reducción de cambio de la señal tenían mejor resultado en la proporción de mejoría que los pacientes sin reducción de cambio de la señal.

Comentarios y conclusiones: El cambio de la señal alta intramedular en T2 no significa mal pronóstico y se refleja reparable potencial de amplio espectro de médula espinal. Sin embargo el cambio de la señal baja intramedular en T1 indica mal pronóstico.

CC-88. VÉRTEBRA EN MARIPOSA QUE REMEDA FRACTURA VERTEBRAL AGUDA

V.J. López Pérez, R. Pellejero García, N. Granados Sagrera, J. Baliarda Tomás, M. Orduña Pizarro, C. Castro Álvarez, M. Matas Pareja y E. Alcántara Vila

Fundació Privada Hospital de Mollet.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso clínico de un paciente que presenta una vértebra en mariposa a nivel de T7, con el objetivo de ilustrar la importancia de su correcta identificación ya que puede ser confundida con una fractura, infección o afectación tumoral vertebral.

Material y método: Paciente varón de 39 años sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por dorsalgia invalidante aguda tras accidente de tránsito. A su llegada se le realizó exploración clínica y analítica completa y para la obtención del diagnóstico se procedió a estudio mediante Rx y TAC.

Resultados: A la exploración física: paciente consciente y orientado, estable hemodinámicamente, abdomen y tórax anodino sin déficits neurosensitivos ni vasculares asociados, destacando dorsalgia de creciente intensidad a la palpación de la columna vertebral dorsal baja. En las imágenes de la radiología convencional, frente y perfil de la columna, se apreció compresión del cuerpo vertebral de T7 con aplastamiento central. Dada la clínica, el antecedente traumático y las imágenes objetivadas se realizó una TAC que informó de la existencia de una vértebra en mariposa a nivel de T7.

Comentarios y conclusiones: La vértebra en mariposa es una rara anomalía congénita debida a una alteración de los dos centros de fusión del cuerpo vertebral. La mayoría tienen lugar en la columna lumbar, cursan sin otra sintomatología acompañante a menudo como un hallazgo radiológico o en asociación con síndromes sistémicos como el síndrome de Alagille, Pfeiffer, Crouzon o de Goldenhar, entre otros. No resulta infrecuente confundir esta entidad con una fractura, tumor o infección vertebral. Su conocimiento es muy útil para llegar a un diagnóstico temprano que ayude a evitar procedimientos diagnósticos agresivos e innecesarios para el paciente.

CC-89. PROGRESIÓN DEL DESLIZAMIENTO EN UN CASO DE ESPONDILOLISTESIS ÍSTMICA DE BAJO GRADO TRATADA MEDIANTE ARTRODESIS POSTEROLATERAL

E. López Vinagre, P. Múgica Santibáñez, C. Lozano García, I. Herrera Cuevas, L. Palazuelos García, I. Ibor Ureña y J. Merino Pérez

Hospital de Cruces. Bilbao.

Introducción y objetivos: La espondilolistesis es el deslizamiento de una vértebra sobre la adyacente. El tratamiento de las espondilolistesis ístmicas de bajo grado consiste en una artrodesis posterolateral,

pero en ocasiones no se consigue una estabilización adecuada y es necesario realizar una artrodesis circunferencial.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 34 años que es intervenida por una anterolistesis grado II de Meyerding a nivel L5-S1 que no mejora con tratamiento conservador, realizándose una artrodesis lumbar posterolateral instrumentada de dicho segmento. En el segundo control radiológico se evidencia progresión de la listesis hasta un grado III, persistiendo la clínica de dolor radicular.

Resultados: Pese a la estabilización del desplazamiento, se decide intervenir nuevamente 6 meses después por persistencia del cuadro lumbociático. En esta ocasión se intenta la realización de una TLIF asociada, pero ante la imposibilidad de introducir la caja intersomática, finalmente se decide incrementar la fijación posterolateral en un nivel (L4-L5-S1). La paciente evoluciona favorablemente.

Comentarios y conclusiones: En los casos de espondilolistesis istmica de alto grado o en los casos de fracaso de la artrodesis posterolateral instrumentada, el tratamiento más recomendable es la realización de una artrodesis circunferencial, mejorando así las tasas de fusión en estos pacientes.

CC-90. HALLAZGO INUSUAL DURANTE EL ESTUDIO DE UNA CERVICODORSALGIA: ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA ABERRANTE CON ORIGEN EN EL DIVERTÍCULO DE KOMMERELL

J. Merino Pérez, M.T. Rodríguez Bustabad, A.Y. Ysa Figueras, J.M. Rodríguez Palomo, N. Martín Larrañaga y E. López Vinagre

Hospital de Cruces. Bilbao.

Introducción y objetivos: Las anomalías congénitas del arco aórtico son una patología rara que generalmente se relaciona con anomalías del origen de la arteria subclavia. El arco aórtico izquierdo con una arteria subclavia derecha aberrante se encuentra en sólo un 0,5% de la población.

Material y método: Caso clínico: mujer de 39 años de edad con dolor dorsocervical a la que se le realizó una resonancia magnética (RM), que mostró cambios degenerativos C5-C6, D6-D7, y el origen aberrante de la arteria subclavia derecha con trayecto retroesofágico. No mostraba disfagia ni una clínica respiratoria.

Resultados: Por la ausencia de síntomas relacionados con la patología y el pequeño calibre del divertículo, se decidió una actitud conservadora y un seguimiento clínico periódico con angiorresonancia por parte del servicio de cirugía vascular.

Comentarios y conclusiones: El divertículo de Kommerell es una dilatación del origen de las arterias subclavias. Es una rara reminiscencia de la aorta dorsal derecha, que representa menos del 3% de las anomalías congénitas del arco aórtico. Se relaciona con el arco aórtico izquierdo y el origen aberrante de la arteria subclavia derecha. En la mayoría de los casos, el hallazgo es casual y asintomático.

CC-91. ARTRODESIS C1-C2 VÍA POSTERIOR: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

J. Ballester Parra, M. Sanfelix Giné, V. Estrems Díaz, R. Sanchis Amat, A. Bru Pomer, X. Berto Martí, V. Zarzuela Sánchez y J. Balaguer Andrés

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y objetivos: La inestabilidad de la articulación atladioaxoidea es una patología poco frecuente. Puede ser debida a traumatismos o secundaria a artritis reumatoide, infecciones, neoplasias o defectos congénitos.

Material y método: Presentamos 2 casos intervenidos quirúrgicamente entre enero del 2008 y febrero del 2009, realizándose artrodesis

C1-C2 vía posterior. Primer caso; mujer de 65 años, artritis reumatoide de 22 años de evolución Clínica: dolor occipitocervical refractario a tratamiento analgésico Síntomas progresivos de mielopatía cervical clase funcional grado 2 según AAR Clase IIIA RANAWAT Frankel C. Pruebas complementarias: Rx: Subluxación anterior atlantoaxial con espacio tras odontoides < 10 mm. TAC: confirma mediciones. RM: confirma subluxación y pannus periodontoideo. Segundo caso: mujer de 67 años, traumatismo frontal. Clínica: dolor occipitocervical. Contractura muscular parevertebral. Parestesias y debilidades en MMSS. Frankel D Pruebas complementarias Rx: Ap: fractura apófisis odontoides. Lat: desplazamiento posterior de articulación atladioaxoidea. TAC: Fractura inestable de base de apófisis odontoides (tipo II de D'Alonzo) con desplazamiento posterior 110% y angulación de 20°. Atlas sin lesiones. Subluxación c1-c2. Tras mala evolución post-colocación de halo tracción se decide intervención quirúrgica. Intervenciones realizadas con control de potenciales evocados y sistema de fijación con tornillos canulados.

Resultados: Primer caso: sin complicaciones quirúrgicas clase funcional grado 2 Frankel E. Ausencia de dolor Rx a 18 meses: estabilidad de articulación. Segundo caso: laceración de arteria vertebral izquierda durante intervención, cedió con hemostático y sin secuelas. Frankel E sin dolor, ni alteración motora o sensitiva. Rx a 6 meses: consolidación de la fractura.

Comentarios y conclusiones: La realización de fijación por vía posterior mediante la técnica de HARMS obtiene buenos resultados. Se consigue una mejor fijación disminuyendo a su vez el tiempo postoperatorio de inmovilización. Sin embargo es una técnica exigente pudiéndose presentar complicaciones graves.

CC-92. CLÍNICA RADICULAR L5 POR QUISTE YUXTARTICULAR L4-L5

L.M. Romero Muñoz, C. Villas Tomé y M. Alfonso Olmos

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Mujer de 54 años que consulta por dolor mecánico en región lumbar baja y dolor radicular (VAS a 8) por cara lateral de muslo y pierna hasta zona maleolar externa derecha, que se presentó de manera gradual desde hace unos meses, sin relación con un traumatismo. Se le propuso en otro centro infiltración facetaria con la que mejoró del dolor lumbar (VAS a 3). Posteriormente se le propuso rizólisis percutánea sin resultado satisfactorio. Sin antecedentes personales de interés. A la exploración física se evidenció una deambulación puntas-talones posibles. Reflejos osteotendinosos rotuliano y aquileo presentes y simétricos. Lasegue + a 50° y una espino-palpación lumbar dolorosa. En el estudio radiológico de la columna lumbar en proyecciones anteroposterior y lateral se observa artrosis facetaria L4-L5 con hipertrofia. Se realiza estudio de TAC de columna, donde se objetiva hipertrofia sinovial L4-L5 derecha formación quística y pequeñas calcificaciones. Diagnóstico diferencial de sinovitis de origen gotoso o condrocalcinosis. Tras los estudios realizados se decide tratamiento médico con AINEs y tratamiento rehabilitador. Dada la evolución no satisfactoria a lo largo de un mes y medio con tratamiento conservador, se realiza resección de tejido hipertrófico y toma de biopsia de región L4-L5 derecha. Se envía pieza a anatomía patológica siendo el diagnóstico de pseudogota.

Material y método: Estudio transversal descriptivo.

Resultados: La evolución postquirúrgica fue favorable y el paciente fue dado de alta sin dolor a los dos meses. Actualmente, tras 5 años de la intervención, el paciente refiere dolor lumbar ocasional sin radiculopatía.

Comentarios y conclusiones: Sólo cuando hacemos un diagnóstico anatomo-patológico del quiste podemos llegar a un diagnóstico cierto que puede ser condrocalcinosis o tuberculosis. El tratamiento es médico de la pseudogota y en casos con clínica radicular la resección del tejido pseudoquístico.

CC-93. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE FRACTURA DE ODONTOIDES EN UNA ANCIANA

M. Herrera Abián, B. Alvira Rasal, C. Suárez Rueda, E. García Gómez, G. Megías Baeza, J. Hernández Enríquez y A.M. Moreno Collado

Hospital Infanta Elena. Valdemoro. Madrid.

Introducción y objetivos: La fractura de odontoides en ancianos es debida a la inmovilidad relativa de la columna cervical por lo que puede ser causada por un traumatismo menor. Su mortalidad es del 26%.

Material y método: Mujer de 81 años independiente para las actividades de la vida diaria que ingresa en el Servicio de Geriatría por deterioro funcional y trastorno de la marcha progresivo. Refiere gastroenteritis hace un mes con caída en el baño no presenciada y cervicalgia secundaria que se trató con tramadol. Tras esto comienza con trastorno de la marcha e incapacidad para realizar actividades básicas. Se descartan causas inflamatorias, inmunológicas, infecciosas, tumorales y se retira el tramadol ante la sospecha de causa farmacológica pese a lo que continúa la progresión del deterioro llegando a la inmovilización absoluta.

Resultados: Se completa el estudio con RMN hallándose fractura de odontoides con inestabilidad C1-C2. Se inmoviliza con collarín Philadelphia con mala tolerancia de la paciente que sufre varios cuadros confusionales durante el ingreso. De forma secundaria al inmovilismo se complica con un TEP. Presenta dolor incontrolable que requiere sedación paliativa. La paciente fallece a los 5 meses de la fractura.

Comentarios y conclusiones: La fractura de odontoides puede ser infradiagnosticada en ancianos por no pensar en ella ante un trastorno de la marcha tras caída. En ocasiones se requiere estudio con TAC o RMN para el diagnóstico. Por otro lado, el deterioro funcional tras toma de tramadol es tan frecuente en ancianos que puede enmascarar el diagnóstico y estudio del paciente.

CC-94. SÍNDROME DE LA COLA DE CABALLO SECUNDARIO A HERNIA DISCAL LUMBAR

N. Sánchez Hernández, F. Tavares Sánchez Monge, R. Escudero Marcos, J. García García, N. Alonso García y M. García Alonso

Hospital Río Hortega. Valladolid.

Introducción y objetivos: Un cuadro de ciatalgia bilateral con disminución de fuerza de las extremidades inferiores, de aparición brusca o rápidamente progresiva, acompañado de alteración del control de esfínteres e impotencia en silla de montar, debe hacernos sospechar la existencia de un síndrome de compresión de la cola caballo.

Material y método: Presentamos una serie de cinco casos recogidos desde noviembre de 2007 a septiembre de 2009, de pacientes afectados por una hernia discal lumbar que terminaron por evolucionar de esta forma. Realizaremos una revisión bibliográfica del tema.

Resultados: Se trata de 5 pacientes, 3 hombres y dos mujeres, que debutaron de forma aguda, con este cuadro. Evaluamos la edad, los síntomas de debut, la presencia de hernia discal lumbar. En todos los casos se realizó una descompresión quirúrgica de urgencia.

Comentarios y conclusiones: Según la bibliografía, el síndrome de cola de caballo secundaria al disco lumbar herniado, es más frecuente en el adulto joven. La disfunción esfinteriana debe ser considerada como condición obligatoria para el diagnóstico. La anestesia en silla de montar, actuó como factor de mala evolución.

CC-95. ARTRODESIS CERVICAL ANTERIOR MEDIANTE IMPLANTES DE TANTALIO

N. Sánchez Hernández, F. Tavares Sánchez Monge, R. Escudero Marcos, J. García García, N. Alonso García y M. García Alonso

Hospital Río Hortega. Valladolid.

Introducción y objetivos: La discectomía cervical anterior con artrodesis intersomática (DCAA) es una técnica quirúrgica ampliamente aceptada en el tratamiento de la enfermedad discal cervical. Recientemente se han introducido con esta indicación las cajas de tantalio debido a sus excelentes propiedades mecánicas y biológicas.

Material y método: Presentamos los resultados iniciales clínicos y radiológicos de un estudio prospectivo de 24 pacientes intervenidos en nuestro servicio tras el empleo de cajas de tantalio en la DCAA. La evaluación clínica postoperatoria se realizó mediante cuestionario que incluía una Escala Visual Analógica de dolor y el Índice de Oswestry. Los resultados fueron clasificados mediante los criterios de Odom. La evaluación radiológica incluyó radiografías dinámicas en las que se midieron las variaciones del ángulo de Cobb.

Resultados: Todos los parámetros clínicos mejoraron de forma estadísticamente significativa. Según con los criterios de Odom, el 75% de los casos fueron considerados como excelentes o buenos. No se observaron diferencias significativas en las revisiones al año y a los 3 meses.

Comentarios y conclusiones: Las cajas de tantalio constituyen un implante prometedor y pensamos que útil entre las diversas opciones quirúrgicas para la DCAA, por sus buenos resultados clínicos, por la no necesidad de autoinjerto, y por su excelente compatibilidad con la resonancia nuclear magnética.

CC-96. LESIÓN DE LA ARTERIA VERTEBRAL EN PACIENTES CON FRACTURA VERTEBRAL CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Benavente Rodríguez, R. Ballesteros Massó, J. Moreno Martínez y J.A. Oteo Maldonado

Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: La lesión de la arteria vertebral en pacientes con traumatismo a nivel de columna cervical pasa normalmente desapercibida dado que con frecuencia es asintomática, de hecho, una oclusión unilateral puede ser bien tolerada, pero si ocasiona daño sus consecuencias pueden ser fatales, con secuelas neurológicas por infarto a nivel del tronco del encéfalo y/o cerebelo. Es importante detectar la lesión en caso de que se vaya intervenir quirúrgicamente para que durante la cirugía no se dañe la arteria sana. El desarrollo de técnicas de imagen como la RM, la angio-RM y la angio-TC ha permitido el diagnóstico de esta patología.

Material y método: Mujer de 33 años politraumatizada con múltiples lesiones óseas entre ellas fractura de lámina y pars interarticularis izquierda de C4 con espondilolistesis C4-C5, sin pérdida de conocimiento ni focalidad neurológica. Se realizó RM de la zona objetivándose lesión de la arteria vertebral izquierda. Se decidió estabilizar la inestabilidad rotatoria vía posterior, para no distorsionar la vía anterior en caso de una posible cirugía de la arteria, se hizo artrodesis C4-C5 con cerclaje para evitar otro tipo de técnicas que pudieran dañar la arteria sana.

Resultados: La paciente presentó cuadro de infección herida quirúrgica polimicrobiana que se solucionó con tratamiento antibiótico. Se mantuvo inmovilización con collarín cervical durante 12 semanas, consiguiendo artrodesis de la zona. A los seis meses de la intervención la paciente estaba asintomática.

Comentarios y conclusiones: La existencia de una posible lesión en la arteria vertebral debe tenerse en cuenta en todo paciente con traumatismo vertebral cervical, especialmente en aquellos que vayan

a ser intervenidos, ante el riesgo de dañar la arteria sana. En ellos es recomendable el estudio a fondo mediante técnicas de imagen como RM, angio-RM y angio-TC.

CC-97. SCHWANNOMA DORSAL EN UN PACIENTE DE 35 AÑOS

M. López Pliego, S. Tejero García, R. Moreno Domínguez, S. Chacón Cartaya, J.F. Lirola Criado, D. Serrano Toledo y M.J. Hidalgo Pérez

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los neurinomas son lesiones benignas, representando alrededor de una tercera parte de los tumores espinales primarios. Los schwannomas aparecen como dependientes de una raíz nerviosa, bien delimitados, redondeados y encapsulados. Hay muy pocos casos descritos en la literatura.

Material y método: Varón de 34 años, que sin traumatismo previo refiere dolor vertebral a nivel torácico medio de un año de evolución irradiado al costado izquierdo. Las radiografías son normales. En los estudios de TAC y RNM se identifica una tumoración de tamaño aproximado 4×3 cm a nivel D7, que atraviesa el foramen vertebral, con morfología en reloj de arena y que comprime lateralmente la médula. Se opta por la cirugía. Se realiza una hemitoracotransversectomía y laminectomía izquierdas de D7 y D8, se identifica el tumor, dependiente de la raíz D7, se separa de la duramadre subyacente, que no aparece infiltrada y ligamos la raíz. Infiltraba parcialmente el arco posterior de la séptima costilla izquierda. No se precisó instrumentación. La biopsia informó que histológicamente correspondía a un schwannoma.

Resultados: A los seis meses el paciente no presenta déficit motores, refiriendo sólo analgesia en el territorio intercostal izquierdo dependiente de D7.

Comentarios y conclusiones: Los neurinomas aparecen como los tumores espinales primarios más frecuentes. Son más frecuentemente intradurales, siendo raros los extradurales, y usualmente la localización es cervical o lumbar. La aparición de los síntomas es vaga, y suele ser dolor. Los estudios de RNM permiten hacer un diagnóstico y pronóstico tempranos debidos a sus características morfológicas. La exérésis radical aparece como el gold standard de tratamiento, sin dejar grandes déficits, ya que raramente depende de raíces motoras.

CC-98. ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA EN PACIENTE CON SÍNDROME SILVER-RUSSELL

L. Corominas Francés y J.C. López-Fanjul Menéndez

Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Síndrome Silver Russell, rara enfermedad genética caracterizada por retraso del crecimiento intrauterino, asimetría corporal hemihipertrofia y dismorfismo facial peculiar.

Material y método: Varón de 7 años, diagnosticado de sd. Silver Russell, retraso del lenguaje, déficit cognitivo, sd. nefrótico. A la exploración: talla 100 cm, 21,1 kg. Desequilibrio del tronco, gibotoráctica derecha severa. Asocia escoliosis torácica, con mala tolerancia a los corsés, curva progresiva de 97° en bipedestación. Test de elongación 58°.

Resultados: Tras el mal resultado de la ortesis, se decide tratamiento quirúrgico. Se instrumenta la curva con barras subcutáneas, ancladas a los extremos de la curva. A los 6 meses se reinterviene, para acomodar al crecimiento del niño. El paciente debe llevar corsé Milwaukee durante el día, como soporte externo.

Comentarios y conclusiones: En niños de corta edad, existen dos tipos de tratamiento: –Distractor de costillas, alargando el hemitoráx de la concavidad, con distractor costal y otro anclado a la curva por un gancho sublaminar, indicado en barras congénitas asociadas a cos-

tillas fusionadas. –Barras subcutáneas ancladas únicamente a los extremos de la curva. La instrumentación debe alargarse cada 6 meses para acomodarla al crecimiento del niño.

CC-99. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: TUBERCULOSIS VERTEBRAL

S. Santana Zorrilla, E. Manuel Farrés, B. Rubio Gajo, J. Nogales López, E. Pradillo García, E. Sirvent Díaz y X. Mora Íter

Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

Introducción y objetivos: La tuberculosis vertebral es la localización más frecuente de la tuberculosis osteoarticular. Producida por el bacilo de Koch, es la lesión infecciosa de las estructuras osteoarticulares del raquis, pudiendo manifestarse de dos formas anatómicas diferentes: la espondilodiscitis y la espondilitis.

Material y método: Mujer de 74 años, con síndrome facetario crónico en tratamiento por la clínica del dolor, es derivada a nuestras consultas por imagen compatible con discitis a nivel L4-L5. Se decide ingreso para estudio, solicitando analítica sanguínea, RM, y gammagrafía ósea. La valoración conjunta de dichas pruebas sugiere la existencia de una espondilodiscitis de origen séptico en L4-L5-S1, caracterizada por un hundimiento moderado de la plataforma somática inferior L5 y discreto en la superior S1, junto a alteración difusa de la señal de los discos L4-L5 y L5-S1. Dado los resultados obtenidos y la ausencia de mejoría con tratamiento antibiótico empírico, se realiza una biopsia ósea lumbar, que informa de la existencia de inflamación granulomatosa caseificante. Se realiza estudio complementario con la finalidad de hallar otro foco tuberculoso, sin obtener indicios de su existencia. Tras 3 meses de estudio y control evolutivo de la paciente, conjuntamente con el servicio de Medicina Interna, se orienta el cuadro hacia una espondilodiscitis de origen tuberculoso, iniciando tratamiento con tuberculostáticos.

Resultados: Actualmente la paciente sigue controles en consultas externas de Traumatología y Medicina Interna, con buena adherencia al tratamiento, objetivando mejoría clínica, biológica y radiológica.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de esta patología, fundamentalmente médico tras la aparición de los tuberculostáticos, permite una mejoría importante en el pronóstico, siendo el índice de curaciones sin recaída igual o superior al 95%. Los principales problemas residen en el retraso del diagnóstico y en el control estricto preciso a posteriori de la adherencia al tratamiento y la evolución del cuadro.

CC-100. TUBERCULOSIS VERTEBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Cebrián Córdoba, P. Sánchez Angulo, S. Amor Jiménez, P. Martínez Sáez y M.A. Sánchez Cañizares

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Se presenta paciente tuberculoso con afectación ósea vertebral y repercusión neurológica.

Material y método: Varón 27 años. Origen malí. Ingresa en Servicio de Infectuosas por síndrome constitucional y fiebre de 3 semanas de evolución más dolor lumbar de tipo mecánico y repercusión neurológica con mayor afectación del miembro inferior izquierdo que presenta paraparesia desde territorio L2 (flexión de cadera), así como signo de Babinsky, Clonus y exaltación de los ROT. Rx PA tórax: aumento de densidad apical bilateral. Rx Se realiza estudio TC y RMN con hallazgo casual de mal de Pott cérvico-tóraco-lumbar con múltiples abscesos caseosos paravertebrales de hasta 8,8 cm de longitud más invasión del canal medular a nivel de D12 y extensión a psoas derecho. Infiltración y destrucción ósea de los arcos vertebrales I derecho y III izquierdo. Desplazamiento del esófago.

Resultados: Drenaje quirúrgico con restablecimiento funcional completo.

Comentarios y conclusiones: En los últimos años, el aumento de la inmigración, ha supuesto el incremento en la prevalencia de patologías que se creían prácticamente extintas en nuestro medio, y para las cuales el cirujano ortopédico debe estar alerta.

CC-101. LUMBALGIA CRÓNICA ATÍPICA

I. Carbonel Bueno, J. Ripalda Marín, E. Aldea Molina, J. Cuenca Espírérez, S. Hamam Alcober, S. Aldabas Soriano, M.E. Monge Vázquez y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La verteboplastia es un procedimiento usado por la neuroradiología intervencionista consistente en introducción percutánea de cemento acrílico. Los hemangiomas óseos suelen localizarse en la columna y ser de carácter benigno aunque en casos más agresivos pueden producir compresión medular o radicular.

Material y método: Varón de 40 años, sin antecedentes de interés, con dorsolumbalgia larvada y esporádica de tres años de evolución sin clínica neurológica. Rx: hemangiomas en D12 y L3. TC: D12 y L3 imagen de radiolucencia con engrosamiento trabecular y esclerosis. El cuerpo de D11 se encontraba afectado de forma más extensa. RM: hemangiomas óseos D11, D12, L3 y L5 que no parecían tener un comportamiento agresivo. En el espacio intervertebral L4-L5 pequeña hernia paramedial izquierda. En ninguna de las anteriores lesiones se observa erosión o discontinuidad de la cortical ósea ni extensión al espacio extradural.

Resultados: Se practica punción transpedicular derecha en D12 e izquierda en L3 realizando la verteboplastia con la introducción de una mezcla de metil-metacrilato con polvos de téntalo. La evolución ha sido totalmente satisfactoria, con la disminución y casi abolición de la dorsolumbalgia.

Comentarios y conclusiones: Cuando el angioma vertebral es tanto clínica como radiológicamente agresivo, el tratamiento debe conseguir varios objetivos: permitir una descompresión efectiva, suprimir el dolor, asegurar una estabilización vertebral y vigilar el desarrollo de la lesión pseudotumoral. La técnica percutánea se realiza con leve sedación y anestesia local. Las complicaciones de la técnica son el paso del cemento a venas epidurales e incluso foraminales, que pueden contribuir a la compresión medular o de la raíz. La verteboplastia tiene la ventaja de ser un procedimiento poco agresivo, bien tolerado y eficaz en los casos indicados. El aumento de temperatura del cemento dentro del cuerpo vertebral coagula el componente vascular, consolida el cuerpo vertebral e impide su aplastamiento. Tiene un gran efecto antiálgico al evitar las microfracturas.

CC-102. RESULTADOS A MEDIO Y LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA CRÓNICA TIPO DOLOR FACETARIO MEDIANTE TÉCNICA DE RIZÓLISIS

L.J. Díez Romero, L. Vírseda García, I.C. Vázquez Vecilla, J. Zabala Llerandi, J. Betegón Nicolás, P. Casas Ramos, F. Arias Martín y J. Hernández Encinas

Hospital de León.

Introducción y objetivos: EL tratamiento de la lumbalgia crónica mediante termoablación por radiofrecuencia (rizólisis) aporta resultados controvertidos en la práctica diaria. Nuestro estudio aporta nuestra experiencia en este tipo de técnica.

Material y método: Presentamos 53 pacientes sometidos a tratamiento de su lumbalgia crónica de tipo dolor facetario mediante rizólisis. En todos los casos se realiza en decúbito prono, realizando una termoablación de la inervación de las facetas vertebrales e infiltración

con corticoide más anestésico local a nivel L4, L5 y S1. Todos han sido encuestados, con un tiempo de evolución entre 1 y 3 años.

Resultados: Los resultados obtenidos son una mejoría en aproximadamente la mitad de los casos, muy relacionado con la indicación quirúrgica.

Comentarios y conclusiones: La rizólisis aun siendo una técnica controvertida puede obtener buenos resultados en el tratamiento del síndrome facetario cuando se ha hecho una buena indicación.

CC-103. FRACTURA VERTEBRAL DORSAL EN ENFERMEDAD DE BECHTEREW

L.M. Romero Muñoz, M. Alfonso Olmos, C. Villas Tomé, I. Crespo Cullell y S. Cruz Morgande

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Varón de 77 años con antecedente de espondilitis anquilosante que refiere dolor en región dorsal y lumbar desde hace cuatro días por caída, sufriendo traumatismo directo sobre región dorsal y lumbar. El día que sufre la caída, al no presentar heridas superficiales, ni haber perdido la conciencia, no decide acudir a ningún centro hospitalario. Acude a nuestro centro por dolor que ha aumentado en intensidad e interfiere con el sueño y por síntomas de obstrucción intestinal. El paciente refiere que lleva 5 días sin hacer deposición cuando de forma anterior a la caída realizaba 1-2 deposiciones diarias sin productos patológicos, motivo por el cual ingresa por el servicio de digestivo. La exploración física demostró una espinopresión dolorosa D7-8 y D10-12 y contractura paravertebral de predominio izquierdo a nivel lumbar, sin signos neurológicos deficitarios. Las radiografías anteroposterior y lateral de columna dorsal y lumbar mostraron calcificación del ligamento paravertebral y de los discos intervertebrales, y acuñamiento del cuerpo vertebral D11. Se realiza una TAC de región dorsal que demuestra una fractura vertebral en cizallamiento inestable a nivel de T11, clasificación de AO C3.2 que provoca una estenosis leve-moderada del canal medular. El paciente puede caminar pero comienza con parestesias en EEII y Frankel D. Se plantea abordaje anterior y posterior. Se optó por abordaje posterior que estabiliza dos fragmentos de la fractura mediante laminectomía T11 y artrodesis con tornillos pediculares T9 a L2 y aporte de injerto.

Material y método: Estudio descriptivo transversal.

Resultados: El seguimiento ha sido de 9 meses siendo en la actualidad Frankel E.

Comentarios y conclusiones: Los pacientes afectos de espondilitis anquilosante tienen alta incidencia de fracturas en raquis cervical bajo y dorsal con traumatismos de baja energía. La estabilización quirúrgica es posterior o combinando un doble abordaje posterior y anterior con el fin de evitar complicaciones futuras.

CC-104. ESPONDILODISCITIS: AUSENCIA DE CORRELACIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA

T. del Olmo Hernández, H. Gómez Santos, C. Justo Astorgano, F. Aranda Romero, J. Sánchez Rúas, P. Martínez Ureña, M. del Cura Varas y P. García Medina

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Entre los diagnósticos diferenciales en una cervicalgia atraumática se encuentra la espondilodiscitis. Clínicamente cursa de forma silente pero radiográficamente puede ocasionar destrucción ósea con gran velocidad con inversión de la lordosis cervical y invasión del canal medular. Por todo ello es importante hacer un diagnóstico lo más precoz posible.

Material y método: Varón de mediana edad con antecedente de alcoholismo crónico acude en numerosas ocasiones al servicio de urgencias por cervicalgia sin traumatismo previo sin otro síntoma acompañante. En el transcurso de quince días se producen cambios radiológicos importantes que llevan al diagnóstico de espondilodiscitis cervical a nivel de C5 y C6.

Resultados: Se realiza instrumentación por vía cervical anterolateral con aporte de injerto de cresta ilíaca con mejoría clínica precoz del paciente.

Comentarios y conclusiones: La espondilodiscitis cervical responde rápidamente al tratamiento antibiótico adecuado y fijación quirúrgica para estabilizar la columna cervical con buenos resultados clínicos. El diagnóstico es complejo debido la ausencia de clínica, aunque debe ser precoz para evitar al máximo las complicaciones.

CC-105. A PROPÓSITO DE UN CASO: MIELOPATÍA POR ESTENOSIS DE CANAL CERVICAL. LAMINOPLASTIA MULTINIVEL “OPEN DOOR”

A. Hernaiz Alzamora, J. Hoyos Cillero, R. Mongil Escudero
y E. Álvarez Irusteta

Hospital de Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: Varón 80 años, operado de hernia discal en 1966, laminectomía ampliada L3-S1 y artrodesis instrumentada con sistema colorado en 2009. Presenta mielopatía cervical en progresión clínica, con imposibilidad para la marcha, radiculopatía en extremidades superiores y falta de coordinación.

Material y método: En RMN se evidenció estenosis de canal cervical con protusiones discales y estenosis apofisaria de C2 a C7. Se confirma ausencia de cifosis. Se valoró escala Nurick y escala Zeidman-Ducker prequirúrgicas. Se determinó tipo de síndrome neurológico preoperatorio según Crandall y Batzdorf. Estudio clínico y valoración radiológica prequirúrgica. Se realizó laminectomía C2-C3 y laminoplastia posterior cervical según técnica de Hyrbabayashi tipo open-door variada, realizándose corte por alta presión y mantenimiento con anclajes transóseos en proceso articular contralateral. Se inmovilizó mediante collarín blando.

Resultados: El paciente fue dado de alta tras rehabilitación, iniciándose intentos de deambulación en paralelas. Se realizan revisiones periódicas con valoración de escalas de Nurick, Zeidman.Ducker y Crandall-Batzdorf, con ausencia de progresión del cuadro mielopático.

Comentarios y conclusiones: La literatura muestra controversia con respecto a la mejor opción terapéutica en la estenosis cervical multinivel, presentándose el debate entre la descompresión anterior con fusión, laminoplastia y laminectomía con artrodesis posterior. La laminoplastia cervical se ideó con la finalidad de descomprimir la médula espinal evitando los inconvenientes de la laminectomía. Se han publicado varios estudios que avalan los buenos resultados de dicha técnica.

CC-106. CAMPTOCORMIA ASOCIADA A LIPOMATOSIS EPIDURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Solsona Espín, M. del Valle Jou, E. Rodríguez Boronat,
I. Casado Mena, F. Martínez Hornillos, S. Lobato Trenado
y R. Cortés Bosch

Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

Introducción y objetivos: La camptocormia es un síndrome con flexión permanente del tronco durante la bipedestación y la marcha. La Lipomatosis Espinal Epidural (LEE) se caracteriza por un aumento anormal o patológico de la grasa extradural libre (no capsulada) del canal

espinal, y que puede llegar a producir manifestaciones clínicas por compresión.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 67 años, con antecedentes de dislipemia, hipotiroidismo y obesidad moderada, por presentar camptocormia, con amplio abanico de estudios complementarios, demostrándose severa infiltración de grasa de la musculatura paravertebral posterior compatible con camptocormia en TC y RM. Tras múltiples tratamientos médicos, funcionales-rehabilitadores y por parte de clínica del dolor, la paciente inicia un cuadro de instauración progresiva/lenta de dolor lumbar irradiado con debilidad muscular en EEL, alteraciones sensitivas y claudicación neurógena de la marcha.

Resultados: El diagnóstico de LEE se hace en base a la combinación de imagen, cirugía y hallazgos histológicos en un contexto clínico y en ausencia de otras causas identificables de los síntomas que presenta el paciente. Las mejores imágenes se obtienen con la RM, con medidas de grasa a nivel dorsal (RM sagital) mayor de 6mm. Histológicamente se trata de grasa normal no capsulada. El tratamiento consistió en pauta de rehabilitación, pérdida ponderal, tratamiento hipolipemiante, retirada progresiva de pauta glucocorticoidea, con respuesta clínica progresiva y mejoría de su capacidad funcional.

Comentarios y conclusiones: Nos encontramos ante una entidad clínica infradiagnosticada, con diagnóstico tardío. En casos rebeldes se han descrito tratamientos quirúrgicos que van desde la hemilaminectomía descompresiva hasta la aspiración endoscópica de la grasa epidural con resultados aceptables.

CC-107. ROTURA DE BARRA COMO COMPLICACIÓN EN PACIENTE CON ARTRODESIS LUMBAR

M.L. López de Dicastillo Roldán y V.E. Gómez Palacio

Hospital San Pedro. Logroño.

Introducción y objetivos: La instrumentación transpedicular se emplea como sistema de fijación rígida que garantiza una perfecta estabilización de la columna. Esta técnica es una opción quirúrgica para inestabilidad raquídea, espondilolistesis, atrofia facetaria, hernia discal recurrente, escoliosis degenerativa e inestabilidad postoperatoria.

Material y método: Se presenta el caso clínico de un paciente de 54 años intervenido hacia 8 años por hernia discal L4-L5. A los dos años posquirúrgicos es reintervenido con artrodesis lumbar a cinco niveles (L2-S1). A los 5 años, ya dado de alta por este capítulo, vuelve a nuestra consulta por dolor de espalda de 3 meses de evolución con irradiación hacia la pierna izquierda. A la exploración clínica; Lassegue negativo, ROT correctos, sensibilidad y fuerza conservadas. Al realizar un control radiológico se aprecia rotura de la barra izquierda entre segundo y tercer tornillos transpediculares. Se le propone al paciente la retirada de material y nueva instrumentación, que el paciente acepta.

Resultados: Bajo anestesia general en decúbito prono, se procede a la retirada del todo el material previo, retirada de metalosis, con limpieza exhaustiva. Posteriormente se procede a nueva artrodesis L2-L5, y colocación de separador interespinoso. En el postoperatorio se coloca faja lumbostato y enviado al servicio de rehabilitación, con buena evolución del paciente. Es seguido en las consultas externas de traumatología, sin presentar sintomatología, a los 17 meses después de la última intervención.

Comentarios y conclusiones: Antes de llevar a cabo una artrodesis hay que hacer un estudio de imagen previo para planificar la cirugía y reducir el riesgo de complicaciones. Varios son los autores que presentan complicaciones de rotura de material, en artrodesis de columna, con diferentes soluciones a la misma, como la retirada del mismo y nueva instrumentación, al igual que el caso de nuestro paciente, el cual se ha visto favorecido de esta técnica.

CC-108. CIFOPLASTIA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS VERTEBRALES. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Paulos dos Santos, J. Roca Vicente Franqueira, R. Navarro Ortiz, L. Martínez Magaña, A. Aroca Cabeza y F. Martínez López

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción y objetivos: En las fracturas vertebrales, se puede tomar una actitud conservadora mediante reposo, analgesia, y en ocasiones medidas ortopédicas externas. Con ello, se controlan los síntomas al menos en un 60% de los pacientes. Cuando el tratamiento médico se muestra insuficiente, se puede plantear el tratamiento mínimamente invasivo. Objetivos: 1) Describir la técnica de la cifo-plastia, utilizando nuestra experiencia en un varón de 74 años con una fractura de T12 2) Revisar las indicaciones y contraindicaciones de esta técnica.

Material y método: Estudio transversal. Utilizamos la historia clínica y la recopilación detallada de la técnica quirúrgica empleada para la realización de la cifo-plastia. Se realiza una revisión bibliográfica en cuanto al uso de esta técnica y las causas que la contraíndican.

Resultados: La utilización de esta técnica permite la deambulación precoz del paciente, la mejoría casi total del dolor, con mínimas complicaciones quirúrgicas inmediatas y tardías.

Comentarios y conclusiones: Siguiendo las indicaciones presentadas en este estudio, podemos definir con claridad aquellos pacientes que son candidatos a beneficiarse de este procedimiento. Es una técnica sencilla que puede ser utilizada sin temor para el manejo de fracturas vertebrales en casos concretos.

CC-110. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS NIVELES DE DOLOR POSTOPERATORIO TRAS CIRUGÍA ARTROSCÓPICA MENOR DE RODILLA Y DE LOS FACTORES QUE AFECTAN A ESTOS NIVELES

T. del Olmo Hernández, M. Ruiz Ibán, J. Díaz Heredia, S. Moros Marco, M. del Cura Varas, F. Lizán González, C. Justo Astorgano y J. Sánchez Rúas

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La cirugía de rodilla por vía artroscópica para tratar lesiones menores es un procedimiento estandarizado, reproducible y que da buenos resultados que se realiza con frecuencia en centros especializados. Sin embargo el manejo del dolor postoperatorio asociado a este tipo de intervenciones está lejos de considerarse estandarizado o reproducible. El objetivo de este estudio es realizar un análisis de los niveles de dolor postoperatorio que presentan estos pacientes en los primeros 8 días tras la intervención.

Material y método: Todos los pacientes intervenidos en nuestro centro durante un año para realizar una cirugía de rodilla por vía artroscópica para tratar lesiones menores (lesiones meniscales, sobrecarga femoropatelar, cuerpos libres...) fueron incluidos en el estudio. Se tomaron diversos datos epidemiológicos, del tipo de procedimiento y del manejo pre y postoperatorio del dolor así como de la técnica anestésica utilizada.

Resultados: De los 125 pacientes intervenidos 78 completaron el cuestionario satisfactoriamente. Los niveles de dolor postoperatorio fueron más elevados en las primeras 24 horas y sólo un 15% de los pacientes presentaban niveles de dolor en algún momento por encima de 4 en la escala EVA. Los pacientes a los que se les asoció analgesia intraarticular en el postoperatorio inmediato presentaron menor dolor en el primer día postoperatorio, pero las diferencias desaparecieron en el segundo día.

Comentarios y conclusiones: Los niveles de dolor postoperatorio que presentan los pacientes en nuestro centro son aceptables. La estrategia de control de dolor postoperatorio debe incluir analgesia intraarticular en el postoperatorio inmediato.

DOLOR (CC-109—CC-110)

CC-109. NECROSIS AVASCULAR TRAS OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURA PERTROCANTÉREA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.A. Trigueros Rentero, C. López García, S. González Parreño y J. Sanz Reig

Hospital General de Elda. Alicante

Introducción y objetivos: La necrosis avascular de la cabeza femoral tras fractura pertrocantérea, tiene una incidencia de 0,5-1%, apareciendo con mayor frecuencia en mayores de 50 años, durante los cuatro primeros años tras la fractura.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 81 años, con antecedentes personales de alergia a ácido acetil salicílico e hipertensión, que presentó una fractura pertrocantérea de fémur tipo II de Evans (tipo A.1.2. en la clasificación de AO/OTA) tras caída casual. Se indicó tratamiento quirúrgico mediante osteosíntesis con tornillo placa deslizante a compresión de 135°. Al tercer mes postoperatorio, la paciente refería dolor en la cara interna del muslo de carácter espontáneo. La radiología simple mostró la consolidación de la fractura sin modificación del material de síntesis. A los 18 meses postquirúrgicos, el dolor en ingle se mantenía sin cambios. En la radiología simple se detectaron signos de necrosis avascular de la cabeza femoral.

Resultados: Se le planteó tratamiento quirúrgico de extracción del material de osteosíntesis y prótesis total de cadera en dos tiempos, tratamiento que la paciente rechazó para continuar con tratamiento conservador.

Comentarios y conclusiones: La finalidad de este Caso Clínico es poner de manifiesto una rara complicación de las fracturas pertrocantéreas: la osteonecrosis femoral, que aunque su incidencia es baja, hay que sospecharla en pacientes que sufren síntomas poco claros tras la osteosíntesis.

HOMBRO (CC-111—CC-146)

CC-111. OSTEOSARCOMA ACROMIAL. RESECCIÓN Y PLASTIA CON AUTOINJERTO DE CRESTA ILÍACA

A. Hernaiz Alzamora y J.I. Minguez Benavente

Clinica Guimón. Bilbao.

Introducción y objetivos: Varón de 32 años sin antecedentes de interés que acude en mayo 2007 a la consulta con un cuadro de dolor en hombro izquierdo de un año de evolución sin antecedente traumático.

Material y método: En radiografía se evidencia una lesión osteolítica en acromion. En RMN se evidencia tumoración acromial con sospecha de encondroma u osteosarcoma de bajo grado. En coordinación con el servicio de oncología, se realiza biopsia de tejido tumoral, confirmando la anatomía patológica el diagnóstico de osteosarcoma de bajo grado de malignidad. Se realiza en primer tiempo resección total del acromion, requiriendo una segunda intervención para ampliar bordes de resección en la espina escapular.

Resultados: En febrero de 2009 se realiza reconstrucción de hombro izquierdo mediante plastia con autoinjerto procedente de cresta ilíaca. Se mantiene injerto con agujas-K comprobándose su consolidación completa mediante TAC a los 6 meses. Se retiran agujas y se inicia fisioterapia de hombro izquierdo.

Comentarios y conclusiones: El osteosarcoma es el tercer grupo de neoplasias en cuanto a su incidencia en adolescentes y adultos jóvenes, afectando mayoritariamente a individuos entre la segunda y tercera décadas de la vida. Son neoplasias de alta agresividad que afectan predominantemente a huesos largos. A pesar de su mal pronóstico la mejoría en las técnicas de imagen, las técnicas quirúrgicas y los tratamientos adyuvantes la supervivencia de los osteosarcomas localizados llega al 70%.

CC-112. FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL EN CUATRO FRAGMENTOS TRATADAS CON TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y ENCLAVADO ENDOMEDULAR

E. Esnal Baza, I. Etxebarria Foronda, I. Herreros Ugarte, O. Espinazo Arce y C. García Puertas

Hospital Alto Deba. Guipúzcoa.

Introducción y objetivos: Las fracturas en cuatro fragmentos representan aproximadamente el 15% de las fracturas del húmero proximal. En este tipo de fracturas el porcentaje de necrosis avascular es elevado. Nuestro objetivo es presentar una nueva técnica que realizamos en nuestro centro en la que tratamos las fracturas en 4 fragmentos por medio de abordajes mini invasivos y estabilizamos la fractura con un clavo T2 humeral corto de Stryker y Tornillos canutados asociando un sustituto óseo con forma de pasta inyectada en el defecto.

Material y método: La intervención se lleva a cabo en silla de playa bajo control de escopia. Se realizan 3 incisiones, dos laterales por las que se reduce las tuberosidades y se introducen los tornillos y el clavo, y una anterior, para reducir la cabeza humeral y colocar el injerto en el defecto, en el momento final.

Resultados: Se han intervenido 4 pacientes con una media de edad de 81 años. Todos presentaban fracturas desplazadas en 4 fragmentos. No se han producido complicaciones postoperatorias. La consolidación de las fracturas se ha producido aproximadamente entre las 7-8 semanas. Al año los pacientes conservan el 90% de su movilidad global en el hombro con una fuerza adecuada y sin limitaciones para su vida diaria. Por el momento no hemos apreciado necrosis avascular del húmero proximal.

Comentarios y conclusiones: Se trata de una técnica mini invasiva con todas sus ventajas para los pacientes que aporta buenos resultados por el momento para el tratamiento de fractura agresivas en las cuales muchas veces la única opción válida es la artroplastia de sustitución.

CC-113. UTILIZACIÓN DE UN INJERTO DE FASCIA LATA EN LA DESINSERCIÓN DEL MÚSCULO DELTOIDES TRAS CIRUGÍA DE HOMBRO: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y CASO CLÍNICO

J.L. Rodrigo Pérez, D. Montaner Alonso, J.C. Borrás Cebrián e I. Pérez Correa

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción y objetivos: La desinserción completa del músculo deltoides, es una de las complicaciones, más graves e invalidantes de la cirugía abierta de hombro. El objetivo de la presente aportación científica es dar a conocer una técnica quirúrgica más sencilla que la utilización de injertos musculares pediculados y que nos ha resuelto satisfactoriamente un grave problema de funcionalidad del hombro.

Material y método: Se trata de un varón de 39 años de edad, que sufre una caída con el resultado de una fractura de troquíter sin desplazamiento y que se trata inicialmente de forma conservadora. Posteriormente el paciente es remitido desde rehabilitación por dolor e imposibilidad de abducción de más de 60 grados, tras exploración Rx se observa un desplazamiento del troquíter situándose intra articular encima de la cabeza humeral. Se interviene quirúrgicamente realizándole una reducción del fragmento y síntesis mediante anclajes intra

óseos. Durante el post operatorio sufre una infección de herida quirúrgica, con dehiscencia de sutura del deltoides medio, el paciente tiene un hombro péndulo, con abducción pasiva completa y activa de 10 grados. Constant 1.

Resultados: Tras una nueva intervención realizándole un injerto libre de fascia lata y re inserción en borde lateral de acroíum, se le coloca una férula de 90 grados de abd durante 6 semanas y posteriormente inicia rhb. Tras 6 semanas más de rhb el paciente es capaz de alcanzar los 120 grados de abducción activa e indolora, con un Constant de 85.

Comentarios y conclusiones: La técnica de utilización de injerto libre de facial lata como refuerzo nos ha sido de gran utilidad para resolver un grave problema de función de hombro como es la desinserción de deltoides asociado a manguito no funcionante.

CC-114. PARÁLISIS COMPLETA DEL PLEXO BRAQUIAL TRAS PRÓTESIS TOTAL DE HOMBRO

R. Rodríguez Martínez, P.A. Martínez Victorio, J.J. Parrilla Riera, A. Valcárcel Díaz, J.P. García Paños, R. Vano Gea, J.J. López Martínez y M. López Antón

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La artroplastia de hombro puede condicionar varias complicaciones. Presentamos una de gran repercusión funcional en un paciente joven y repasamos la bibliografía sobre sus causas.

Material y método: Varón, 45 años, artropatía reumática glenohumeral bilateral sintomática y déficit funcional importante sometido a artroplastia total global advantage (Johnson & Johnson) bajo anestesia troncular interescalénica sin incidencias quirúrgicas. Durante el postoperatorio se objetiva una parálisis completa del plexo braquial confirmado por electromiograma. Se descartan complicaciones anestésicas.

Resultados: Se decide tratamiento conservador expectante con la hipótesis de lesión neurológica por tracción o secundaria a la punción anestésica (hematoma o neurotoxicidad). En la segunda semana de la intervención se inicia fisioterapia. Se objetiva mejoría a partir del segundo mes. A los 6 meses de la intervención la capacidad motora está prácticamente completa con déficit funcional a partir de unos 125° de abducción y antepulsión, así como en los últimos grados de rotación que se entiende secundario a la propia cirugía protésica. Persisten parestesias distales con discreta pérdida de fuerza en la prensión de mano. En el electromiograma de control se mantiene axonotmesis parcial de tronco inferior.

Comentarios y conclusiones: Se han descrito pocas complicaciones similares tras artroplastia de hombro en la bibliografía y la mayoría relacionadas con parálisis parciales. Se analizan las posibles causas y las pautas terapéuticas recomendadas. A la hora de proponer quirúrgicamente una cirugía de artroplastia en hombro hay que informar al paciente de esta posible complicación, sobre todo cuando se efectúa con bloqueo troncular. Hay que implicar al Servicio de Anestesiología en el seguimiento de estos procesos para un mayor control emocional del paciente.

CC-115. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA LUXACIÓN AGUDA POSTERIOR INESTABLE DE HOMBRO EN ANCIANOS

S. Burguet Girona, J.E. Aroca Navarro, A. Pina Medina, A. Collado Sánchez y E. Puchol Castillo

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: La luxación posterior de hombro es una patología poco frecuente de etiología generalmente traumática y predominio en varones jóvenes. De urgencias se recomienda la reducción bajo anestesia general con maniobras proximales a la cintura escapular e inmovilización en posición de estabilidad. En ocasiones son inestables

tras la reducción, originando problemas en la contención de la cabeza en la glena. Presentamos un método percutáneo de estabilización sencillo y preciso, para resolver este problema en el primer episodio.

Material y método: Se presentan dos casos clínicos de mujeres ancianas diagnosticadas de luxación posterior de hombro tras caída casual, en las que se comprobó que existía gran componente de inestabilidad tras la reducción e inmovilización en abducción, retropulsión y rotación externa. Se realizó estabilización percutánea extraarticular con agujas de Kirschner a través de la parte posterior de la glena, perpendicular al eje transversal de la cabeza humeral. Tras controles radiológicos satisfactorios donde se verificaba que el espacio articular estaba libre, los pacientes fueron inmovilizados durante 4 semanas y posteriormente sometidos a un programa de rehabilitación dirigido.

Resultados: Los resultados funcionales con esta técnica han sido satisfactorios en cuanto a la movilidad articular, sin que se evidencie recidiva de la luxación.

Comentarios y conclusiones: En los casos de luxación posterior aguda que tras reducción son inestables de entrada, se puede realizar en urgencias una estabilización posterior con agujas percutáneas, a la espera de tratamiento definitivo. La única técnica descrita es la fijación transacromial de Wilson y McKeever. La estabilización mediante agujas percutáneas en la glena, como tope a la luxación posterior, puede ser una opción válida como tratamiento definitivo en pacientes ancianos con baja demanda funcional.

CC-116. ARTROSCOPIA ESCÁPULO-TORÁCICA COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE CREPITACIÓN ESCAPULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Bejarano Lasunción, A. Martínez Martín, B. García Martínez, M. Sanagustín Silano y F. Blanco Gómez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: El síndrome de crepitación escápulo-torácica, descrita por primera vez por Boinet en 1867, es una patología que etiológicamente puede ser dividida en dos grupos: por un lado aquellos pacientes en los que se demuestra una lesión anatómica responsable de la crepitación y del dolor (osteochondromas de escápula, exóstosis costal, fracturas mal consolidadas de escápula...) y por otro lado están aquellos pacientes en los que no se evidencia lesión anatómica alguna. Los primeros muchas veces requieren tratamiento quirúrgico y los segundos suelen responder al tratamiento conservador. Presentamos el caso de un paciente con dolor escápulo-torácico sin lesión anatómica y refractario al tratamiento conservador.

Material y método: Paciente de 36 años de edad, sin antecedentes de interés, que presenta un dolor crónico escapulotorácico que no respondía al tratamiento analgésico habitual. A la exploración presentaba crepitación escapular y limitación leve de la movilidad de la ESI. Todos los exámenes complementarios que se le realizaron (radiografías simples, RNM, TAC osteoarticular, EMG...) fueron negativos. Ante esta situación se planteó al paciente la descompresión de la articulación escápulotorácica mediante artroscopia. Se usaron dos portales mediales, evidenciándose, intraoperatoriamente, una bursitis importante que se resecó. Se asoció, además, un remodelado del ángulo súpero-interno de la escápula.

Resultados: Tras 3 meses de control postoperatorio, el paciente se encuentra totalmente asintomático y con una muy buena movilidad.

Comentarios y conclusiones: El 35% de las personas con crepitación escápulo-torácica no tienen síntomas. Las que presentan dolor y se descarta alteración anatómica subyacente, normalmente responden al tratamiento conservador: medidas físicas, AINES, infiltraciones... Cuando éste tratamiento no es efectivo, la descompresión de la articulación y remodelado del ángulo súpero-interno de la escápula mediante artroscopia escápulo-torácica surge como una buena opción terapéutica.

CC-117. UNA BUENA OPCIÓN QUIRÚRGICA PARA RESOLVER LA LUXACIÓN ANTEROINFERIOR INVETERADA DE HOMBRO

E. Sirvent Díaz, J. Capdevila Baulenas, B. Rubio Gajo, S. Santana Zorrilla, E. Pradillo García, E. Martí Arasa, J. Nogales López y X. Mora Iter

Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

Introducción y objetivos: La luxación anteroinferior inveterada de hombro es una complicación poco frecuente en nuestro medio, constituyendo su tratamiento un reto para el cirujano ortopédico.

Material y método: Hombre de 47 años que acude a consultas externas de Traumatología tras ser diagnosticado tres meses atrás, según refiere, de fractura no desplazada de troquíter humeral tras traumatismo accidental, con evolución tórpida. No aporta, ni existen, radiologías previas en la historia clínica. La exploración física objetiva atrofia deltoidea, con abducción activa máxima de 80° e importante limitación de rotaciones por dolor relatado, además de hipoestesia en cara anteroexterna del hombro. Hasta el momento controlado por atención primaria, aporta ecografía practicada tras la sospecha de síndrome subacromial postraumático, la cual informa de ausencia de manguito en su posición habitual por posible luxación anterior de hombro. Por este motivo se practica una radiología de urgencia y se confirma el diagnóstico sospechado en la consulta.

Resultados: Tras el diagnóstico, se decide programación quirúrgica del paciente, practicando reducción abierta y estabilización mediante técnica de Bristow-Latarjet. Postoperatorio sin incidencias. Seis meses después de la intervención, el paciente presenta buen balance articular con abducción activa 90°, antepulsión de 80° y rotación externa de 40°, sin dolor y sin signos radiológicos de necrosis avascular de cabeza humeral.

Comentarios y conclusiones: La reducción abierta y estabilización de la articulación glenohumeral mediante la técnica de Bristow-Latarjet en casos de luxación anteroinferior inveterada de hombro constituye una opción quirúrgica con buenos resultados para la resolución de dicha patología.

CC-118. ENFISEMA SUBCUTÁNEO CERVICAL Y FACIAL EN LA CIRUGÍA DE HOMBRO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

I. Sancho González, J. Arrastia Lacunza, M. Ercilla Oyarzábal, M. Menéndez García, J. Ruiz Ruiz, M. Brun Sánchez, D. Sánchez Guardamino Sáenz y M. Gutiérrez Santiago

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción y objetivos: La existencia de enfisema cervical y neuromediastino espontáneos con ausencia de patología previa o de factores desencadenantes es muy infrecuente. Dicho cuadro consiste en una acumulación de aire u otros gases en los tejidos subcutáneos del cuello y la cara. El aire actúa disecando los tejidos subcutáneos y planos faciales. Sus principales causas son idiopática, y espontánea. Dentro de las causas iatrogénicas, destacan traqueotomías, amigdalectomías, cirugías de esófago... pero apenas hay casos descritos en relación a cirugía ortopédica del hombro, ni a bloqueos axilares. Los síntomas predominantes son dolor cervical y torácico, disnea y disfagia.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 72 años que en el postoperatorio de una descompresión subacromial sin incidencias, presenta un cuadro de disnea progresiva e inflamación de cara y cuello, que evoluciona hacia insuficiencia respiratoria aguda precisando de intubación orotraqueal.

Resultados: La paciente fue diagnosticada de enfisema subcutáneo facial y cervical acompañado de neumomediastino secundarios a la rotura de una bulla pleural. En el diagnóstico diferencial se tuvieron

que descartar la rotura traqueal durante la intubación, la lesión pulmonar intraoperatoria, la perforación o ruptura de vías respiratorias y esófago, e infecciones por microorganismos productores de gas.

Comentarios y conclusiones: El diagnóstico requiere una historia minuciosa, una buena exploración física y pruebas de imagen adecuadas. La incidencia es de 1 caso por 7.000 a 12.000 pacientes que acuden a un hospital y es propia de adultos jóvenes. La complicación más importante es la infección, siendo ésta poco frecuente, pero temible dadas las graves secuelas que puede ocasionar. Su tratamiento es conservador abarcando reposo, analgesia, antibioterapia profiláctica y control de constantes. De gran importancia será un diagnóstico precoz y la evolución, que generalmente es buena con recuperación satisfactoria.

CC-119. TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO EN PACIENTE CON CONDROMATOSIS SINOVIAL DE HOMBRO

S. Bartolomé García, D. García Rodríguez, A. Guijarro Valtueña, P.J. Torrijos Garrido, J. Jiménez Cristóbal, P. de la Cuadra Virgili, M. Zurrón Lobato y C. Zorzo Godes

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda.

Introducción y objetivos: La condromatosis sinovial es una patología proliferativa benigna consistente en una metaplasia del tejido sinovial con la consiguiente formación de múltiples nódulos cartilaginosos u osteocartilaginosos. Suele tener una presentación monoarticular y afectar a varones. La articulación más frecuentemente afectada es la rodilla, seguida de cadera y tobillo. La condromatosis sinovial de hombro es una rara afectación.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 42 sin antecedentes de interés que acude a nuestras consultas refiriendo omalgia de 4 meses de evolución sin antecedente traumático asociado. En la exploración física se objetiva rango articular completo, dolor a la movilización glenohumeral más acusado en los grados extremos de las rotaciones y leve dolor a la palpación de la corredera bicipital. En la radiografía simple se aprecia la presencia de cuerpos libres calcificados intraarticulares, que se confirman en las imágenes de resonancia magnética, junto con una hipertrofia de la sinovial hiperintensa en las imágenes potenciadas en T2. Se sometió al paciente a una artroscopia de hombro en posición de silla de playa, realizando extracción de cuerpos libres intraarticulares y amplia sinovectomía, confirmándose el diagnóstico de condromatosis sinovial con las muestras anatomo-patológicas.

Resultados: Se iniciaron movimientos pasivos de hombro a los 2 días, seguido de una rehabilitación intensa. A los 6 meses de la intervención, los controles son satisfactorios, habiéndose incorporado el paciente a sus ocupaciones habituales.

Comentarios y conclusiones: La condromatosis sinovial de hombro es una patología infrecuente que se presenta en la mayoría de las ocasiones con una clínica insidiosa, lo que puede retrasar y dificultar su diagnóstico. La cirugía artroscópica consistente en extracción de cuerpos extraños y amplia sinovectomía es una buena alternativa terapéutica para conseguir el objetivo de evitar la progresiva destrucción articular y prevenir las posibles recidivas.

CC-120. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS DE TERCIO DISTAL DE CLAVÍCULA

A. Gordillo Santesteban, E. González Pedrouzo, I. García Forcada, J. Calmet García y J. Giné Gomà

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Introducción y objetivos: Las fracturas de clavícula son una patología frecuente que representa del 4 al 10% de todas las fracturas

del adulto. El tratamiento de las que afectan al tercio distal es un tema controvertido sobre todo para la tipo II de la clasificación modificada de Neer. Varios autores postulan el tratamiento quirúrgico de entrada sobre todo para las de tipo II por el elevado porcentaje de retardos de consolidación, pseudoartrosis y desplazamientos secundarios en las tratadas ortopédicamente. Presentamos los resultados clínicos y funcionales de las fracturas de tercio distal de clavícula tratadas quirúrgicamente en nuestro centro en los últimos 20 años.

Material y método: Estudio retrospectivo de 8 casos que presentan fracturas de tercio distal de clavícula tipo II de Neer de etiología traumática. Serie de 7 hombres y 1 mujer, con una edad media de 30 años (límites de 13 a 51), tratados mediante reducción abierta y osteosíntesis con agujas de Kirschner asociado en el 50% de los casos a cerclaje. El tiempo medio transcurrido entre el accidente hasta la intervención fue de 0 días (límites de 0 a 3) excepto en uno de los casos que fue de 1 mes. Todos los casos precisaron hospitalización y requirieron rehabilitación postoperatoria. Se realizó valoración clínica y radiológica de los casos.

Resultados: El seguimiento postoperatorio medio fue de 6 años (límites de 1 a 16). Los pacientes presentaron una buena evolución postoperatoria, con mejoría clínica y un buen resultado clínico y funcional evaluado mediante la escala de Constant, DASH y EVA.

Comentarios y conclusiones: Consideramos que el tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta y osteosíntesis con agujas y cerclaje en la fase aguda de las fracturas de tercio distal de clavícula tipo II de Neer es una buena opción terapéutica dado el buen resultado clínico y funcional obtenido en nuestra serie.

CC-121. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE WEAVER DUNN PARA EL TRATAMIENTO DE SECUELAS DE LA LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR

A. Gordillo Santesteban, E. González Pedrouzo, I. García Forcada, J. Calmet García y J. Giné Gomà

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: Muchos pacientes con lesiones acromioclaviculares crónicas son asintomáticos, sin embargo, cuando los síntomas están presentes está indicada la reconstrucción acromioclavicular. El tratamiento consiste generalmente en la resección de la extremidad distal de la clavícula y estabilización del muñón clavicular mediante ligamentoplastia. Nuestro objetivo es valorar el grado de satisfacción y los resultados funcionales de pacientes con luxaciones acromioclaviculares crónicas sintomáticas tratados mediante la técnica de Weaver Dunn.

Material y método: Estudio retrospectivo de 9 casos de luxaciones acromioclaviculares crónicas tipo III y IV de Rockwood de etiología traumática. Serie de 8 hombres y 1 mujer, con una edad media de 38 años (límites de 21 a 59), tratados mediante reconstrucción según la técnica de Weaver Dunn asociada a fijación coracoclavicular con tornillos o cerclaje subcoracoideo de hilo. El tiempo transcurrido entre la lesión inicial y la reparación fue de 10 meses (límites de 8 a 15). Todos ellos realizaron tratamiento rehabilitador posterior. Se realizó una valoración clínica y radiológica de todos los casos.

Resultados: El seguimiento postoperatorio medio fue de 5 años. Los pacientes presentaron una buena evolución postoperatoria, con mejoría clínica y un buen resultado clínico y funcional evaluado mediante la escala de Constant, DASH y EVA. La totalidad de los pacientes se encuentra realizando el mismo trabajo previo a la luxación.

Comentarios y conclusiones: Dados los resultados de nuestra serie, consideramos que la reconstrucción acromioclavicular mediante la técnica de Weaver Dunn asociada a fijación coracoclavicular es una buena opción terapéutica para el tratamiento de las secuelas de luxación acromioclavicular en pacientes sintomáticos.

CC-122. PSEUDOARTROSIS FUNCIONAL EN PACIENTE CON ARTRODESIS DE HOMBRO

J.M. Ruiz-Andreu Ortega, P. Gray Laymon, P. García Ibáñez, J.M. Nieto Carrizosa, E.J. Salvador González, J. Suárez Fernández, R. Carrillo Dutor y A. Sanz Laguna

Hospital General Universitario de Móstoles. Madrid.

Introducción y objetivos: La osteotomía yuxtaarticular de cadera se introdujo por Rhea Barton en 1826 como método para mejorar la función de pacientes con anquilosis de cadera. Basándonos en sus principios, tratamos a un paciente con fractura de cuello quirúrgico de húmero aguda y artrodesis de hombro de larga evolución. El objetivo era conseguir una pseudoartrosis en la fractura para mejorar la función de la articulación artrodesada.

Material y método: Paciente de 81 años de edad con artrodesis glenohumeral derecha de 30 años de evolución. Incapacidad previa a la fractura para actividades como meter la mano en el bolsillo, o llevarse la mano a la boca. Balance articular: antepulsión 20°, abducción 30° y rotaciones abolidas. Fractura cuello quirúrgico del húmero. Inmovilización con cabestrillo antirrotatorio 3 semanas, con autorización posterior de movilizaciones progresivas.

Resultados: A los 6 meses de la fractura se ha conseguido una pseudoartrosis no dolorosa (EVA 2), con una mejoría para la realización de actividades de la vida cotidiana, como comer, peinarse, o llevar la mano al bolsillo. Su balance articular se ha incrementado notablemente, con antepulsión 80° y abducción 80°. Fuerza conservada MSD. El paciente se encuentra muy satisfecho con la técnica utilizada.

Comentarios y conclusiones: La técnica de Rhea Barton de osteotomía yuxtaarticular, o la utilización de sus principios para mejorar la funcionalidad de articulaciones anquilosadas o artrodesadas, es una solución eficaz, aunque poco común, ante problemas tan difíciles de mejorar como el paciente que nos ocupa en el caso.

CC-123. COMPLEJO BUFORD EN UN PACIENTE CON LUXACIÓN RECIDIVANTE GLENOHUMERAL

A. Jiménez Martín, F.J. Santos Yubero, M. Zurera Carmona, J.C. Ansede, J. García Díaz y S. Pérez Hidalgo

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las lesiones del labrum superior (superior labrum anterior posterior, SLAP) se han relacionado con el complejo Buford, de tal modo que Bents cifra su frecuencia en el 2.5% de las lesiones de SLAP, con una relación significativa ($p < 0,003$). Esta lesión se caracteriza por un ligamento glenohumeral medio, (LGHM) cordonal y la ausencia del labrum anterosuperior. Nuestro objetivo es presentar un caso hallado intraoperatoriamente en un paciente con luxación recidivante glenohumeral.

Material y método: Varón de 19 años con 2 episodios de luxación glenohumeral. Sulcus y aprensión positivos. O'Brien positivo. Neer, Hawkins, Jobe y Yochum negativos. Se realiza RNM: lesión de Bankart y sospecha de desgarro labral compatible con lesión de SLAP, Hill Sachs antiguo.

Resultados: Realizamos artroscopia de hombro, con identificación de complejo Buford y desinserción del labrum remanente. Se procede al retensado capsular con reinserción de fragmento labral con 2 arpones tipo Bioknotless y aproximación labral con el LGHM. Tras 4 meses de rehabilitación el arco de movimiento es completo, sin aprensión y con reintegración laboral.

Comentarios y conclusiones: El LGHM puede presentar una variante tipo Buford en el 1,2% de los cadáveres según Ide. Ilahi lo asocia al foramen sublabral de modo significativo ($p < 0,05$), hasta en un 75% para Williams. Se aprecia en un 56,6% separado del origen del LGH Superior y en un 43,4% en su origen. Este complejo se diagnostica mediante RNM con una sensibilidad del 0,94, especificidad del 0,80 y precisión del 0,90, con un intervalo de confianza del 95%.

CC-124. OSTEOSÍNTESIS EN FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE HÚMERO. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Morales Moreno, J.A. Pareja Esteban, C.E. Gebhard Lebrero, A. Aragó Olaguibel, P. Sierra Madrid, I. Vara Patudo, A. Gómez Martín y F. Viloria Recio

Hospital Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción y objetivos: La incidencia de fracturas periprotésicas de húmero es baja. El incremento de fracturas en el tercio proximal del húmero en pacientes mayores con mala calidad ósea, conlleva mayor incidencia de tratamientos protésicos y mayor número de fracturas periprotésicas.

Material y método: Acude a Urgencias una paciente de 78 años, tras caída casual que presenta dolor y deformidad en miembro superior derecho. La paciente sufrió una caída hace 8 años tratada conservadoramente con resultado pobre, desarrollando una omartrosis tratada posteriormente con una prótesis parcial anatómica de húmero. Las radiografías mostraban una fractura diafisaria periprotésica tipo B2 (clasificación de Vancouver). La paciente es intervenida quirúrgicamente realizando reducción abierta de la fractura, implante de un vástago más largo cementado y aporte de aloinjerto estructural alrededor de la fractura estabilizado con cerclajes. La existencia de una rotura no reparable del manguito de los rotadores justificó la implantación de una cabeza modificada de mayor radio de curvatura que articula con el acromion. La paciente sufre un cuadro infeccioso superficial que fue tratado satisfactoriamente mediante desbridamiento quirúrgico y antibioterapia intravenosa.

Resultados: A los 6 meses de seguimiento la paciente no presenta dolor, conserva una rotación interna completa y una abducción activa de unos 50°. No existen signos de infección activa. Radiológicamente no se aprecian signos de aflojamiento y existe una consolidación correcta de la fractura.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las fracturas periprotésicas de húmero supone un reto para el cirujano. Es importante realizar un análisis correcto respecto a la localización de la misma y al estado del implante ya que las pautas actuales de tratamiento se basan en estos aspectos. En fracturas tipo B2 el implante de una prótesis de vástago largo y cementado y la suplementación estructural con aloinjerto, constituye una alternativa quirúrgica.

CC-125. LUXACIÓN GLENOHUMERAL POSTERIOR BILATERAL CON LESIONES ÓSEAS ASOCIADAS

B.C. Zorzo Godes, C. Ramírez Feito, S. Bartolomé García, A. Guijarro Valtueña, A. Ortega Briones y M. Zurrón Lobato

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda.

Introducción y objetivos: La luxación glenohumeral posterior representa el 2% de las luxaciones glenohumerales. Su aparición bilateral es muy poco frecuente, pero no raramente asocian lesiones óseas importantes.

Material y método: Se realiza revisión bibliográfica de esta lesión con apoyo iconográfico a propósito del siguiente caso: Paciente de 51 años sin antecedentes personales de interés que acude al Servicio de Urgencias tras primer episodio de crisis tónica en el que es diagnosticado de luxación glenohumeral posterior bilateral. Se realiza reducción cerrada bajo anestesia general, comprobándose inestabilidad del hombro izquierdo. El TAC de control muestra fractura de Mc Laughlin bilateral.

Resultados: El paciente es inmovilizado con cabestrillos en rotación neutra durante tres semanas. A las 18 semanas alcanza un balance articular que le permite volver a la práctica deportiva ocasional sin dolor de reposo. Se realiza resonancia magnética objetivándose además Bankart labral invertido con pequeño fragmento intraarticular, que no es subsidiario de tratamiento quirúrgico.

Comentarios y conclusiones: Es necesaria la realización de pruebas de imagen complementarias para descartar lesiones asociadas a la luxación glenohumeral posterior bilateral. Las posibilidades terapéuticas abarcan desde la reparación artroscópica para la inestabilidad hasta la artroplastia.

CC-126. LUXACIÓN ANTEROINFERIOR DE HOMBRO Y LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL. CASO CLÍNICO

S. Gil González, A. Alier Fabregó, S. Martínez Díaz,
C. Torrens Cánovas y E. Cáceres Palou

Hospitales IMAS del Mar y la Esperanza. Barcelona.

Introducción y objetivos: En un primer episodio de luxación gleno-humeral existe un porcentaje no despreciable de lesión neurológica asociada (del 19% al 49%, según las series). El nervio afecto con más frecuencia es el axilar. Por el contrario, la lesión del plexo braquial es rara y complicada, siendo pocos los casos publicados en la literatura. Presentamos un caso de luxación antero-inferior de hombro asociada a paresia del plexo braquial.

Material y método: Hombre de 77 años de edad que presentó un traumatismo en el hombro izquierdo por caída mientras realizaba práctica deportiva. En el servicio de urgencias se diagnosticó de luxación gleno-humeral inferior y en la exploración se constató una afectación neurológica del nervio radial. Se redujo la luxación sin incidencias, permaneciendo la paresia radial, con leve recuperación sensitiva. Control a las 3 semanas, se objetivó mediante electromiograma la lesión de plexo braquial, con axonotmesis severa parcial de los troncos posterior, antero-medial y antero-lateral, que implicaba parálisis total de la extremidad.

Resultados: El paciente inició pauta de rehabilitación intensiva según protocolo, con mejoría funcional en el control de los 5 meses, persistiendo déficit dorsiflexión muñeca y apertura dedos. El EMG de control evolutivo demostraba signos claros de mejora, excepto la parte distal, que evolucionaba más lentamente.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones de hombro asociadas a lesiones de plexo braquial, tienden en general a una recuperación espontánea pero muy lenta, que puede alargarse muchos meses después del traumatismo. Por lo tanto, si bien la posibilidad de una intervención quirúrgica pudiera estar reservada para aquellos pacientes sin mejora clínica o electromiográfica, la rehabilitación intensiva es el tratamiento de elección para todos ellos. En nuestro caso, hemos constatado precisamente esta capacidad progresiva de mejora, vinculada sin duda al grado de lesión "parcial" de los distintos troncos nerviosos.

CC-127. FRACTURA BILATERAL DE HÚMERO PROXIMAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Guijarro Valtuña, C. Zorzo Godes, S. Bartolomé García,
A. Ortega Briones, J. Jiménez Cristóbal, M. Zurrón Lobato
y J.C. de Lucas Villarrubia

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de húmero proximal suponen el 2-3% del total de las fracturas que afectan a las extremidades superiores. La aparición simultánea de una fractura a nivel de ambas extremidades es una rara complicación que puede aparecer cuando está implicada una actividad muscular inusual como electrocución o convulsiones.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 37 años que sufrió fractura de húmero proximal bilateral como complicación de una crisis convulsiva secundaria a crisis de ansiedad. En el derecho se apreciaba una fractura tipo B1 y en el izquierdo tipo C3 de la OTA. Tras presentarse en sesión clínica, se optó por tratamiento conserva-

dor de MID. En el MII se realizó reducción abierta y fijación interna mediante placa Philos (Synthes) y aporte de sustituto óseo de hidroxapatita.

Resultados: Tras tres meses de terapia de rehabilitación para ambos brazos, y a los dieciocho meses de seguimiento el paciente evoluciona favorablemente.

Comentarios y conclusiones: La fractura bilateral de húmero proximal es una presentación extremadamente infrecuente pero no debemos olvidar que se describe típicamente en el contexto de un paciente electrocutado o que ha sufrido convulsiones. En estos casos, se hace prioritaria la rápida recuperación funcional del paciente ante la incapacidad prolongada que supone una inmovilización de ambas extremidades.

CC-128. ARTROPLASTIA DE RESUPERFICIALIZACIÓN GLENOHUMERAL EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

A. Jiménez Martín, F.J. Santos Yubero, M. Zurera Carmona,
F.J. Najarro Cid, S. Pérez Hidalgo, E. Gutiérrez Naranjo
y L. Madrigal Cortés

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: La osteonecrosis humeral proximal es una entidad infrecuente, asociada a traumatismos (15-30%), corticoides (5%), enfermedades de Caisson o Gaucher, drepanocitosis, alcoholismo (6-39%), lupus o insuficiencia renal. Nuestro objetivo es presentar un caso aislado en un paciente con colitis ulcerosa.

Material y método: Varón de 40 años, con antecedentes de colitis ulcerosa, con toma de salazopirina, que refiere omalgia izquierda de más de 8 meses de evolución, abducción limitada a 70° y gran dolor en las rotaciones. Radiografía: condensación cefálica parcheada. RNM: colapso subcondral, signo de "media luna" y vacío subcondral, compatible con un estadio III de Cruess. Gammagrafía: hipercaptación humeral proximal, así como en caderas. Dada la ausencia de mejoría con tratamiento médico-conservador se plantea la cirugía.

Resultados: Artroplastia de *resurfacing* humeral proximal, con cese del dolor a los 3 meses y abducción a 80°.

Comentarios y conclusiones: Uribe ha conseguido mejorías con esta prótesis, disminuyendo la escala VAS desde 7,5 a 1,6 puntos ($p < 0,001$), con mejoría en la flexión anterior (de 94° a 142°, $p < 0,001$) y con hasta $71,0 \pm 12,2$ puntos en el test de Constant para Fink. Hattrup ha alcanzado la satisfacción en el 79% de su serie. Para otros, como Raiss, la artroplastia de resuperficialización ha mejorado el test Constant desde los 20 a los 61 puntos ($p < 0,007$) en la rigidez postluxación glenohumeral, siendo útil también en el hombro neuropático de la siringomielia. Para Thomas, el offset mejorado desde los 3,8 a los 6,4 mm, ($p < 0,01$), es una de las causas de su éxito.

CC-129. PSEUDOARTROSIS INFECTADA DE HÚMERO PROXIMAL

B. Gutiérrez Narvarte, R. García Rodríguez, P. Morales Muñoz,
A.M. Martín Fuentes, P. Guerra Vélez, D. García Fernández
y J.M. Cano Egea

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Mujer de 62 años que un año atrás sufrió fractura desplazada en 3 fragmentos de húmero proximal derecho, tratada con placa bloqueada y sustitutivo óseo. Durante el seguimiento evoluciona desfavorablemente apareciendo dolor y limitación funcional persistente. Los reactantes de fase aguda (VSG y PCR) se encuentran elevados y la gammagrafía ósea demuestra un aumento de captación a nivel del foco de fractura. En la Rx simple se observa ausencia de consolidación y rotura del implante.

Material y método: Se interviene quirúrgicamente mediante extracción del material de osteosíntesis, lavado y desbridamiento y colocación

ción de espaciador con gentamicina. En el cultivo del material crece *Enterococcus aerogenes*, por lo que es tratada con antibióticos intravenosos. En un segundo tiempo se realiza extracción del espaciador y reosteosíntesis con clavo intramedular bloqueado y autoinjerto de cresta ilíaca.

Resultados: Actualmente se encuentra afebril, sin dolor, con marcas de infección en rangos normales y con progresivo aumento de función y consolidación radiológica.

Comentarios y conclusiones: La infección profunda es una causa poco frecuente de pseudoartrosis de húmero proximal, que se convierte en primer objetivo del tratamiento. Una vez erradicada la infección, la artroplastia y la reosteosíntesis se presentan como alternativas terapéuticas de actual controversia.

CC-130. FRACTURAS COMPLEJAS ARTICULARES DE HÚMERO DISTAL. SÍNTESIS CON TORNILLOS CANULADOS

D. Barastegui Fernández, E. Gil Rodríguez, M. García Portabella, J. Pedemonte Jansana, J. Massons Albareda, X. Mir Bulló y J. Nardi Vilardaga

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Exposición de 2 pacientes con fractura articular compleja troclear tratados mediante reducción abierta y fijación con tornillos canulados.

Material y método: Presentamos 2 casos de pacientes tratados en el servicio con sendas fracturas comminutas de paleta humeral a nivel cóndilo lateral (afectando la región troclear y capitellum) que fueron intervenidos mediante osteosíntesis con tornillos canulados previa reducción de los fragmentos.

Resultados: Los pacientes han presentado una correcta reducción bajo control escópico en el postoperatorio inmediato, sin observar incidencias durante el seguimiento posterior. Actualmente, uno de ellos se encuentra en fase de potenciación muscular con un BA aceptable que permite una vida normal. El otro caso se encuentra en fase de aumento de BA pendiente de nuevos controles.

Comentarios y conclusiones: La fracturas articulares de cóndilo lateral de paleta humeral son lesiones relativamente infrecuentes, pero que pueden causar una gran limitación de funcionalidad si su reducción no es correcta. El uso de tornillos canulados para la síntesis de los diversos fragmentos se considera una de las opciones principales para el tratamiento de estas fracturas. El objetivo primordial del tratamiento es conseguir una reducción anatómica de la fractura para posteriormente conseguir una funcionalidad máxima del codo afecto.

CC-131. FRACTURA COMPLEJA IPSILATERAL DE CLAVÍCULA Y ESCÁPULA. HOMBRO FLOTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Barastegui Fernández, M. García Portabella, J. Massons Albareda, X. Mir Bulló y J. Nardi Vilardaga

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: A propósito de un caso tratado en nuestro servicio por fractura ipsilateral de clavícula y escapula, con disociación escapulotorácica.

Material y método: Caso de un paciente joven, que tras sufrir traumatismo por accidente de tráfico acude a nuestro centro presentando dolor e impotencia funcional a nivel de hombro resultando en las pruebas de imagen fractura de tercio medio de clavícula desplazada con fractura comminuta de cuerpo escapular afectando ceja posterior de glenoides y cuello escapular.

Resultados: El paciente fue intervenido después de valorar el caso, decidiendo la síntesis exclusiva de la lesión clavicular con placa preconformada de clavícula, debido a la mínima afectación intraarticular

a nivel glenoideo y la conminución del cuerpo escapular, manteniendo el hombro fijado a nivel anterior con reducción aceptable de fractura escapular. El paciente presenta un postoperatorio correcto, con buen control radiológico de las fracturas.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones que afectan conjuntamente a clavícula y escapula, son lesiones infrecuentes que plantean un dilema respecto a su tratamiento más adecuado. Por regla general, en las series publicadas, se decide por una síntesis para estabilizar clavícula y fijando el hombro dejando a su evolución natural la consolidación a nivel escapular (siempre que no se afecte la porción glenoidea).

CC-132. LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR GRADO IV CON SEVERO DESPLAZAMIENTO CLAVICULAR POSTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. García Castro¹, N. Gorostiaga Pérez¹, L. Mendieta Axpe¹, A. Argoitia Ituarte¹, P. Igado Insa¹ y M. Lizaso Uriondo²

¹Hospital Txagorritxu. Vitoria. ²MC-Mutual. Vitoria.

Introducción y objetivos: La articulación acromioclavicular está involucrada a menudo en las lesiones traumáticas que afectan al hombro. El mecanismo de lesión más común es la caída sobre el hombro con el brazo en aducción. La clasificación de las lesiones se basa en la cantidad de lesión de los ligamentos acromioclaviculares y coracoclaviculares.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 30 años que sufre accidente de motocicleta con caída que reproduce el mecanismo de producción típico. La radiología confirma una luxación acromioclavicular grado IV, con desplazamiento posterior de la clavícula de forma severa que hace un ojal en el espesor del músculo trapecio. Se interviene quirúrgicamente, realizando reducción abierta de la clavícula y estabilización mediante técnica de Weaver-Dunn modificada y cerclaje coracoclavicular.

Resultados: El resultado estético y funcional es excelente así como la satisfacción por parte del paciente.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones de la articulación acromioclavicular son relativamente frecuentes. La decisión de tratamiento quirúrgico se basa en el grado de lesión. El tipo IV implica un desplazamiento posterior de la clavícula, en ocasiones en el espesor del músculo trapecio, que si no se reduce puede conducir a retracción e importantes secuelas en cuanto al aspecto y funcionalidad del hombro.

CC-133. OMALGIA E IMPOTENCIA FUNCIONAL TRAS ELECTROCUACIÓN

J.P. García Paños, F. García Zafra, A. Valcárcel Díaz, R. Cano Gea, J.R. Fernández Sánchez, J.J. López Martínez, R.A. Rodríguez Martínez y J.J. Parrilla Riera

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La luxación posterior de hombro constituye el 4% de todas las luxaciones de hombro. Hoy día hasta el 50% pasan desapercibidas de entrada. Se ha relacionado con contracciones musculares violentas repetidas (electrocución, convulsiones). Presentamos un caso clínico de fractura luxación posterior de hombro tras electrocución, su diagnóstico, tratamiento y evolución.

Material y método: Paciente varón de 34 años de edad que sufrió descarga eléctrica durante el desarrollo de su actividad laboral. A su ingreso en urgencias presenta omalgia derecha más impotencia funcional severa, quemadura en primera comisura de la mano derecha y erosiones en pierna izquierda. Se realiza estudio radiológico simple con proyección anteroposterior de hombro derecho objetivando fractura humeral proximal intraarticular desplazada, diagnóstico con el

que se traslada a nuestro centro. Ante la sospecha de luxación posterior glenohumeral por el mecanismo lesional se realiza proyección transtorácica que confirma el diagnóstico. Se completa el estudio con TC que evidencia la luxación posterior y el trazo de fractura incluyendo un 50% de la cabeza humeral más las tuberosidades. Se decide tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta vía deltopectoral y síntesis de la fractura con tornillos. Se inmoviliza el miembro en posición de rotación neutra y se prohíbe la rotación externa hasta pasadas 3 semanas.

Resultados: El paciente se encuentra asintomático, con balance articular completo a los tres meses de la intervención. Se reincorporó a su actividad previa sin secuelas. A los tres años de la lesión no se ha evidenciado ningún episodio de reluxación, inestabilidad residual, ni signos de necrosis de la cabeza humeral.

Comentarios y conclusiones: Es fundamental la sospecha clínica para evitar que las luxaciones posteriores de hombro pasen desapercibidas. La TC es útil para la planificación preoperatoria. En pacientes jóvenes con más de un 20% de defecto articular en la cabeza humeral y fracturas asociadas es preciso el tratamiento quirúrgico.

CC-134. LUXACIÓN DEL MENISCO INTRAARTICULAR EN PACIENTE CON ARTROSIS ACROMIOCLAVICULAR

J.P. García Paños, F. García Zafra, A. Valcárcel Díaz, R. Cano Gea, J.R. Fernández Sánchez, J.J. López Martínez, M.A. Moltó Precioso y P.A. Martínez Victorio

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El tratamiento inicial de la degeneración acromioclavicular es conservador, pero cuando fracasa se recomienda el tratamiento quirúrgico abierto o, actualmente por artroscopia. Presentamos un caso de *impingement* subacromial más artrosis acromioclavicular tratado por artroscopia con hallazgo de luxación del menisco intraarticular.

Material y método: Paciente de 56 años diagnosticado de tendinosis crónica del manguito rotador, pinzamiento subacromial y artrosis acromioclavicular remitido a consultas tras fracaso de tratamiento conservador previo. Presenta dolor a palpación acromioclavicular que aumenta con maniobra de aducción por delante del tórax y con rotación interna por detrás de la espalda. Las maniobras para provocación de *impingement* subacromial (arco doloroso y Neer test) resultan positivas. En la radiografía simple se aprecian cambios degenerativos acromioclaviculares que se confirman en RM, donde se aprecia además imagen compatible con bursitis y reducción del espacio subacromial con manguito rotador íntegro. El balance articular es completo con limitación dolorosa de la abducción. Se decide tratamiento artroscópico. En la exploración intraarticular no se encuentran hallazgos patológicos. En el espacio subacromial se evidencia bursitis, *impingement* anteroexterno, integridad del manguito y artrosis acromioclavicular encontrando menisco articular completo con luxación hacia espacio subacromial, degenerado e inestable. Se realiza bursectomía, descompresión subacromial motorizada, exéresis del menisco y resección distal de la clavícula según técnica de Mumford. Se inicia movilización precoz tras 5 días de inmovilización con sling.

Resultados: A los dos meses del tratamiento el paciente se encuentra asintomático con balance articular completo. La articulación acromioclavicular resulta indolora a la palpación sin signos de inestabilidad.

Comentarios y conclusiones: La artroscopia ofrece una solución a la patología acromioclavicular con mínima agresividad y buenos resultados. Todas las lesiones asociadas que puedan intervenir en la patogenia del dolor deben repararse. El hallazgo de un menisco inestable y degenerado es poco frecuente, pudiendo intervenir en la génesis del dolor.

CC-135. VALORACIÓN RADIOLÓGICA TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE HOMBRO: IMPORTANCIA DE OBTENER COMO MÍNIMO 2 PROYECCIONES ESTRÍCTAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.A. Trigueros Rentero, E. Sebastiá Forcada, S. González Parreño y F.A. Miralles Muñoz

Hospital General de Elda.

Introducción y objetivos: La exploración radiológica (serie radiológica) de la articulación glenohumeral, consta de una proyección anteroposterior estricta, una proyección transescapular y una axilar o oblicua apical.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente mujer de 68 años, con antecedentes personales de hipertensión y epilepsia, que fue intervenida de artroplastia inversa de hombro tras fractura de húmero proximal tratada ortopédicamente. Postoperatorio precoz sin complicaciones. En el control postquirúrgico inmediato se solicitó únicamente radiografía anteroposterior de hombro, sin evidenciarse alteraciones óseas o de orientación protésica. Se solicitó Rehabilitación inmediata y dada la evolución satisfactoria de la paciente, fue dada de alta hospitalaria a los 4 días postquirúrgicos. A los 3 y 6 meses de evolución, la paciente permanecía asintomática, con una movilidad activa de 90°/120° (abducción y flexión respectivamente), rotación interna al trocánter mayor y rotación externa a oreja. Al año y cuatro meses, la paciente refería molestias en el brazo con el ejercicio; presentaba flexión de 130°, abducción de 110°, rotación externa al cuello y rotación interna al glúteo. En el estudio radiográfico completo solicitado al año y medio aproximadamente de la intervención (proyección anteroposterior, axilar y transescapular) se puso de manifiesto la falsa vía del componente humeral con extrusión de la punta del vástago.

Resultados: Dado que la paciente presentaba molestias esporádicas que no le interferían en sus actividades cotidianas y el balance articular conseguido, se decidió no recambiar el vástago.

Comentarios y conclusiones: La finalidad de este caso clínico es poner de manifiesto la necesidad de realizar sistemáticamente, al menos 2 proyecciones radiográficas: anteroposterior y transescapular, sobre todo si se trata de cirugías articulares protésicas y en casos de una secuela de fractura previa, por presentar una anatomía alterada.

CC-136. TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE BANKART ÓSEO AGUDO

M.A. Pérez Fernández, A. Pérez Fernández y J. Fontserè Vallcorba
Trauma Salut. Sabadell.

Introducción y objetivos: La fractura del margen anterior de la gelenoides asociada a luxación de hombro, presenta un elevado índice de recidivas cuando es tratada conservadoramente; el tratamiento de elección es pues quirúrgico. Presentamos el caso de una paciente con lesión de Bankart óseo agudo tratada artroscópicamente.

Material y método: Paciente mujer de 33 años, que presentó luxación traumática del hombro izquierdo (no dominante) durante escalada libre, con reducción espontánea. A los pocos días presenta nuevo episodio de luxación, por lo que se inicia estudio por imagen. Por TC y RM se aprecia fragmento óseo de gelenoides anterior desplazado, no visible en la Rx inicial. Fue intervenida a las 3 semanas del accidente, mediante cirugía artroscópica, Lupine, reducción y síntesis con 2 anclajes biodegradables (Mitek, Norwood, MA) del fragmento de gelenoides anterior.

Resultados: La evolución postoperatoria fue favorable, con rápida reintegración laboral. A los 6 meses presenta un balance articular completo, indoloro, con reintegración deportiva al nivel previo a la lesión y sin episodios de reluxación hasta la fecha. En la TC de control se objetiva restitución de la morfología de la gelenoides.

Comentarios y conclusiones: En la actualidad, la mayoría de autores consideran a los defectos óseos de la glenoideas y cabeza humeral, como uno de los factores pronósticos más importante en la evolución de la luxación inicial a inestabilidad recidivante y luxación de hombro. De Palma recomendaba el tratamiento quirúrgico mediante reducción y osteosíntesis para fragmentos mayores del 25% de la superficie glenoidea o con desplazamiento superior a 10 mm. Cameron, que realizó el primer tratamiento íntegramente artroscópico de esta lesión, e Ideberg, proponían el tratamiento quirúrgico aún en fragmentos de menor tamaño.

CC-137. FRACTURA PERIESPACIADOR DE CEMENTO EN HÚMERO PROXIMAL

M. Ercilla Oyarzábal, C. González Roldán, I. Sancho González, M. Menéndez García, J. Ruiz Ruiz, M. Brun Sánchez, D. Sánchez Guardamino Sáenz y M. Gutiérrez Santiago

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción y objetivos: La incidencia de fracturas periprotésicas de hombro varía entre el 0,6 y el 3%. En casos de infección profunda protésica o de material, la utilización de un espaciador de cemento con antibióticos asociado a antibioterapia endovenosa es una práctica habitual en cadera y rodilla.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 71 años con antecedentes de hepatopatía y alcoholismo crónicos, que fue intervenido en nuestro servicio por fractura de húmero proximal en tres fragmentos mediante osteosíntesis con placa Philos. Posteriormente y tras infección profunda no controlada por SAMR a pesar de lavados quirúrgicos y antibioterapia endovenosa y desmontaje de la osteosíntesis, se procede a retirada de placa y de restos óseos necróticos, lavados quirúrgicos repetidos y colocación de un espaciador de cemento con vancomicina, que controla la infección. A los 9 meses se produce una fractura peri-espaciador tipo A de Wright y Cofield tratada de forma conservadora. 4 meses más tarde se produce otra fractura tipo B, que ha requerido retirada del espaciador e implantación de otro con vástago largo.

Resultados: Tras la inmovilización inicial postquirúrgica y pauta de rehabilitación, el paciente presenta una movilidad similar a la última intervención y no tiene dolor ni signos infecciosos.

Comentarios y conclusiones: La fractura tipo B periespaciador precisó una solución adaptada a las condiciones de este caso y creemos que es correcta para conseguir controlar la infección y el dolor, a pesar de la movilidad reducida.

CC-138. LUXACIÓN GLENOHUMERAL ANTERIOR BILATERAL TRAS CAÍDA CASUAL

P. Sánchez Angulo, F. Cebrán Córdoba, S. Amor Jiménez, P. Martínez Sáe y M.A. Sánchez Cañizares

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: La luxación glenohumeral anterior es muy frecuente en los servicios de urgencias, pero su presentación bilateral no lo es tanto. Se presenta el caso de una mujer de 63 años que presentó dicha patología tras una caída casual en su domicilio.

Material y método: Se presenta un caso de luxación bilateral glenohumeral anterior. Se procede a reducción de ambos hombros con maniobras de tracción-contratracción y a la posterior inmovilización con cabestrillo. Se vio a la paciente a las 3 semanas en consultas y se inició la rehabilitación de ambos hombros. Se pidió RMN a los 6 meses.

Resultados: La paciente se ha recuperado totalmente del hombro derecho y parcialmente del izquierdo tras un periodo de RHB de dos meses. En la RMN sólo se halló rotura parcial del supraespínoso izquierdo.

Comentarios y conclusiones: La luxación de hombro bilateral suele ser posterior y asociada al síndrome de las tres "E" (electrocución, epilepsia y traumatismos de alta energía). No suele ser anterior y menos frecuentemente se da en pacientes mayores tras caída banal.

CC-139. FRACTURA-LUXACIÓN POSTERIOR INVETERADA DE HOMBRO

R. Castro Salvador y B. Fernández Bran

Hospital POVISA. Vigo.

Introducción y objetivos: Las luxaciones posteriores del húmero pueden pasar desapercibidas cuando existen fracturas del extremo proximal del húmero o de la diáfisis. Estas luxaciones tienen una incidencia menor al 2%, sin embargo, es frecuente que asocien una fractura si la causa es traumática.

Material y método: Paciente varón 36 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias refiriendo dolor e impotencia funcional en hombro izquierdo tras caída accidental montando en bicicleta. En la radiografía de urgencias se objetiva fractura en 3 fragmentos subcapital de húmero sin desplazamiento, realizándose tratamiento conservador con cabestrillo. Tras 5 meses persiste limitación funcional sin dolor. Se realiza resonancia magnética nuclear evidenciándose una fractura-luxación posterior de la cabeza humeral en 3 fragmentos (troquíter, cabeza y diáfisis) sugestiva de luxación inveterada. Se realiza intervención quirúrgica a los 6 meses de la lesión, realizando: técnica de McLaughlin modificada por Neer.

Resultados: En el momento actual el paciente se encuentra asintomático y la movilidad se encuentra dentro de los rangos de normalidad.

Comentarios y conclusiones: La luxación posterior es difícil de diagnosticar: no hay deformidad clara del hombro y el brazo se mantiene en adducción y rotación interna. Sin embargo, una exploración física específica y un estudio radiográfico adecuado revelarán el diagnóstico. Las luxaciones posteriores ocurren frecuentemente en ancianos, pacientes psiquiátricos, convulsiones epilépticas y descargas eléctricas. En las luxaciones posteriores traumáticas se suelen asociar fracturas del reborde glenoideo posterior y de la porción proximal del húmero. La comúnmente asociada fractura compresiva de la fracción anteromedial de la cabeza humeral está producida por el reborde cortical posterior del rodete glenoideo. Esta lesión se denomina, a veces, "lesión inversa de Hill-Sachs". Suele aumentar de tamaño con las múltiples luxaciones posteriores del hombro, o puede observarse un gran defecto de la cabeza humeral en las luxaciones posteriores antiguas sin reducir, como es nuestro caso.

CC-140. LUXACIÓN GLENOHUMERAL POSTERIOR BILATERAL

R. García Rodríguez¹, F.B. Gutiérrez Narvarte¹, A.M. Martín Fuentes¹, P. Guerra Vélez¹, D. García Fernández¹, J.M. Cano Egea¹ y P. Morales Muñoz²

¹Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²Hospital Infanta Sofía. Madrid.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de un varón de 39 años que tras un episodio de electrocución accidental presenta dolor e impotencia funcional en ambos hombros.

Material y método: Las radiografías simples muestran signos compatibles con luxación posterior bilateral de hombro. La TC muestra lesión de Hill-Sachs invertido bilateral con una impactación de la cabeza humeral del 40% en el hombro derecho y del 20% en el izquierdo. Tras confirmarse la correcta congruencia articular de ambos hombros se opta por tratamiento ortopédico en el hombro izquierdo mediante cabestrillo en rotación neutra, y por tratamiento quirúrgico en el derecho. La intervención consistió en la elevación del fragmento osteocondral, relleno con autoinjerto de cresta ilíaca y síntesis con un tornillo de Barouk. Tras un periodo de inmovilización en abducción y rotación externa de este hombro se inicia la rehabilitación.

Resultados: A los 6 meses postoperatorios el paciente se encuentra libre de dolor y presenta un rango articular activo completo tanto en el hombro derecho como en el izquierdo.

Comentarios y conclusiones: La luxación posterior de hombro es una lesión de escasa frecuencia que debe sospecharse ante toda historia

de electrocuciones o convulsiones. En el 80% de los casos asocia un fractura impactación en la cara anterior de la cabeza humeral conocida como lesión de Hill-Sachs inverso cuya magnitud debe valorarse mediante TAC. Tras la reducción cerrada, la decisión entre tratamiento quirúrgico u ortopédico debe tomarse en base a la magnitud de la impactación cefálica y a la estabilidad postreduccional. Entre las técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento de esta patología destacan la trasposición del tendón subescapular, la osteotomía rotacional del húmero proximal, el empleo de alo o autoinjerto más osteosíntesis y la artroplastia.

CC-142. PSEUDOARTROSIS SINTOMÁTICA DE EXTREMO DISTAL DE CLAVÍCULA

S. Bartolomé García, M. Tristán Lozano, P.J. Torrijos Garrido, C. Ramírez Feito, P. de la Cuadra Virgili, M. Zurrón Lobato, A. Ortega Briones y C. Zorzo Godes

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda.

Introducción y objetivos: Las fracturas de clavícula son lesiones frecuentes, que suponen el 2,1% del total, siendo la mayoría debidas a un traumatismo directo. El índice de pseudoartrosis es mayor de lo que tradicionalmente se pensaba, alcanzando hasta el 30% cuando afectan al extremo distal. No obstante, sólo un 15% de las mismas son sintomáticas.

Material y método: Varón de 26 años que acude a nuestra consulta en diciembre de 2007. Tiene como antecedente una fractura de tercio externo de clavícula derecha tratada ortopédicamente en Francia en octubre de 2006. En el momento de la consulta el paciente refiere dolor ocasional en sus actividades habituales, que se incrementa con la práctica deportiva. A la exploración presenta una desviación del extremo distal de la clavícula hacia posterior, con dolor a la palpación en la zona y movilidad en foco, confirmándose mediante radiografía el diagnóstico de pseudoartrosis hipertrófica de clavícula. Se decide intervención quirúrgica, realizándose resección de foco de pseudoartrosis, aporte de injerto autólogo de cresta ilíaca y estabilización con placa en gancho de tercio externo de clavícula de 3,5 mm.

Resultados: Inició movimiento de penduleo a las 3 semanas. Se apreciaron signos de consolidación a los 4 meses de la intervención. Se procedió a la extracción de la placa a los 10 meses de la cirugía. A los 18 meses de la cirugía, el paciente no presenta ningún déficit funcional.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las fracturas de clavícula disminuye el riesgo de pseudoartrosis de un 5,9% a un 2,2%. La pseudoartrosis sintomática de clavícula es una lesión incapacitante que requiere de un tratamiento quirúrgico. La resección del foco, el aporte de injerto y la estabilización con placa es una opción con resultados excelentes en el 90% de los casos.

CC-143. ROTURA DEL PECTORAL MAYOR. EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

S. Burguet Girona, J.C. Fallone Lapi, J.E. Aroca Navarro, A. Pina Medina y E. Puchol Castillo

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: La rotura del pectoral mayor es una lesión rara. Se produce generalmente en varones jóvenes deportistas, y más del 50% de los casos durante el ejercicio de levantamiento de pesas. Su diagnóstico clínico es sencillo, y la resonancia magnética confirma, con buena correlación anatómica, el lugar y la extensión de la rotura. Existen varias opciones de tratamiento: inmovilización con cabestrillo, sutura directa o reconstrucción con injerto tendinoso en roturas de larga evolución. El objetivo es realizar una revisión actual del tema, ilustrado con casos tratados en la unidad de hombro.

Material y método: Se presentan 2 casos clínicos. Ambos fueron varones jóvenes que sufrieron la lesión realizando el ejercicio de press banca, pero acudieron a nuestro servicio con diferente tiempo de evolución, el primero 12 meses tras la lesión, y el segundo de forma precoz tras la rotura. Se describe el manejo diagnóstico y terapéutico, y los resultados en ambos casos. Asimismo se realiza una revisión bibliográfica de los últimos 20 años.

Resultados: Se propone un árbol de toma de decisiones de cara al diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Comentarios y conclusiones: La rotura del pectoral mayor puede ser tratada perfectamente de forma ortopédica si aceptamos el defecto estético que ocasionará en la parte anterior del tórax, y la ligera pérdida de fuerza de adducción y rotación externa. Sin embargo, en el grupo de población en el que esta lesión aparece (deportistas levantadores de peso y culturistas), estas limitaciones rara vez son aceptadas, estando indicado el tratamiento quirúrgico.

CC-144. ESTUDIO DE LA NEUROPATÍA SUPRAESCAPULAR VINCULADA A LESIONES QUÍSTICAS GLENOHUMERALES

A. Jiménez Martín, F.J. Santos Yubero, M. Zurera Carmona, S. Pérez Hidalgo, C. Moreno de Eguía y F. Huesa Jiménez

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: La neuropatía supraescapular vinculada a quistes labrales es infrecuente, como recoge Fehrman en su revisión bibliográfica (70 casos aislados). Los 18-21 mm de distancia desde el anillo glenoideo, determinan hasta un 34,24% de atrapamiento nervioso en esta región. Nuestro objetivo es constatar 6 lesiones quísticas labrales.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre 6 pacientes con lesiones quísticas labrales. Analizamos edad media, sexo, lateralidad, profesión, tipo de SLAP, lesiones asociadas, técnica quirúrgica, complicaciones, test de Rowe, Constant y UCLA, entre otros datos.

Resultados: 100% varones. Edad media de $37,6 \pm 5,6$ años, 50% derechos y 50% izquierdos. Hallazgos intraoperatorios: SLAP predominante, tipo I (66,7%). Lesiones del manguito rotador (50%), Hill-Sachs (16,7%). Compresión electromiográfica del supraescapular en el 66,7%. Descompresión subacromial en el 50% y reparación del SLAP con $1,7 \pm 0,5$ arpones por paciente. Resultados medios finales: Test Rowe: $97,5 \pm 2,8$ puntos; test de Constant: $80,5 \pm 10,4$ puntos y test UCLA $29,5 \pm 1,7$ puntos.

Comentarios y conclusiones: La RNM permite detectar hasta el 88% de los quistes labrales, especialmente frecuentes, según Tirman, en un 55% de los pacientes con inestabilidad glenohumeral o lesiones de SLAP. Tamaños superiores a 3,1 cm de diámetro se relacionan con atrofia y denervación supraescapular, aunque no significativa para Schroder ($p = 0,08$). Para Piatt, el tratamiento artroscópico de estos quistes ha supuesto un 97% de buenos resultados, frente al 53% del tratamiento conservador, aunque para Schroder este tratamiento conservador proporcionaría hasta 98 puntos en el test de Rowe.

CC-145. COMPRESIÓN DEL NERVIO SUPRAESCAPULAR SECUNDARIO A UN LIPOMA

F. Paulos dos Santos, A. García López, F. Martínez López, R. Navarro Ortiz, L. Martín Magaña y A. Aroca Cabeza

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción y objetivos: El atrapamiento del nervio supraescapular es una de las causas, de origen neurológico, menos frecuentes en el síndrome de hombro doloroso. Como causa inusual de atrapamiento, figura la compresión por un lipoma. Objetivos: 1) Describir el caso de un joven con dolor en hombro derecho, en el cual, al ser intervenido se detecta un lipoma comprimiendo este nervio. 2) Realizar una revisión del número de casos reportados con este hallazgo.

Material y método: Estudio descriptivo. Se utilizaron los datos obtenidos de la historia clínica del paciente en consultas sucesivas, antes y después de ser intervenido quirúrgicamente. Se realizó la revisión de publicaciones previas basadas en este tema.

Resultados: Al realizar la intervención quirúrgica, utilizando un abordaje abierto del hombro, se detectó un tumor, al cual se le realizó exéresis parcial. El resultado anatopatológico fue compatible con lipoma. En sucesivas revisiones clínicas y tras ejercicios de rehabilitación, la evolución del paciente fue favorable, con recuperación progresiva del déficit funcional y mejoría casi total del dolor.

Comentarios y conclusiones: El diagnóstico de la etiología del atrapamiento del nervio supraescapular, en ocasiones, sólo es posible de forma directa durante el acto quirúrgico. En tumores difundidos a través de las estructuras del hombro, no es posible la exéresis total del mismo, siendo necesaria la localización y liberación del nervio para obtener éxito en la intervención. A pesar de que los lipomas son mencionados en la literatura como posible causa de la compresión del nervio supraescapular, sólo hemos hallado un caso reportado previamente al nuestro.

CC-146. ENCLAVADO ANTERÓGRADO DE HÚMERO EN PATOLOGÍA DE HÚMERO PROXIMAL: REVISIÓN DE 23 CASOS

I. Eraso Lara¹, A. Tejero Ibáñez², F. Bravo Corzo¹
y C. Rodríguez Larraz¹

¹Hospital de Navarra. Pamplona. ²Hospital Reina Sofía. Tudela.

Introducción y objetivos: Presentamos una revisión de 23 pacientes intervenidos mediante enclavado rígido y anterógrado humeral en pacientes con fracturas traumáticas de húmero proximal, fracturas patológicas de tercio proximal y enclavados profilácticos.

Material y método: Revisamos a 23 pacientes con patología en tercio proximal humeral e intervenidos con clavos humerales colocados anterógradamente. Estudiamos variables como: edad, sexo, tipo de fractura (clasificación AO), demora quirúrgica, complicaciones que surgen. Los resultados funcionales los hemos valorado atendiendo la escala Constant.

Resultados: Nuestros resultados muestran que se obtienen mejores Constant según el tipo de fractura (mejores para tipo A; A2 mejor que A3). En general, el constan global es bueno-muy bueno. En algunos pacientes se ha detectado la movilización del material de osteosíntesis. En ningún paciente se ha observado necrosis de la cabeza humeral.

Comentarios y conclusiones: Nuestros resultados son acordes con los

publicados en otras series. Una buena indicación y rigurosa técnica quirúrgica sin agredir importantemente el manguito rotador, permitirán obtener buenos resultados en este tipo de pacientes. Sin embargo,

son precisos estudios con mayor potencia estadística y un mayor rigor científico para obtener resultados concluyentes.

INFANTIL (CC-147–CC-184)



SELECCIONADO COMO CANDIDATO A MEJOR PÓSTER

CC-147. EPIDEMIOLOGÍA, TRATAMIENTO Y RESULTADOS DE FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS DESPLAZADAS EN MENORES DE 3 AÑOS

M.L. Díez Berrio, T. Vivanco Jódar, S. Calvo Calvo,
R. Martí Ciruelos y A. Curto de la Mano

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas supracondíleas de húmero son una patología frecuente entre los 5 y los 7 años. Su incidencia en menores de 3 años es baja. Pretendemos analizar la epidemiología,

tratamiento y resultados de las fracturas supracondíleas quirúrgicas en menores de 3 años.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo, recopilando las fracturas supracondíleas en menores de 3 años tratadas quirúrgicamente en nuestro servicio entre 2000 y 2008. Analizamos sus datos epidemiológicos, tipo de cirugía, resultados, complicaciones, limitaciones funcionales y deformidades residuales.

Resultados: Encontramos 16 casos de fracturas supracondíleas en menores de 3 años, siendo más frecuentes en el sexo femenino y un predominio del brazo derecho y de las fracturas grado III de Garland. En ninguno existieron complicaciones vasculonerviosas. En todas se realizó reducción cerrada bajo anestesia general y síntesis con agujas de Kirschner por el lado externo. En dos de los casos fue necesaria una reintervención por pérdida de reducción. Las agujas fueron retiradas a los 23,4 días de media. Al alta, ninguno de los niños presentaba déficit en la extensión, 6 tenían una limitación de la flexión y otros 6 presentaron un cubitus varus residual, en todos los casos menor de 10°.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas supracondíleas en menores de 3 años representaron un 9% de todas las fracturas supracondíleas intervenidas quirúrgicamente en nuestro servicio. Los resultados funcionales fueron aceptables en todos los casos. Encontramos una alta incidencia de cubitus varus comparado con la literatura existente aunque en todos los casos la angulación fue leve. Podría deberse a la dificultad de reducción dado el tamaño de los pacientes y la presencia de un hueso inmaduro que dificulta el control radioscópico. Existen en la literatura pocos estudios en niños de las mismas edades, por lo que los resultados obtenidos son difícilmente comparables.

CC-148. ASTRÁGALO VERTICAL NO IDIOPÁTICO CONGÉNITO.

TÉCNICA DE CORRECCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Carrera Fernández¹, L. Soria Villegas¹, S. Cortes Alberola¹,
M. Embodas Farriols¹, M. Edo Llobet², M.A. Marín Cop²,
M. Almenara Fernández¹ y N. Ibáñez Aparicio¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, ²Centro Hospitalario Althaia. Manresa.

Introducción y objetivos: El astrágalo vertical es una patología que clásicamente se ha tratado mediante tratamiento quirúrgico. Los tratamientos correctores con yesos han dado un resultado no satisfactorio. Recientemente se ha postulado el tratamiento manipulativo mediante yesos correctores posicionando el pie en posición parecida al pie zambo en astrágalos verticales idiopáticos congénitos (no sindrómicos) Matthew et al., similar al sistema de Ponseti en el pie zambo. Al igual que en este sistema se realizan unas tenotomías percutáneas después de la colocación de los yesos y colocación de aguja percutánea talo-navicular.

Material y método: Presentamos el caso de un niño de 8 meses de edad que presenta síndrome polimalformativo fenotípicamente compatible con síndrome de Moebius. Presentaba luxación de cadera I, astrágalo vertical derecho, pie equino-varo izquierdo y pie talo-valgo derecho que fueron tratados con yesos de corrección y reducción abierta de la cadera. Siguiendo el método manipulativo mencionado, tras 5 yesos de corrección, se realizó la horizontalización del astrágalo mediante aguja de Kirschner percutánea realizando una síntesis talo-navicular, junto con tenotomía percutánea del tendón de Aquiles. Posteriormente se realizó la tenotomía percutánea del tendón tibial anterior. Se mantuvo la síntesis y el vendaje enyesado durante dos meses.

Resultados: Durante la intervención se obtuvo una corrección de la verticalización. A los 5 meses postintervención se mantiene dicha corrección. El aspecto clínico del pie ha mejorado notablemente.

Comentarios y conclusiones: Las manipulaciones seriadas junto con yesos de corrección sumado a la técnica quirúrgica percutánea, puede

permitir una buena corrección clínica, radiológica y funcional para el astrágalo vertical no idiopático (sindrómico). Los resultados son preliminares, pero creemos que esta nueva técnica manipulativa puede variar nuestra actitud de tratamiento de los astrágalos verticales congénitos.

CC-149. SABER ES PODER. UN BUEN EJEMPLO

C. Galindo Rubín, P. Galindo Rubín, V.M. Rupérez,
F.J. García García y M.D. Pérez Aguilar

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: Patología infantil extremadamente infrecuente, muy pocos casos reportados en la literatura. Paciente con fractura luxación radiocubital distal, conocida en traumatología infantil como “equivalente al Galeazzi”, precisamente por sus peculiaridades en este grupo de edad. El objetivo es dar a conocer uno de los datos más importantes, la necesidad de una reducción abierta en las muy pocas ocasiones en las cuales la reducción cerrada es imposible por la interposición de estructuras musculares y/o ligamentosas.

Material y método: Niño, 12 años, fractura equivalente al Galeazzi tras una caída. En Urgencias dolor e impotencia funcional. Piel en perfecto estado. Buen estado vasculonervioso. Se intenta reducción de la fractura-luxación, observándose a la exploración y en radiografías posteriores que la lesión es irreductible, por lo que se decide practicar una reducción y síntesis abiertas. En foco lesionado se observa la interposición del tendón del músculo extensor cubital del carpo que impide la reducción cerrada de la epífisis cubital distal. Se reduce el tendón y se observa desinsertado el ligamento triangular RCD que se reinserta. Síntesis radial y RCD con KW en radio y otra desde radio a cúbito.

Resultados: Tras inmovilización con férula braquo-antebraquial, se retira la síntesis de radio y RCD y comienza rehabilitación. Posteriormente se retiran las KW de reinserción del ligamento triangular. Recuperación completa sin secuelas.

Comentarios y conclusiones: La fractura de Galeazzi ocurre con poca frecuencia en niños y normalmente se puede tratar mediante reducción cerrada e inmovilización consiguiendo unos resultados óptimos. En los raros casos en los cuales no es posible conseguir una reducción cerrada hay que sospechar la presencia de tejidos blandos interpuestos y proceder a la reducción y síntesis abiertas.

CC-150. CORRECCIÓN DE DISMETRÍA FEMORAL TRAS EPIFISIODESIS SECUNDARIA A SEPSIS NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Aboli Martínez, C. Arriagada Valenzuela, E.J. Araiza Contreras,
L. Gutiérrez Sánchez, G. Hernández Fernández,
G. Gutiérrez Castanedo, F. García Gueme y A. Blanco Pozo

Hospital General Yagüe. Burgos.

Introducción y objetivos: La dismetría de EEII es una patología poco común y de diversa etiología en nuestra población pediátrica. Precisa de un tratamiento integral y seriado en las distintas etapas del crecimiento. Objetivos: observar y evaluar los resultados del tratamiento tanto conservador como intervencionista en la evolución de una paciente con dismetría de EEII.

Material y método: Revisión retrospectiva de la historia clínica, registrando edad, dismetría (cm), pruebas de imagen (Rx y TAC), anatomía patológica y tratamientos efectuados durante un periodo de 14 años.

Resultados: Paciente femenina, prematura 33 semanas, parto gemelar por cesárea, que sufrió sepsis neonatal desarrollando una epifisiodesis femoral distal izquierda. Durante el seguimiento se solventó la patología mediante alzas hasta objetivar dismetría de 3 cm a los 7 años de edad, momento en el cual se trató quirúrgicamente realizando epifisiólisis del puente óseo central mas injerto libre de grasa. Seguimiento

y manejo con alzas hasta los 14 años de edad cuando la dismetría aumentó a 4 cm, por lo que se optó por realizar una osteotomía femoral proximal y alargamiento mediante callostasis con fijador externo, mas tenotomía de los m. Aductores, corrigiendo el defecto hasta lograr 1 cm de diferencia entre las EEII.

Comentarios y conclusiones: La dismetría se debe a un gran número de causas, que se deben investigar para lograr el mejor resultado cosmético y funcional. Se puede asociar a otras alteraciones de la extremidad, como desalineación de ejes, angulaciones, etc. La indicación de alargar, acortar la extremidad, o combinar ambos procedimientos va a depender en primer término de la magnitud de la dismetría, teniendo en cuenta la talla del paciente, así como también las expectativas del paciente y su familia.

CC-152. DEFORMIDAD DE MADELUNG. EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMO SOLUCIÓN

M. Gutiérrez Santiago, S. García Mata, V. Baranda Areta,
M. Ercilla Oyarzábal, I. Sancho González, D. Sánchez Guardamino,
M. Brun Alonso y J. Ruiz Ruiz

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción y objetivos: La deformidad de Madelung es un trastorno del crecimiento infrecuente, generalmente bilateral y más frecuente en niñas. Consiste en un acortamiento de la porción distal del radio y una incurvación de su epífisis. El cúbito sigue su crecimiento normal, quedando en diferente plano. Se trata de una deformidad progresiva, escasamente sintomática, pero que en algunos casos hace necesaria la intervención quirúrgica.

Material y método: Presentamos el caso de 2 niñas con dolor insidioso a nivel de la muñeca, limitaciones en el arco del movimiento e incluso debilidad a la prensión. Se realizó una osteotomía tridimensional con osteosíntesis del radio distal y un acortamiento del cúbito.

Resultados: El resultado fue satisfactorio en ambos casos consiguiéndose un alivio del dolor y una restauración completa de la función, además de una mejoría en el aspecto estético de la muñeca.

Comentarios y conclusiones: La cirugía en la deformidad de Madelung impide la progresión de la misma, evita la inestabilidad de la muñeca y restaura la funcionalidad. Su indicación debe estar marcada por la edad, el grado de sintomatología y la demanda del paciente.

CC-153. FRACTURA EN MANGUITO DE LA RÓTULA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Gutiérrez Santiago, V. Baranda Areta, S. García Mata,
M. Menéndez García, I. Sancho González y M. Ercilla Oyarzábal

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción y objetivos: Las fracturas de rótula representan el 1% de las fracturas en los niños. Dentro de ellas las fracturas en manguito son las más frecuentes en los niños con esqueleto inmaduro. El mecanismo es el impacto directo junto con la contracción brusca del aparato extensor. Las fracturas en manguito se definen como fracturas avulsión del polo inferior de la rótula junto con cartílago articular, periostio y retináculo extensor. Con frecuencia se infravalora la importancia de este tipo de fractura, debido a que radiológicamente sólo se aprecia un pequeño fragmento óseo subcondral, mientras que todo el manguito articular y retináculo implicado no es visible.

Material y método: Niño de 9 años que sufrió caída accidental del monopatín que condujo con impacto directo sobre la rodilla izquierda. Clínicamente se aprecia tumefacción marcada, impotencia funcional para la extensión de la pierna y un hemartros moderado. El estudio radiológico demostró una rótula alta con un pequeño fragmento avulsionado en el polo inferior. El paciente fue sometido a una cirugía

urgente realizándose una reducción abierta y fijación interna mediante cerclaje de alambre en tirante y dos agujas de Kirschner.

Resultados: El resultado fue satisfactorio, recuperando la movilidad y funcionalidad completa del aparato extensor.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas en manguito de la rótula en los niños son fracturas infrecuentes que pueden pasar desapercibidas. Se necesita una buena calidad radiológica y un alto grado de sospecha para su diagnóstico. La reducción abierta y fijación interna, junto con una reparación exigente de las partes blandas, constituye el tratamiento de elección en este tipo de fracturas, obteniéndose excelentes resultados. Se deben descartar alteraciones del desarrollo del mecanismo extensor asociadas a dichas fracturas.

CC-154. ATRAPAMIENTO DEL NERVO RADIAL EN FRACTURA-LUXACIÓN DE MONTEGGIA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO EN NIÑO DE 4 AÑOS

M. Menéndez García, V. Baranda Areta, S. García Mata,
M. Ercilla Oyarzábal, I. Sancho González, D. Sánchez Gaurdamin,
M. Brun Sánchez y J. Ruiz Ruiz

Hospital Virgen del Camino-Clinica Ubarmin. Pamplona.

Introducción y objetivos: Para el tratamiento y pronóstico, hay que diferenciar entre las fracturas de Manteggiá recientes y las de diagnóstico tardío. La fractura del cúbito se observa radiológicamente pero la luxación de la cúpula radial en ocasiones puede pasar inadvertida entre el 25 y el 30% de los casos, convirtiéndose en una luxación crónica. La lesión del nervio radial tiene una incidencia entre el 10% y el 20%, en estas fracturas.

Material y método: Niño de 4 años, con fractura de Monteggia tipo III de Bado, diagnosticada como fractura metafisaria de ulna, sin apreciarse la luxación externa de la cabeza radial. Posteriormente, se aprecia subluxación de la cabeza del radio, y una parálisis del nervio radial. Se optó por actitud expectante para valorar la recuperación del nervio antes del planteamiento quirúrgico de la lesión de Monteggia tardía. 8 meses después del diagnóstico se realiza cirugía para resolver la lesión articular y para neurólisis del nervio, donde se aprecia una compresión del nervio radial por parte de la cabeza del radio. Abordaje de Boyd, liberación del nervio interóseo posterior, y se reduce la cabeza estabilizándola con aguja Kirschner transcapitelar. Osteotomía de cúbito de apertura posteromedial, fijada con placa de tercio de tubo. No se realiza reparación del ligamento anular.

Resultados: A los 4 meses de la liberación, se consiguió una clara mejoría clínica y funcional, con balance articular y movilidad distal normal.

Comentarios y conclusiones: La fractura luxación de Monteggia ha sido considerada de gran importancia por los graves trastornos que pueden acompañarla, por haber pasado desapercibida en un primer momento la luxación radio-humeral. Sin embargo hay pocos casos descritos en la literatura de atrapamiento del nervio radial, descrito después de la consolidación de la fractura de la extremidad proximal del cúbito en niños.

CC-155. LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA BILATERAL TRATADA QUIRÚRGICAMENTE A LOS 3 MESES DE VIDA

P. Rovira Martí, G. Jordà Fernández, C. Esteve Balzola,
A. Gordillo Santesteban y J. Giné Gomà

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: La luxación congénita de rodilla es un proceso infrecuente, que suele asociarse a desórdenes neuromusculares. Se divide en 3 grupos según la clasificación de Ferris: tipo I o recurvatum grave, tipo II o subluxación de la tibia sobre el fémur y tipo III o luxación completa.

Material y método: Recién nacido que presenta luxación bilateral de rodilla tipo III de Ferris, con un recurvatum de 50°. No presenta luxa-

ción de caderas ni pies equinos. Se realizan radiografías, ecografía y RNM en la que aparece rótula cartilaginosa bilateral y correcta formación de los ligamentos cruzados. Inicialmente se instauró un tratamiento ortopédico mediante tracción cutánea y posterior manipulación y yesos inguinopédicos. Dada la mala respuesta al tratamiento ortopédico, a los 3 meses de vida se interviene al paciente, realizándose reducción abierta de la luxación por vía anterior de ambas rodillas y colocación de nuevos yesos en flexión.

Resultados: A los 9 meses de evolución realiza una flexo-extensión activa de las rodillas con buen resultado radiológico e inicia la bipedestación con ayuda.

Comentarios y conclusiones: La luxación congénita de rodilla presenta buenos resultados tratada ortopédicamente. El tratamiento quirúrgico se centra en corregir las anomalías del aparato extensor, usando principalmente una plastia V-Y para permitir la flexión de la rodilla.

CC-156. DEFORMIDAD E IMPOTENCIA FUNCIONAL DEL BRAZO DERECHO EN RECIÉN NACIDA

R. Navarro Mont, A. Roselló Añón, J. Colado Domínguez,
V. Pellicer García y J. Baeza Oliete

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: Exponer un caso de patología infantil de baja incidencia como es la epifisiolisis distal de húmero desplazada (epifisiolisis) Los objetivos son conocer la entidad, su diagnóstico y manejo.

Material y método: El estudio radiológico realizado en urgencias, radiografías antero-posterior y lateral de codo fue informado como no concluyente. Aporta Resonancia Nuclear Magnética de miembro superior derecho, donde se observa epifisiolisis humeral distal con desplazamiento posterior de la epífisis del húmero. A continuación, se realizó una ecografía comparativa con el lado sano contralateral. En el estudio se observa una pérdida de la relación normal entre metáfisis y epífisis del húmero distal derecho, con desplazamiento posterior de la epífisis.

Resultados: Diagnóstico: epifisiolisis de húmero distal derecho tipo I de la clasificación Salter-Harris, con desplazamiento posterior, de posible causa obstétrica. Tratamiento Paciente decúbito supino se procede a reducción cerrada de la fractura mediante maniobra de tracción, flexión y manipulación directa del fragmento distal. Se comprueba con ecografía la restauración de la correcta relación del húmero distal, observando la estabilidad de la reducción. Se inmoviliza el brazo con férula braquio-palmar.

Comentarios y conclusiones: La epifisiolisis distal de húmero es una lesión infrecuente cuyo principal problema es la detección inicial de la fractura. En este tipo de fracturas, no se afecta la superficie articular en los trazos de la fractura, lo que hace que sea improbable una pérdida de movilidad aun produciéndose una consolidación defectuosa. El diagnóstico con radiología convencional suele ser difícil, sobre todo en niños con el cóndilo externo aún no osificado. Se puede sospechar ante un desplazamiento posterior y medial de cúbito y radio, aunque éstos mantengan entre ellos una correcta relación.

CC-157. TRASLOCACIÓN PROXIMAL RADIOCUBITAL POSTRAUMÁTICA. CASO CLÍNICO

R. Fernández Alba y A. Iribas Garnica

Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

Introducción y objetivos: Paciente de 12 años que sufre tras caída casual traslocación proximal radiocubital de codo izquierdo y epifisiolisis grado III cuello radio con gran desplazamiento. De urgencia se realiza reducción abierta y fijación interna con 3 agujas de Kirschner.

Material y método: Revisión bibliográfica de la lesión y ante la posibilidad de resección de cabeza radial como tratamiento de secuelas se revisa esta técnica en niños y sus resultados en la literatura.

Resultados: En el evolutivo se objetiva pseudoartrosis a nivel del cuello, asintomática, con movilidad completa del codo excepto déficit leve de supinación.

Comentarios y conclusiones: Aunque los pacientes revisados bibliográficamente con esta terrible lesión tienen restricción de la movilidad en nuestro caso y a pesar del a secuela de la pseudoartrosis el paciente presenta movilidad completa excepto déficit de supinación leve, comparable con el mejor resultado de la literatura. Afortunadamente esta lesión es muy rara describiéndose en la literatura sólo 4 casos de traslocación proximal radiocubital. Ante la posibilidad de tratamiento quirúrgico de secuelas por restricción de la movilidad dolorosa del codo se puede realizar la escisión de la cabeza del radio. En la literatura está técnica no es inocua en el esqueleto inmaduro, con la potencial necesidad de revisión debido a complicaciones derivadas.

CC-158. DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEJA DE SUDECK, SECUNDARIA A FRACTURA DE CUERPO DE ASTRÁGALO TIPO II EN LA INFANCIA, COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE

V.E. Gómez Palacio, M.L. López de Dicastillo Roldán y C. Arias Nieto

Hospital San Pedro. Logroño.

Introducción y objetivos: El síndrome de Sudeck descrito en 1900, sigue hoy día constituyendo un reto para la asistencia médica. Su poca accesibilidad diagnóstica junto con la diversidad de factores etiológicos que visten al trauma previo, su patología todavía no totalmente esclarecida y su terapéutica a veces controvertida, hace un cuadro clínico incomodo tanto para el enfermo como para el médico.

Material y método: Presentamos el caso de una niña de 13 años con antecedente de caída sobre pie derecho con la bicicleta, provocando fractura de cuerpo de astrágalo tipo II asociada a luxación subastragalina, tratada mediante reducción cerrada y osteosíntesis percutánea mediante aguja Kirschner e inmovilización con escayola, intervenida en otro centro. La paciente acude a las 8 semanas posquirúrgicas y se procede a la retirada de la inmovilización y aguja, y se permite la carga progresiva. En controles radiológicos posteriores se diagnostica de Síndrome de Sudeck, confirmados también por la clínica, trastornos tróficos y RNM. Se envió de forma urgente al servicio de rehabilitación y tratamiento médico con calcitonina intramuscular.

Resultados: A los 14 meses de la fractura y ya dada de alta en rehabilitación hacia 5 meses, la paciente tiene una correcta radiología y clínica. Realizando actividades físicas sin problemas.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de astrágalo son raras en los niños, las mayores complicaciones que se derivan de este tipo de fractura son la necrosis avascular de astrágalo, desviación en varo y limitación de la movilidad. Es infrecuente encontrarnos con un síndrome de Sudeck en los niños y menos como complicación secundaria a fractura de astrágalo, infrecuente en esta edad. Por tanto debemos tener en cuenta esta entidad para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.

CC-159. IMPOTENCIA FUNCIONAL EN CODO TRAS LUXACIÓN POSTERIOR EN NIÑO

A. Roche Albero, A. Sola Cordón, D. Iglesias Aparicio,
J. Gil Albarova y J.J. Bregante Baquero

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La luxación posterior de codo es una lesión relativamente frecuente en los servicios de urgencias pediátricos. Nuestra actitud se debe orientar hacia la reducción cerrada de urgencia y el control se las posibles complicaciones y secuelas.

Material y método: Paciente de 8 años que acude a la consulta por limitación muy importante de la movilidad de 3 meses de evolución: flexión 20°, extensión 25°, pronosupinación nula. Refiere como ante-

cedente una luxación posterior de codo hace 3 meses sin fractura que se trató en otro hospital mediante reducción cerrada de urgencia y se inmovilizó mediante un yeso braquial durante 3 semanas. Acude a nuestra consulta por la limitación e impotencia funcional.

Resultados: Se realizan radiografía simple y tomografía computarizada que objetivan una epifisiólisis de radio proximal, no encontrada en la radiografía inicial de la luxación posterior. Se decide realizar intervención: reducción abierta y osteosíntesis con dos agujas de Kirschner, colocando posteriormente un yeso braquial.

Comentarios y conclusiones: La fractura-epifisiólisis del cuello radial es una lesión infrecuente en los traumatismos del codo infantil. Dentro de éstas, la lesión de Jeffery se define como una epifisiólisis pura con desplazamiento total de la cabeza radial aparecida en menores de 16 años. En las fracturas epifisiólisis el mecanismo de producción más frecuente consiste en una caída con la mano en extensión y el codo en valgo forzado, mientras que la lesión de Jeffery se produce por una luxación posterior que ha precisado reducción cerrada. Tras reducir una luxación de codo se debe realizar un control radiológico para descartar complicaciones como la epifisiólisis de cabeza radial.

CC-160. CONDRODISPLASIA METAFISARIA TIPO SCHMID CON GENO VARO SEVERO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Valcárcel Díaz, C. Salcedo Cánovas, J.P. García Paños,
J.J. López Martínez, R. Rodríguez Martínez, R. Cano Gea,
R. Fernández Sánchez y M. Martínez Ros

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La condrodisplasia metafisaria de Schmid es una rara enfermedad ósea hereditaria (herencia autosómica dominante) provocada por el crecimiento anormal de las metáfisis de los huesos de brazos y piernas que tienen como manifestación clínica final una alteración en la marcha.

Material y método: Niña de 6 años de edad sin antecedentes de interés que consulta por presentar marcha oscilante a causa de piernas arqueadas. En radiografía y telemetría de miembros inferiores se ve un ensanchamiento metafisario de fémur distal y tibia proximal con varismo de rodilla. Se decide tratamiento quirúrgico debido a la gran deformidad y a la dificultad en la marcha realizándose hemiepifisiodesis temporal lateral en fémur distal y tibia proximal de forma bilateral con placas en "8".

Resultados: La evolución de la deformidad se ha detenido y se ha conseguido una disminución importante de la distancia intercondilar retirándose las placas usadas tras la hemiepifisiodesis.

Comentarios y conclusiones: La estabilización del crecimiento mediante la placa en 8 es un método conveniente de corrección, simple pero que precisa de una segunda intervención para la retirada de las mismas.

CC-161. FRACTURAS TRIPLANAS DE LA TIBIA DISTAL

C. Yela Verdú, J. Salvador Carreno, I. Marchán García,
A. Bartra Ylla y A. Bailez Arias

Hospital Universitario Mútua de Terrassa.

Introducción y objetivos: La región fisaria es la parte más débil del esqueleto en crecimiento siendo más resistente a la tracción que a la torsión. Las fracturas que afectan a la fisura pueden dar lugar a detención del crecimiento o deformidad angular. Las fracturas triplanas y las fracturas de Tillaux son las más características de esta zona.

Material y método: Hemos revisado 4 casos, 2 niños y 2 niñas, tratados quirúrgicamente mediante osteosíntesis con tornillos canulados en los últimos 24 meses, siendo la edad media de 13,75 años y el tiempo medio de seguimiento de 18 meses. Se realiza un seguimiento clínico y radiológico.

Resultados: Se consiguió la consolidación de las fracturas en un tiempo medio de 6 semanas. No se presentó ninguna infección. No se observaron desviaciones angulares ni alteraciones del crecimiento. No hubo ninguna otra complicación.

Comentarios y conclusiones: Aunque el tratamiento de elección de las fracturas de la infancia sea conservador, ante la imposibilidad de una buena reducción cerrada (desplazamiento menor de 2 mm), el tratamiento quirúrgico ofrece excelentes resultados funcionales y de consolidación, con una mínima agresión fisaria.

CC-162. SINÓSTOSIS RADIOCUBITAL CONGÉNITA BILATERAL EN GEMELOS

J. Ripalda Marín, I. Carbonel Bueno, J. Gil Albarova,
J. Bregante Baquero, A. Sola Cordón y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Sinóstosis congénita porción proximal de radio y cúbito es debida a fallo de segmentación longitudinal durante desarrollo intrauterino. Presente desde nacimiento suele descubrirse durante infancia por limitación funcional extremidad superior afecta o como hallazgo radiográfico incidental. Etiología es desconocida aunque se sospecha base genética. Puede ser proceso aislado o estar asociado a otras anomalías en contexto de un síndrome. Presentamos dos hermanos gemelos con sinóstosis radioulnar congénita bilateral.

Material y método: Acuden a consulta dos hermanos gemelos 6 años remitidos por pediatra para valoración de sinóstosis radiocubital bilateral descubierta casualmente hace un mes en unas radiografías. En exploración física se aprecia bloqueo de pronosupinación bilateral en posición intermedia con hipermovilidad rotacional compensatoria de muñecas. La madre no refiere limitación alguna de actividades diarias ni deportivas ni ninguna otra enfermedad. Se desconocen miembros familiares afectos. En radiografías se aprecia sinóstosis radioulnar proximal bilateral sin subluxación radiohumeral. Se decide abstención terapéutica, observación y controles sucesivos.

Resultados: Los pacientes continúan realizando las actividades propias de la vida diaria sin ningún impedimento, no refieren molestias ni disminución del balance articular de los codos ni muñecas.

Comentarios y conclusiones: Escasa frecuencia de esta patología conduce a menudo a retraso diagnóstico. Déficit funcional que ocasiona depende de severidad de la deformidad y uni/bilateralidad (40/60%). Inicialmente puede haber congruencia de articulación radiohumeral que en adolescencia se transforme en subluxación de cabeza radial. Por tanto, pacientes deben ser controlados a lo largo del crecimiento. Indicación para cirugía y técnicas todavía son algo controvertidas pero se relacionan con bilateralidad y grado de deformidad/discapacidad. Osteotomía derrotacional de radio y cúbito es único procedimiento quirúrgico útil.

CC-163. ALARGAMIENTOS TIBIALES POR DISMETRÍA SECUNDARIA A DISPLASIA DE STREETER

N. Medina León, M.I. Matamoros Hermoso y F. Camacho Serrano

Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: La displasia de Streeter o bandas de constricción amniótica es una patología infrecuente que se caracteriza por la aparición de bandas anulares concéntricas (parciales o totales, superficiales o profundas) en extremidades superiores, inferiores, tórax o abdomen. Pueden aparecer algunas malformaciones como: amputación de miembros, dismetrías, sindactilia, acrosindactilia, malformaciones cara, tórax, abdomen.

Material y método: Mujer nacida con displasia de Streeter banda de constricción amniótica a nivel 1/3 distal tibia) con las siguientes mal-

formaciones: amputación distal pie; pie talo, valgo, abducto; astrágalo vertical; angulación tibia antecurvatum (15°-20°) y varo (20-25°) y dismetría MMII: MII 5,1 cm más corto que MID.

Resultados: Fue sometida a diversas intervenciones para extirpar la banda y diversas zetoplastias. Con 8 y 12 años precisó dos alargamientos tibiales para corregir la dismetría existente entre ambos miembros inferiores. La paciente actualmente camina sin alzas ni bastones.

Comentarios y conclusiones: La displasia de Streeter es una patología infrecuente que se asocia en ocasiones con malformaciones de miembros inferiores que precisan corrección. En este paciente se planteó desde el nacimiento la duda entre tratamiento conservador y amputación. En nuestro caso la paciente con alargamientos tibiales ha evolucionado satisfactoriamente.

CC-164. AVULSIÓN DE LA TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

P. Castillón Bernal, D. Bosch García, D. Mateu Vicén
y J.L. Cabré Serres

Hospital Universitario Mútua de Terrassa.

Introducción y objetivos: Las fracturas de tuberosidad tibial anterior representan un tipo de fracturas poco frecuentes que afectan principalmente a varones adolescentes, produciéndose normalmente en actividades deportivas. Se cuestiona la relación entre el desarrollo histológico íntimo de la tuberosidad anterior de la tibia y la enfermedad de Osgood-Schlatter.

Material y método: Los tres casos observados por nosotros se dieron en adolescentes varones, que sufrieron una violenta flexión pasiva de la rodilla, coincidente con una contractura potente del cuádriceps o una violenta y brusca contracción del cuádriceps contra resistencia, en el curso de un ejercicio físico. Clínicamente los pacientes presentaban una importante tumefacción localizada a nivel de la tuberosidad tibial anterior, asociada a dolor e impotencia funcional para la flexo-extensión de la rodilla. El diagnóstico fue establecido mediante un estudio radiológico simple AP y lateral de rodilla. El tratamiento fue indicado según el tipo de fractura, de acuerdo con la clasificación de Watson-Jones. Un paciente fue tratado ortopédicamente (Grado I) con un yeso cruro-pédico 8 semanas. Los otros dos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente (Grado II), procediéndose a la reposición del fragmento en su lecho, a la osteosíntesis con dos tornillos de esponjosa de rosca corta y a la sutura del periostio perifractuario.

Resultados: Los resultados anatómicos y funcionales han sido excelentes.

Comentarios y conclusiones: Según la bibliografía revisada no se ha podido establecer una relación causal directa entre la enfermedad de Osgood-Schlatter y la avulsión traumática de la tuberosidad tibial anterior. Si bien el tratamiento conservador está descrito en los casos de menor desplazamiento del fragmento, el tratamiento quirúrgico es de elección cuando hay desplazamiento, obteniéndose normalmente muy buenos resultados funcionales y con muy pocas complicaciones.

CC-165. TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA SIMULTÁNEA A FRACTURA CLAVÍCULA IPSILATERAL

R.Y. Santana Suárez¹, J. Quintana Redondo², L. Valencia Sola³,
A. Rodríguez Hernández¹, F. Martín García¹, B. Romero Pérez¹,
J. Caballero Martel¹ y L. García Bordes⁴

¹Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. ²Hospital Materno Infantil de Gran Canaria. ³Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria. ⁴MC-Mutual. Barcelona.

Introducción y objetivos: La tortícolis muscular congénito es una anomalía de la postura de la cabeza. Se debe a una retracción del músculo esternocleidomastoideo, cuya compleja anatomía explica

perfectamente la desviación con inclinación homolateral y traslación y rotación contralaterales. La patogenia sigue siendo misteriosa, aunque es probable que se deba a un episodio isquémico prenatal más que a un traumatismo obstétrico.

Material y método: La imagen clínica es caracterizada por la triple desviación de la cabeza y el cuello con un déficit de rotación es superior a 10-15° y en la palpación del esternocleidomastoideo una tumefacción. Se le realiza una ecografía donde se diagnostica la torticis congénita. También se le realiza una radiografía donde nos muestra la fractura de clavícula. Se adopta una actitud expectante con las manipulaciones domésticas por los padres y un programa de reeducación por kinesiterapeutas a partir del 3.er mes de edad.

Resultados: El paciente ha evolucionado favorablemente y el déficit de rotación está a 0° y no hay rastro del pseudotumor en el esterno-cleidomastoideo.

Comentarios y conclusiones: Se presenta un caso inusual donde aparecen dos patologías diferentes torticis muscular congénita y la fractura de clavícula las cuales no están asociadas y una no es consecuencia de la otra y nos pueden llevar a la confusión en la opción terapéutica.

CC-166. FRACTURA-LUXACIÓN DE CODO EN LA INFANCIA CON FRAGMENTO INTRAARTICULAR

V.E. Gómez Palacio, M.L. López de Dicastillo Roldán
y J. García Puente

Hospital San Pedro. Logroño.

Introducción y objetivos: Las luxaciones de codo en los niños son raras, representando el 3% de las lesiones del codo. En las luxaciones posteriores se produce una considerable lesión de los tejidos blandos, con un riesgo asociado de lesiones neurovasculares y fracturas asociadas. Las radiografías rutinarias suelen ser diagnósticas pero deben analizarse detalladamente en búsqueda de fracturas asociadas (epicóndilo medial, cabeza de radio, apófisis coronoides, tríceps).

Material y método: Se presenta el caso clínico de una niña de 10 años que tras caída desde litera, presenta deformidad en el codo derecho. En la radiología presenta luxación posterior de codo, asociado a fractura de epítroclea, dicho fragmento se coloca de forma intraarticular. Se procede a la reducción de codo en urgencias, para alivio del dolor e inmovilización y para posteriormente realización de tratamiento de la lesión de forma urgente, aunque no había alteración neuro-vascular. Se realiza reducción abierta y fijación interna con 2 agujas Kirschner de la fractura, e inmovilización con yeso 3 semanas.

Resultados: Tras controles radiológicos se retiran las agujas y la paciente acude a rehabilitación. A los 3 meses la paciente tiene un correcto balance articular, y sin ninguna sintomatología.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones posteriores de codo, son entidades raras en los niños pero hay que saber tratar. Hay veces que con la simple reducción cerrada e inmovilización es suficiente. Pero debemos observar la radiología detalladamente ya que en ocasiones se pueden asociar a fracturas, cuyo fragmento puede quedar intraarticular y que nos puede pasar desapercibido, no consiguiendo un tratamiento óptimo de esta patología. También hay que tener en cuenta las complicaciones precoces (lesiones neurovasculares) y tardías (pérdida de movilidad, miositis, sinostosis...) que pueden aparecer.

CC-167. CIERRE FISARIO PRECOZ GLOBAL DE LA MANO TRAS EXPLOSIÓN EN UN NIÑO. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

S. García Mata y M. Menéndez García

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción y objetivos: Apenas existen casos de cierre fisario precoz global regional, y ninguno que afecte tan sólo a una mano. Existen muchas causas descritas originarias de cierre fisario precoz, pero nin-

guna explica completamente su ocurrencia en una zona regional localizada.

Material y método: Chico de 13 años que sufrió accidente por explosión de un cartucho de caza en su mano izquierda. Le produjo amputación del pulgar y de dos falanges distales. En pocas semanas se observó cierre de todas las fisis de la mano pero no del resto de la extremidad ni del lado contralateral. Se ha seguido al paciente durante doce años para valorar la evolución.

Resultados: Se produjo un acortamiento global de los dedos y metacarpianos de poco valor debido a que se encontraba en la preadolescencia. No podemos explicar una causa de ello pero la explicación más sencilla sería la hiperemia y la hipervascularización que se produce en esa zona podría acelerar el desarrollo fisario ya avanzado. A pesar de la dismetría de sus dedos puede realizar una vida normal.

Comentarios y conclusiones: Aunque no existe explicación demostrada, el cierre fisario global de la mano por explosión podría deberse a una estimulación de las mitosis en la capa de células hipertróficas de la fisis por hiperemia e hipervascularización regional temporal.

CC-168. LUXACIÓN ABIERTA DE TOBILLO SIN FRACTURA

S. Álvarez Ferre, R. Ureña Vicente, F. Soldado Carrera, C. García Fontecha y M. Aguirre Canyadell

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La luxación de tobillo es una patología poco frecuente, producidas en general por mecanismos de alta energía. Se combina una flexión plantar máxima con inversión o eversión del pie. Se han descrito distintos factores predisponentes, entre ellos esguinces, hipoplasia de maléolo medial, debilidad en los músculos peroneos y laxitud ligamentosa.

Material y método: Varón de 15 años tras accidente de tráfico (motocicleta) presenta una luxación anteromedial de tobillo derecho, con una herida inciso-contusa a nivel del tobillo de 220° y degloving de toda la almohadilla grasa del talón. También presentaba una fractura de meseta tibial ipsilateral. En un primer tiempo se redujo la luxación, con sutura del complejo ligamentoso medial y lateral. Se observó una trombosis de la arteria tibial posterior y lesión osteocondral de la cúpula astragalina. Durante el postoperatorio se produjo una necrosis del talón, decidiendo realizar en un segundo tiempo un colgajo libre del músculo dorsal con injerto mallado. En el postoperatorio se dejó en descarga, iniciando posteriormente tratamiento rehabilitador.

Resultados: Se consiguió un buena cobertura para el apoyo plantar, con cierta dificultad para el calzado.

Comentarios y conclusiones: La reducción inmediata de las luxaciones de tobillo disminuye las lesiones vasculares y nerviosas. Es importante intentar realizar una sutura capsular y reparación ligamentosa en el momento agudo. La dificultad para conseguir una buena cobertura en la región talar.

CC-169. CONTRACTURA ISQUÉMICA DE VOLKMANN TRAS FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE HÚMERO

A. Roche Albero, A. Sola Cordón, P. de Diego García, D. Iglesias Aparicio, S. Hamam Alcober y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La causa más frecuente de síndrome compartimental con la consiguiente contractura de Volkmann en la extremidad superior en niños es una fractura supracondílea del húmero. A menudo se asocia con la lesión y obliteración de la arteria braquial. En la mayoría de los casos la contractura isquémica de Volkmann en los niños se precede de reducción de la fractura y fijación con enyesado del codo en flexión.

Material y método: Niño de 6 años que acude a nuestra consulta remitido de otro centro para valorar actitud de antebrazo y mano tras

retirar el yeso de la extremidad superior por fractura supracondílea de húmero, intervenida hace 4 semanas en otro hospital.

Resultados: En la historia relata dolor continuo en la extremidad, principalmente los primeros días y semanas, tratado con analgésico sin acudir al médico, que ha ido cediendo con los días. A la exploración el niño presenta contractura en flexión en todos los dedos con extensión irreducible de la muñeca. Presenta discreta movilidad del codo, principalmente pasiva. Desde antebrazo existe paresia total de mediano, radial y cubital. Se diagnostica de contractura isquémica de Volkmann y se planifica la cirugía de las secuelas.

Comentarios y conclusiones: El síndrome compartimental es una complicación poco frecuente de las fracturas supracondíleas de húmero pero con gran repercusión funcional. Ante un paciente que presenta dolor intenso en una extremidad enyesada se debe retirar el yeso y descartar en primer lugar esta patología. Mínima flexión del codo, manipulación cuidadosa durante la reducción cerrada, estabilización con agujas percutáneas y un seguimiento clínico cuidadoso son los factores cruciales para la prevención del síndrome compartimental en este contexto.

CC-170. SECUELA DE ENFERMEDAD DE BLOUNT NO TRATADA

G. Vilà Canet, A. Alier Fabregó, X. Pelfort López
y P. Hinarejos Gómez

Hospitales IMAS-IMIM de la Esperanza y del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Blount (tibia vara infantil) es una alteración de la osificación de la fisis proximal medial de la tibia. Los resultados tras el tratamiento estarán influidos por la edad del paciente y el estadio de la enfermedad entre otros factores.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 16 años con una severa deformidad en varo de las dos piernas, dificultad para la deambulación y dolor de rodilla como secuela de una enfermedad de Blount juvenil. La radiología mostraba un varo tibiofemoral izquierdo de 51°, un varo tibial de 34° y un varo femoral de 14,5°. La rodilla derecha presentaba desviación en varo del eje mecánico de la extremidad de 38°, varo tibial de 17,4° y varo femoral de 10°. La rodilla izquierda se intervino primero mediante osteotomía de sustracción de 15 mm fijada con placa de estabilidad angular, posteriormente y tras una osteotomía de peroné se realizó osteotomía cupuliforme de tibia fijada con dos placas de estabilidad angular. Finalmente asociamos un retensado del complejo ligamentoso postero-medial. A las horas de la cirugía el paciente desarrolló un síndrome compartimental que requirió de fasciotomía. Cuatro meses más tarde se operó la rodilla derecha con el mismo procedimiento añadiendo fasciotomías preventivas.

Resultados: La telemetría 8 meses postop muestra una deformidad residual en varo de 14° en rodilla izquierda y 8° en rodilla derecha. Las superficies articulares están bien alineadas y no hay diferencias significativas en la longitud de las piernas. El paciente no tiene dolor y es capaz de andar sin ayuda.

Comentarios y conclusiones: Nuestro caso combinaba deformidad en varo tibial, femoral y desviación articular. Por esta razón decidimos realizar osteotomía combinada fijada con placas y retensado de partes blandas. Concluimos que en casos de deformidades a distintos niveles la corrección se debe realizar en cada uno de ellos.

CC-171. TUMORACIÓN ATRAUMÁTICA EN MALÉOLO PERONÉ. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Aboli Martínez, C. Arriagada Valenzuela, L. Gutiérrez Sánchez,
Y. Contreras Cidores, N. Lambán Mascaray, M. Mora Fernández,
E. Madero Madero y A. Blanco Pozo

Hospital General Yagüe. Burgos.

Introducción y objetivos: Los tumores óseos y de partes blandas en pacientes de edad pediátrica supone un porcentaje no despreciable

de patología tumoral siendo un auténtico reto para el especialista, ya que, de su diagnóstico temprano y correcto tratamiento depende la evolución del mismo, e incluso la vida del paciente. Objetivos: observar y evaluar el método diagnóstico empleado y los resultados del tratamiento quirúrgico en la evolución de un paciente con una tumoración en tobillo.

Material y método: Revisión retrospectiva de la historia clínica, registrando los datos de exploración clínica, pruebas de imagen (Rx, RMN, gammagrafía), anatomía patológica y tratamiento realizado durante un periodo de 13 meses.

Resultados: Paciente masculino de 9 años de edad, acudió a su pediatra por dolor y tumoración en región supramaleolar externa de un mes de evolución, sin traumatismo previo. A la exploración presentó dolor a la palpación de tercio distal de peroné, apreciándose tumoración a dicho nivel. Se realizó RMN y Rx que informaron de tumoración compatible con quiste óseo aneurismático o fibroma no osificante. Se decidió tratamiento quirúrgico realizándose extirpación, curetaje, relleno con injerto óseo sintético, y biopsia diferida que confirma el diagnóstico de fibroma no osificante. Evoluciona favorablemente, reinició carga de extremidad a los dos meses. Actualmente 6 meses de seguimiento, asintomático y sin recidiva.

Comentarios y conclusiones: El fibroma no osificante es una lesión pseudotumoral, de origen desconocido, y de evolución favorable. Es el pseudotumor más común en los niños. Afecta principalmente a las EEII. En la radiografía se observa una lesión radiolúcida, con adelgazamiento o insuflación de la cortical, de ubicación metafisiaria y excentrica. Clínicamente la mayoría son asintomáticos y corresponden a hallazgos radiográficos. El 99% se resuelve en forma espontánea, y la cirugía está indicada sólo cuando existe riesgo de fractura inminente.

CC-172. LUXACIÓN CONGÉNITA BILATERAL DE RODILLAS Y CADERAS. TRATAMIENTO INICIAL

M.A. Blasco Mollá y M.A. Fontestad Utrillas

Hospital Universitario la Ribera. Valencia.

Introducción y objetivos: La luxación congénita de rodilla, es una rara entidad, con una incidencia de 1 por 100.000 casos de recién nacidos. En un 33% se asocia a luxación de caderas. Con este poster queremos hacer hincapié en la excepcionalidad de la luxación congénita de rodillas y caderas, así como exponer gráficamente el manejo inicial de esta patología.

Material y método: Presentamos el caso de una niña, que nació a término con clínica de luxación bilateral de ambas rodillas, asociada a luxación bilateral de caderas. Se realiza estudio radiográfico y eco-gráfico confirmando el diagnóstico. Se trata de una luxación, completa grado III, según Niebauer y King, es decir que existe un desplazamiento anterior de la epífisis tibial por delante de los cóndilos femorales. Se descartan otras anomalías esqueléticas como pie zambo o luxación de codo y la relación con artrogriposis o síndrome de Larsen. Se inicia el tratamiento el primer día de vida con férulas isquiopédicas. Al principio, sólo se consigue la extensión de rodillas, por ello se confecciona una férula fija a 80° en abducción de caderas. La suficiente flexión de rodillas para colocar un Paulik se alcanza al mes de vida.

Resultados: Una vez se consigue la flexión completa de rodillas, se mantiene el arnés hasta los 4 meses para incentivar la flexión dinámica de las mismas.

Comentarios y conclusiones: Con este trabajo y tras la revisión bibliográfica, queremos destacar la excepcionalidad de la luxación congénita de rodillas y caderas, así como exponer gráficamente el manejo inicial con manipulaciones, férulas y ortesis. Se comprueba que, conformando yesos correctores desde el inicio, la evolución de esta lesión puede ser satisfactoria.

CC-173. DOLOR Y TUMEFACCIÓN RECURRENTES EN TOBILLO EN PACIENTE DE 13 AÑOS

A. Cienfuegos López, M.I. Holgado Álvarez, M. López Peláez y G. Fernández Moreno

Hospital Universitario Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Paciente de 13 años de edad, sin antecedentes personales de interés que a raíz de esguince de tobillo izquierdo, presenta cuadros repetidos de dolor, tumefacción e impotencia funcional en tobillo izquierdo, siendo tratado con inmovilización y AINEs, con buena respuesta clínica. Es estudiado con alta sospecha de osteomielitis crónica en calcáneo izquierdo.

Material y método: Dolor local a la palpación de calcáneo izquierdo, con signos leves de inflamación. No limitación de movilidad articular. Radiografía lateral pie izquierdo: lesión osteolítica en calcáneo izquierdo. RMN Tobillo Izquierdo: edema y desestructuración del calcáneo de probable origen inflamatorio/infeccioso. Gammagrafía Isótopo ^{99m}Tc : Lesión osteoblástica única en calcáneo izquierdo TC: área de esclerosis grosera con imagen radiolúcida en su interior, a nivel del cuerpo del calcáneo izquierdo, con ligero aumento de partes blandas asociada, compatible con osteomielitis crónica del calcáneo izquierdo. Se procede a punción biopsia con trócar de lesión en calcáneo bajo control de escopia.

Resultados: Se obtiene un fragmento irregularmente cilíndrico de tejido de coloración pardusca de 1,2 cm. ME: tejido óseo infiltrado por tumor maligno de células pequeñas con extensas zonas de necrosis tumoral. Inmunohistoquímico: inmunorreactividad positiva para CD99 y negatividad para CD45 (antígeno leucocitario común). Los hallazgos inmunohistiquímicos son muy sugestivos/compatibles con sarcoma de Ewing.

Comentarios y conclusiones: El sarcoma de Ewing es más frecuente en la 2.^a década de la vida, en diáisisis de huesos largos, con imágenes osteólisis irregular y reacción perióstica en "capas de cebolla". La clínica inespecífica, así como la localización en calcáneo poco frecuente (< 5% sarcomas de Ewing en pie) y estudios radiológicos no concluyentes retrasan el diagnóstico. El diagnóstico diferencial definitivo lo establece la biopsia; y si hubiese, el cultivo de la colección purulenta. Su tratamiento se basa en radioterapia (tumor radiosensible); exéresis y sustitución con calcáneo de banco de hueso; quimioterapia.

CC-174. CORRECCIÓN DE PIES PLANOS BILATERAL POR ASTRÁGALOS VERTICALES (PIES PLANOS CONVEXOS CONGÉNITOS)

A. Valcárcel Díaz, C. Salcedo Cánovas, J.P. García Paños, J.J. López Martínez, R. Rodríguez Martínez, J.J. Parrilla Riera, S. Vela Pardo y M. Martínez Rox

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El astrágalo vertical es el pie plano patológico más grave. Es una deformidad congénita que produce no sólo aplanamiento de la planta sino también una convexidad real de la planta del pie.

Material y método: Niña de 14 meses de edad, que presenta un cuadro de artrogriposis distal, que es valorada al nacimiento por nuestro servicio por presentar pies planos bilaterales por astrágilos verticales. Se inicio tratamiento por rehabilitación y se decidió tratamiento quirúrgico. En primer lugar se realizó alargamiento en Z de tendón de Aquiles y capsulotomía posterior; mediante un abordaje medial se realiza reducción de articulaciones escafo-astragalina previa desinserción de tendones tibial posterior y del ligamento calcáneo escafoideo inferior. Mediante abordaje lateral se realizó capsulotomía de articulación calcáneo cuboidea y calcáneo astragalina. Finalmente se estabiliza con dos AK una astrágalo-escafoideas-1.^a cuña-1.^º mtt y la otra de

forma transversal transcalcáneo englobada en yeso manteniendo la reducción e incluyendo la rodilla a 45º.

Resultados: Tras un periodo de seis semanas de inmovilización se retira yeso y agujas de Kirschner consiguiendo una buena corrección de los pies planos bilaterales.

Comentarios y conclusiones: La reducción de la luxación dorsolateral de la articulación astrágalo calcáneo escafoidea es fundamental para un desarrollo adecuado de los pies. Es imprescindible un diagnóstico precoz y una corrección quirúrgica a partir de los 4 o 6 meses de edad cuando el niño tenga un tamaño adecuado del pie.

CC-175. OSTEOTOMÍA FEMORAL DE EXTENSIÓN PARA TRATAMIENTO DE SECUELA DE EPIFISIOSESIS

G. Vilà Canet, L. Puig Verdie, J. Leal Blanquet, F. Montserrat Ramón y P. Hinarejos Gómez

Hospitales IMAS-IMIM de la Esperanza y del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: Algunas deformidades angulares, dismetrías o una combinación de ambas pueden ocurrir como secuela de lesión fisaria de extremidades inferiores. Es importante un diagnóstico precoz para evitar deformidades severas.

Material y método: Presentamos el caso de una chica de 13 años que sufrió una fractura de fémur distal no diagnosticada a los 6 años de edad en otro país. Presentaba dolor de cadera derecha, rodilla izquierda y cojera. El examen físico mostraba contractura en flexión de 40º en rodilla izquierda junto con un equino reductible y una dismetría de 10 cm. En la radiología destacaba un subluxación de la cadera derecha secundaria a la báscula pélvica y deformidad en flexión del fémur distal como consecuencia de la fractura. La telemedicina mostraba deformidad en varo izquierdo de 15º. Se realizó una osteotomía femoral distal de adición con el soporte de una placa lateral. No fue necesario un alargamiento tendinoso para corregir la contractura en flexión.

Resultados: A los 6 meses del postoperatorio la paciente camina sin dolor ni en rodilla ni en cadera. La radiología de control muestra consolidación de la osteotomía. La dismetría se ha reducido a 4 cm que se trata con una plantilla.

Comentarios y conclusiones: Es importante controlar las fracturas fisarias en los niños hasta el fin del crecimiento para detectar precozmente deformidades angulares o dismetrías. En deformidades angulares combinadas con dismetría, la corrección de la angulación puede conllevar una mejoría de la diferencia de longitud.

CC-176. EXOSTOSIS FAMILIAR MÚLTIPLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

J.C. Saló Cuenca, S. Gros Aspiroz, J.M. Cardona Vernet, A. García Trujillo y J. Boluda Mengod

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: La exostosis familiar múltiple u osteochondromatosis familiar múltiple es un trastorno hereditario autosómico dominante, con predilección masculina 2:1. Las lesiones se descubren generalmente a partir de los 2 años de edad. Nuestro objetivo es el estudio de un caso de exostosis familiar múltiple.

Material y método: Paciente de 13 años de edad. Antecedentes familiares de exostosis familiar múltiple (padre, tío y abuelo afectados). Presenta genu valgo bilateral con tumoración dura en cara externa rodilla izquierda que se ha hecho dolorosa desde hace 1 mes. El estudio radiográfico y RMN nos muestra un osteocondroma pediculado sin signos de malignidad. Se observan múltiples osteocondromas en el mapeo óseo compatibles con exostosis familiar múltiple.

Resultados: Se realiza exéresis mediante abordaje externo en rodilla. El resultado anatomo-patológico de la lesión nos informa de tumoración compatible con osteocondroma sin signos de malignización. El

paciente inicia proceso de fisioterapia tras intervención, con recuperación funcional completa a dicho nivel.

Comentarios y conclusiones: La indicación quirúrgica para cualquiera de los múltiples osteocondromas que padecen estos pacientes se establece fundamentalmente por dos causas: signos de compresión vasculo-nerviosa a nivel local o signos de malignización (aumento del tamaño o del dolor a nivel local, crecimiento tras el cierre fisis, cambios radiológicos). Conclusión: ante el aumento del dolor local en cualquier tumoración de pacientes afectos exostosis familiar múltiple debemos valorar la exéresis de la misma.

CC-177. EPIFISIODESIS TIBIAL DISTAL SECUNDARIA A SEPSIS MENINGOCÓCICA

J.M. Martín Enrique, J. López Olmedo, S. López Alonso,
E. Elena Sorando, D. Pescador Hernández y C. Corchado Villalba

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción y objetivos: Todas las circunstancias que afectan a la fisis pueden conllevar modificaciones del crecimiento óseo. Si la afectación fisaria es completa se provocará una disminución en longitud del hueso y si la afectación es parcial acarreará alteraciones angulares (varo, valgo, recurvatum) o incurvaciones óseas.

Material y método: Se presenta el caso de un niño de dos años de edad con antecedentes de sepsis meningocócica durante el primer año de vida, que conllevó la amputación de todos los dedos del pie izquierdo. Es atendido en consultas por presentar una desviación en varo del tobillo y pie. En el estudio radiológico se aprecia afectación de la fisis tibial distal provocando acortamiento e incurvación en varo de la tibia y una fisis peroneal normal que origina un peroné largo respecto a la tibia. Todo ello conlleva una desviación a interno del pie.

Resultados: Se trató quirúrgicamente mediante epifisiodesis distal más osteotomía de peroné y osteotomía valgizante de tibia con cuña ósea de peroné y síntesis con dos agujas de Kirschner. Con el tiempo se consigue un buen alineamiento óseo junto con unos buenos parámetros de movilidad, permitiendo al paciente caminar de manera normal.

Comentarios y conclusiones: Las alteraciones del cartílago de crecimiento conllevan con frecuencia malformaciones óseas que requieren de un tratamiento quirúrgico, el cual hecho de manera precoz suele ir acompañado de excelentes resultados funcionales.

CC-178. INFRECUENTE COMPLICACIÓN TRAS FRACTURA DE METACARPIANOS EN NIÑOS

P. Guerra Vélez, D. García Fernández, R. García Rodríguez,
B. Gutiérrez Narvarte, A. Martín Fuentes, J.M. García Siso,
R. Martí Ciruelos y A. Curto de la Mano

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: En los niños las fracturas de los metacarpianos son menos frecuentes que las fracturas de las falanges, y la consolidación es la norma.

Material y método: Niño de 22 meses de edad con aplastamiento de la mano izquierda. Se diagnosticó de fractura en falange proximal del segundo dedo, fracturas diafisarias del tercer, cuarto y quinto metacarpianos de la mano izquierda. A los 6 meses, no se veía callo en las fracturas del 4.^º y 5.^º metacarpianos, y se operó: reducción abierta con interposición de injerto de cresta ilíaca y osteosíntesis con una miniplaca de la fractura del 4.^º metacarpiano y con una aguja de Kirschner de la fractura del 5.^º metacarpiano.

Resultados: A los 3 meses de la cirugía las fracturas del 4.^º y 5.^º metacarpianos estaban consolidadas aunque con una sinostosis entre ambos metacarpianos. A los 10 meses se evidenciaba rigidez, con una flexión

de 25-30° de las articulaciones metacarpofalángicas de los 3 últimos dedos. A los 2 años la mano globalmente era muy pequeña y continuaba con gran rigidez.

Comentarios y conclusiones: No deberíamos cometer el error de no prestarles atención y hacerles un seguimiento inadecuado, sobre todo si son secundarias a un aplastamiento o fueron fracturas abiertas. Varias causas de pseudoartrosis en la mano: pérdida de hueso, una inmovilización inadecuada o sepsis. Es fundamental darle estabilidad al hueso con una cobertura viable de partes blandas. Falta de unión de la fractura metacarpiana sin pérdida ósea, el tratamiento más consensuado es la fijación de la fractura con agujas de Kirschner o con miniplaca e injerto óseo esponjoso. Cuando existe pérdida ósea, hay que restablecer la longitud normal del metacarpiano, con aporte de injerto óseo estructural y osteosíntesis mediante fijación interna con los procedimientos antes mencionados o incluso fijación externa con un minifijador externo. Los injertos óseos vascularizados se van usando poco a poco.

CC-179. DUPLICIDAD DEL DEDO PULGAR DE LA MANO DERECHA

A. Roche Albero, J. Gil Albarova, D. Iglesias Aparicio,
J.J. Bregante Baquero, A. Sola Cordón y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La polidactilia es una anomalía congénita con un gran rango de manifestaciones. Aunque la polidactilia se presenta aproximadamente en 1 de cada 1.000 nacidos vivos, la mayoría de estas malformaciones son rudimentarios esbozos de piel. Cuando la duplicidad no se acompaña de otra patología, suele ser unilateral y esporádica. Este caso describe la evaluación preoperatoria y el tratamiento de una duplicidad completa del dedo pulgar de la mano derecha.

Material y método: Niña de 14 meses afecta de dedo pulgar de mano derecha supernumerario. No presenta otros antecedentes patológicos. Realiza presión con ambos pulgares, mostrando discreto mayor uso del más medial. El estudio radiográfico mostró un único primer metacarpiano que articulaba con dos falanges proximales, y éstas a su vez con sus correspondientes falanges distales.

Resultados: Se realiza exéresis del dedo supernumerario, resecando las falanges proximal y distal, el tendón flexor (tenorrafia al tendón flexor del primer dedo restante) y realizando un cierre cutáneo cuidadoso. El paciente se recuperó sin incidencias ni trastornos tróficos o funcionales reseñables.

Comentarios y conclusiones: La polidactilia es la anomalía congénita digital más frecuente en la mano y el pie. Puede presentarse aisladamente o como parte de un síndrome. La cirugía es necesaria para crear un dedo único, funcional y estético. Se debe realizar una correcta reconstrucción de piel, uñas, hueso, ligamentos y elementos musculoesqueléticos.

CC-180. FRACTURA DISTAL DE FÉMUR EN NIÑO

S. González Parreno, M.L.A. Trigueros Rentero y R. Serna Berna

Hospital General de Elda. Alicante.

Introducción y objetivos: Varón de 6 años de edad que acude a urgencias por presentar dolor y deformidad en rodilla derecha tras ser atropellado por un tractor.

Material y método: Se procede a inmovilización miembro afecto con férula de Brawn y traslado urgente a quirófano. Realizándose reducción abierta con abordaje externo 1/3 distal fémur y síntesis mediante agujas "K". Posteriormente a la cirugía y tras recuperación del paciente en área de despertar se remite a Hospital de referencia para descartar probables lesiones vasculares asociadas. En el momento del traslado el paciente se encuentra asintomático y estable hemodinámicamente.

camente con pulsos tibiales y pedios presentes pero débiles. Descartándose lesiones vasculares el postoperatorio del paciente cursa sin incidencias siendo dado de alta con férula cruropédica y descarga.

Resultados: Dismetría clínica y radiológica, sin alteración angular, de aproximadamente 1,5 cm a los 2 años y medio. El paciente precisa de alza compensatoria en el momento actual.

Comentarios y conclusiones: La epifisiólisis tipo II de Salter-Harris es el tipo más frecuente de epifisiólisis de fémur distal. Según el desplazamiento, el medio-lateral es el más frecuente seguido por el anterior (caso actual). El objetivo del tratamiento es obtener y mantener una reducción satisfactoria, recuperar un balance articular funcional de la articulación de la rodilla y evitar futuros daños a la fisis. Se debe intentar la reducción cerrada pero dado que es necesaria una reducción anatómica, se precisa en ocasiones de la reducción abierta, sobre todo en casos con interposición de tejidos blandos (periostio o músculo). La síntesis con agujas de Kirschner o tornillos constituyen los métodos de elección. Entre las complicaciones de esta lesión con gran desplazamiento podemos encontrar la lesión vascular y la discrepancia de longitud de miembros inferiores y desaxación de la rodilla por cierre fisario precoz, lo cual puede precisar de tratamiento corrector a largo plazo.

CC-181. FRACTURAS DE ESCAFOIDES EN NIÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Aparicio García¹, A.A. Covaro¹, L. Torrededá del Río¹, V. Melero Tercero¹, O. Izquierdo Corres², J. Castro Ruiz¹, E. Cassart Masnou¹ y J. Asencio Santotomé¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Hospital Sant Boi. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas del escafoideas son lesiones raras en niños, constituyendo aproximadamente el 0,4% de todas las fracturas pediátricas. La osificación del escafoideas empieza alrededor de los 5 años y progresiva de distal a proximal hasta su completa formación a los 13 o 15 años según las series consultadas.

Material y método: Presentamos el caso de un niño de 13 años, que tras sufrir un traumatismo con la mano en hiperextensión, en contexto de una caída desde propia altura, sufrió una fractura de escafoideas de la muñeca derecha. Se procedió a la inmovilización de la muñeca con un yeso de escafoideas (incluyendo el pulgar).

Resultados: Tras 8 semanas de inmovilización se retiró el yeso objetivándose la consolidación de la fractura tanto clínica como radiológicamente. En el control de los 3 meses se objetivó un balance articular completo y no doloroso de la muñeca, con recuperación ad integrum y reincorporación a las actividades deportivas previas.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de escafoideas son una entidad poco frecuente en los niños con fisis abiertas. Las pseudoartrosis son infrecuentes y en muchos casos se deben a retrasos en el diagnóstico, por lo que no debemos olvidar esta entidad ante traumatismos en hiperextensión de la muñeca en niños. La mayoría de ellas responden al tratamiento conservador (inmovilización con yeso), sólo se indica tratamiento quirúrgico en el caso de fracturas desplazadas.

CC-182. AGENESIA DEL ARCO POSTERIOR DE C1. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Corominas Francés, J.C. López-Fanjul Menéndez, D. Núñez Batalla y A. Braña Vigil

Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Las fracturas de la vértebra atlas es rara, y los defectos congénitos del arco posterior son infrecuentes. Nosotros

describimos un caso interesante sobre una fractura del arco anterior asociada a un defecto congénito del arco posterior de C1.

Material y método: Paciente sano de 9 años, que tras sufrir traumatismo en el cuello durante la gimnasia escolar, presenta dolor cervical de meses de evolución. Ante la persistencia del dolor la madre lo remite al servicio de urgencias del Hospital. Se le realizan Rx y TAC objetivándose fractura con bordes esclerosos del arco anterior de C1, y ausente del arco posterior del atlas.

Resultados: El defecto congénito del arco posterior del atlas es una entidad muy rara. Es encontrado de manera accidental cuando el paciente sufre un traumatismo y comienza a presentar dolor cervical. Es importante diferenciar una fractura de una ausencia del arco posterior. Para ello hay que realizar las pruebas diagnósticas pertinentes Rx en flexión y extensión forzada y un TAC en 3D. Ya que la persistencia del tubérculo posterior tiene un aumento en la morbilidad y puede ser causa de patología neurológica. En este caso, el paciente tenía un tipo E según la clasificación de Curriano. Es un tipo muy infrecuente, en el que se presenta una agenesia completa del arco C1. En este tipo, no es preciso la RMN, en los casos C y D es preciso realizarla para demostrar la existencia del tubérculo posterior, y realizar exéresis del mismo, y del ligamento posterior entre C1-C2.

Comentarios y conclusiones: A la vista de este artículo, queda demostrada la necesidad de aplicar unos correctos métodos diagnósticos y es preciso realizar una RMN para cerciorarse de la existencia o no de la contusión de la médula.

CC-183. ESTENOSIS CONGÉNITA DE CANAL TORÁCICO

N. Mora Navarro, G. Pizá Vallespir e I. Sanpera Trigueros

Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca.

Introducción y objetivos: La estenosis congénita de canal torácico es una entidad poco frecuente. Puede ser localizada o difusa, pudiendo afectar a todo el segmento o sólo a una región. La estenosis central afecta al área entre las carillas articulares, pudiendo ser su etiología congénita, degenerativa/inflamatoria o metabólica. Dentro de la patología congénita (mucho menos frecuente), lo más destacable son las acondroplasias, las espondilolistesis congénitas, las escoliosis o cifosis y la forma idiopática. En la acondroplasia, el conducto está estrechado en sus medidas anteroposterior (altura del pedículo) y lateral (distancia entre los pedículos). El estrechamiento congénito idiopático suele afectar a una dimensión de la medida del conducto y el paciente es, por lo demás, normal. La clínica es una aparición insidiosa de síntomas. La claudicación neurógena es el cuadro clínico princeps cuando se establece la clínica. El diagnóstico es clínico y por pruebas de imagen como la mielografía o el TAC, aunque en niños se utiliza más la RM por ser no invasiva. El tratamiento es quirúrgico, cuando el dolor y las alteraciones neurológicas no desaparecen con medidas conservadoras. La cirugía se basa en una descompresión mediante laminectomía ± artrodesis instrumentada, según la estabilidad residual de dicho canal.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 16 años con pérdida de fuerza en extremidades inferiores y disminución de la sensibilidad en ambos muslos. Antecedentes de enfermedad de Crohn. La RM mostró una estenosis de canal dorsal alto, que finalmente fue catalogada como estenosis congénita T3-T4 con mielopatía secundaria.

Resultados: Se realizó descompresión e instrumentación de T2 a T5 con cifosis progresiva que preciso estabilización mediante prolongación de la instrumentación hasta T12.

Comentarios y conclusiones: La estenosis de canal torácico congénita es una patología poco frecuente de la que existe muy poca bibliografía al respecto. Presentamos nuestro caso, su buena evolución y una revisión de la literatura actual.

CC-184. LUXACIÓN C1-C2. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

L. Corominas Francés, J.C. López-Fanjul Menéndez y A. Braña Vigil

Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Se ha estudiado la historia natural de la subluxación rotatoria atlanto-axial C1-C2, seguimiento, diagnóstico diferencial y las causas probables. El objetivo de este trabajo, es dar a conocer la importancia de un correcto protocolo diagnóstico y terapéutico.

Material y método: Dos casos clínicos, con su correspondiente historia clínica, métodos diagnósticos, radiografías, TAC.

Resultados: Se parte de dos casos diagnosticados de Luxación rotatoria de C1-C2. Tras un minucioso estudio radiográfico y con escáneres en tres dimensiones, pudimos comprobar que sólo uno era realmente una luxación C1-C2. En el primer caso, llevó al error del diagnóstico de subluxación rotatoria C1-C2 atraumática, o también síndrome de Grisel. Este síndrome, fue en un principio sospechado, pero con la ayuda de las nuevas pruebas de imagen, se observó, que era debido a una complicación de la mastoiditis. Es de suma importancia realizar métodos diagnósticos de calidad, en un TAC con reconstrucción 3D, se observó que las masas laterales de C1 eran congruentes con C2, sin signos de luxación ni rotación de las mismas. En el segundo caso, una luxación rotatoria traumática. Precisamos un TAC helicoidal para el diagnóstico, observando la luxación C1-C2 rotatoria. En ambos casos se realizó el tratamiento oportuno con resultado satisfactorio.

Comentarios y conclusiones: Consideramos en general que la clave para un tratamiento efectivo es la sospecha clínica, realizar una exploración física correcta y complementarla con estudios de imagen de calidad. Para poder llevar a cabo el diagnóstico diferencial y realizar el tratamiento adecuado.

Resultados: Tras la colocación de la prótesis de revisión, la evolución del paciente ha sido satisfactoria. Ha seguido tratamiento rehabilitador durante los tres meses posteriores hasta alcanzar una flexión de 80° y una extensión de 5°. Actualmente, 12 meses después de la cirugía de revisión, no refiere molestias, camina con un bastón y no tiene interferencias para su vida diaria.

Comentarios y conclusiones: Las infecciones de material protésico por hongos son muy escasas en la literatura. A pesar de la poca repercusión sistémica se debe tratar al paciente como una artritis séptica y realizar un lavado de la articulación, colocación de espaciador e implantación de prótesis de revisión en un último tiempo.

CC-186. COLGAJO SÓLEO EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOMIELITIS CRÓNICA EN PACIENTES ANCIANOS

E. Elena Sorando¹, D. Pescador Hernández¹, J.L. Arranz López¹, P. Martínez Seijas², I. García Cepeda¹, A. Romo Melgar¹, E. Sánchez Casado¹ y J.P. Miramontes González¹

¹Hospital Universitario de Salamanca. ²Hospital Universitario Nuestra Señora de Aránzazu. San Sebastián.

Introducción y objetivos: El tratamiento de la osteomielitis crónica combina antibioterapia, desbridamiento óseo y reconstrucción del defecto con aporte de tejidos bien vascularizados. El colgajo muscular sóleo es una opción reparadora de elección para defectos localizados en el tercio medio de la pierna.

Material y método: Presentamos 2 casos de pacientes ancianos con defectos osteocutáneos tibiales secundarios a OTC en la infancia. El tratamiento quirúrgico en ambos casos consistió en desbridamiento óseo y cobertura con colgajo muscular sóleo e injerto cutáneo. Caso clínico 1: paciente de 72 años, con OTC desde la infancia, inactiva actualmente, afectación cortical tibial bilateral, presenta úlceras crónicas en el tercio medio con exposición tibial. Gammagrafía ósea no actividad osteomielítica captante. Caso clínico 2: paciente de 78 años, con OTC desde la infancia, inactiva en el momento de la cirugía, necrosis cortical anterior en tercio medio tibia izquierda con úlcera crónica. Estudio TAC delimita afectación ósea estable.

Resultados: En ambos casos se realizó desbridamiento óseo. Dissección del colgajo de distal a proximal, rotación y anclaje del músculo sóleo sobre el defecto creado, finalmente cobertura con un injerto de piel fina. Inmovilización con férula antiequina e inicio de deambulación en 2 semanas.

Comentarios y conclusiones: La vascularización doble del colgajo sóleo, mantiene la vitalidad del músculo con un único pedículo. Estudio preoperatorio obligado: anamnesis, exploración vascular, estudio microbiológico, estudios de imagen (Rx simple/gammagrafía/TAC/RNM/arteriografía). La edad avanzada es un factor de riesgo, ya que la incidencia de complicaciones como trombosis venosa profunda es mayor en ancianos. El colgajo muscular sóleo aporta buena cobertura para defectos localizados en tercio medio tibial sin limitar la deambulación, y con postoperatorio cómodo que no requiere larga inmovilización, situaciones de riesgo en el caso del paciente anciano.

CC-187. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE OSTEOMIELITIS CRÓNICA Y TUMOR ÓSEO

J. Muñoz Marín, A. Peguero Bona, M.E. Monge Vázquez, C. Bejarano Lasunción, S. Rebollo González y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La prevalencia de la osteomielitis subaguda/crónica ha disminuido en países desarrollados, pero todavía es relevante en países en desarrollo. Así, debemos tenerla en cuenta, principalmente en población inmigrante. Tanto su presentación clínica

INFECCIÓN (CC-185–CC-218)**CC-185. INFECCIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA POR CANDIDA**

R. Cibantos Martínez, J.F. Fajardo Romero, P. Menéndez Martínez, R. Laredo Rivero, J.L. Blázquez Carrasco, M.C. Rubio Álvaro, A. Santacruz Arévalo y C. Riquelme Sánchez

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: La infección es una de las peores complicaciones que puede surgir en la cirugía traumatológica. Habitualmente se trata de infecciones perioperatorias que suelen tener buena evolución con tratamiento quirúrgico inmediato y antibiótico. Mostramos un caso poco habitual de infección de prótesis total de rodilla por hongos posterior al período perioperatorio.

Material y método: Varón de 79 años. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial. Fibrilación auricular crónica en tratamiento con Sintrom. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Se realiza cirugía de prótesis total de rodilla por artrosis severa colocándose prótesis modelo TRI CCC cementada en un centro distinto al nuestro. A los 7 meses el paciente acude a consultas externas de Reumatología refiriendo tumefacción y dolor en dicha rodilla. Se realiza artrocentesis con cultivo positivo para *Candida sp.* Se inicia tratamiento con fluconazol. 1 mes después se interviene para extracción de prótesis y colocación de espaciador de cemento enriquecido con gentamicina. Los cultivos obtenidos durante la cirugía son negativos. El postoperatorio transcurre sin complicaciones. Se realiza seguimiento analítico hasta la normalización de los parámetros. A los 9 meses se realiza extracción del espaciador y colocación de prótesis de revisión.

como los estudios de imagen son muy inespecíficos, y hay que considerar otros posibles diagnósticos, como el tumor óseo.

Material y método: Tres casos de osteomielitis crónica, derivados a nuestra Unidad de Tumores por dolor insidioso, de meses de evolución, predominantemente nocturno, sospechando patología tumoral. Ninguno presentaba fiebre ni clínica sistémica, con analíticas inespecíficas. Dos pacientes africanos, de raza negra, de 27 y 34 años, y otro español, de raza caucásica, y 60 años. Presentaban diferentes localizaciones (fémur distal, tercio medio de húmero y tibia distal, respectivamente), pero similar presentación clínica.

Resultados: Las radiografías simples mostraron imágenes en vidrio deslustrado, con esclerosis endóstica, pero sin reacción periótica ni afectación de partes blandas. Se realizaron estudios de gammagrafía ósea y de resonancia magnética. Éstos últimos eran sugestivos de osteomielitis, mientras que los primeros eran inespecíficos, no pudiendo descartar patología neoplásica. Sólo la anatomía patológica y el cultivo de muestras biopsiadas permitieron un diagnóstico certero de osteomielitis crónica, apareciendo el *Staphylococcus aureus* como el agente etiológico en todos ellos. Los 3 casos fueron resueltos mediante tratamiento antibiótico, hallándose como única complicación un caso de fistula en el trayecto de biopsia, que precisó extirpación quirúrgica.

Comentarios y conclusiones: La osteomielitis subaguda tiene una presentación clínica insidiosa, sin claros signos de infección. El dolor de intensidad moderada es una característica casi constante. El diagnóstico definitivo sólo es posible mediante métodos invasivos de biopsia y cultivo, siendo las pruebas de laboratorio altamente inespecíficas, y los estudios de imagen, no del todo específicos. Los tumores óseos primarios malignos en huesos largos habitualmente asocian afectación de partes blandas, siendo rara la afectación exclusivamente intraósea.

CC-188. ABSCESO FÚNGICO SIMULANDO SARCOMA DE PARTES BLANDAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

N.M. Ibáñez Aparicio, A. Peiró Ibáñez, L. Trullols Tarragó,
I. Gracia Alegria, J. Majó Buigas y M. Almenara Fernández

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los bultomas en extremidades y tronco son hallazgos frecuentes, con presentación clínica similar, pudiendo corresponder a tumoraciones benignas y estructuras quísticas asentadas sobre epidermis y dermis, o neoplasias malignas que invaden estructuras profundas. Además, la diversidad de tumores junto con los sistemas de clasificación hacen que el diagnóstico correcto sea difícil.

Material y método: Presentamos el caso de un hombre de 43 años que consulta por un bultoma en borde radial de la muñeca derecha de un año de evolución que ha aumentado de tamaño últimos meses. El paciente se encuentra actualmente en tratamiento inmunosupresor por un trasplante renal. En la radiografía simple no se observa afectación ósea. Se realiza RMN que se informa como "imagen heterogénea de partes blandas sin compromiso óseo que obliga a descartar Sarcoma". Se decide realizar PAAF obteniéndose material para estudio histológico.

Resultados: Tras realizar el estudio histológico no se encuentran células malignas. Aparece una inflamación granulomatosa necrotizante con presencia de abundantes estructuras fúngicas (hifas y esporas).

Comentarios y conclusiones: Creemos que se trata de un caso interesante por la frecuencia de los tumores de partes blandas y la importancia del diagnóstico diferencial. Es muy importante ante la presencia de un bultoma la realización de una correcta anamnesis, exploración física y solicitud de pruebas de imagen. La radiología simple es la más utilizada para determinar la afectación ósea. La RMN para caracterizar la lesión y definir las relaciones anatómicas. La biop-

sia y el cultivo son indispensables para el diagnóstico definitivo. Se han encontrado casos de abscesos simulando sarcomas malignos, por eso es importante tomar muestras tanto para anatomía patológica como para estudio microbiológico.

CC-189. ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN CADERA: CASO CLÍNICO

N. Muñoz García, A. Santacruz Arévalo, J.F. Fajardo Romero
y A.F. Hermida Alberti

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Clásicamente la tuberculosis se asocia a factores de riesgo: infección por *Mycobacterium tuberculosis*, niños menores de cuatro años, inmunodepresión, corticoterapia, neoplasias y tuberculosis previa no tratada o mal tratada. Destaca la relación con situaciones de actualidad: VIH, marginalidad, trasplante y nuevas terapias biológicas.

Material y método: Paciente varón caucásico de 34 años, sin antecedentes personales de interés, con dolor y tumefacción en región trocantérica de fémur izquierdo de ocho meses de evolución sin antecedente traumático. Los antiinflamatorios orales no resuelven el episodio.

Resultados: La normalidad de analítica y bioquímica, sistemático de orina, velocidad de sedimentación y proteína C reactiva descarta la infección activa. La radiología simple presenta aumento de partes blandas adyacentes al trocánter mayor izquierdo y en la resonancia magnética aparece una masa sugerente de bursitis trocantérica. Se decide su extirpación quirúrgica para estudio. El análisis de la muestra descarta malignidad. El paciente evoluciona favorablemente tras la cirugía. La muestra de tejido sinovial es informada como reacción granulomatosa epiteliocelular caseificante con células gigantes de tipo Langerhans, altamente sugestivo de tuberculosis. Se realiza seguimiento en busca del diagnóstico de certeza, encontrándose resultado positivo de la tinción de Ziehl-Neelsen en la muestra de biopsia.

Comentarios y conclusiones: El diagnóstico de enfermedad tuberculosa osteomuscular se debe a los criterios: — Presencia de granulomas caseificantes en anatomía patológica sin otra causa que lo justifique. — Visualización de Bacilos Ácido Alcohol Resistentes (BAAR) en la biopsia. Los criterios son válidos para diagnóstico, apoyado por buena respuesta terapéutica y exclusión de otras causas.

CC-190. ARTRODESIS DE RODILLA MEDIANTE FIJADOR EXTERNO TRAS ARTRITIS SÉPTICA POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILÍN RESISTENTE EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

A. Ilzarbe Ibero, D. Sánchez Guardamino Sáez, M. Menéndez García,
M. Brun Sánchez, Martínez de Lecea Placer, L. Alzueta Zubiri,
I. Goñi Zubiri y C.F. González Roldán

Hospital Virgen del Camino-Clinica Ubarmin. Pamplona.

Introducción y objetivos: La artrodesis de rodilla es una opción quirúrgica frente a la amputación en pacientes con una infección rodilla no resuelta tras tratamiento mediante antibioterapia adecuada y limpiezas quirúrgicas sucesivas. La incidencia de artritis por gérmenes resistentes está aumentando y afecta generalmente a pacientes pluripatológicos, lo cual dificulta la resolución con tratamientos más conservadores. Presentamos un caso en un paciente con varios factores de mal pronóstico en el cual se resolvió el cuadro mediante la realización de una artrodesis con fijador externo.

Material y método: Paciente de 55 años con cirrosis hepática estadio C de Child y P., que presenta una artritis séptica de rodilla tras bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilín resistente de posible origen urológico. Tras tratamiento antibiótico mediante vancomicina y linezolid y dos limpiezas quirúrgicas artroscópicas presente una mala evolución clínica y radiológica con progresión a osteomielitis.

Resultados: El cuadro se resolvió mediante una artrodesis de rodilla conseguida mediante un fijador externo.

Comentarios y conclusiones: Las infecciones articulares por *Staphylococcus aureus* meticilín resistente están aumentando su incidencia. Generalmente afectan a pacientes con pluripatologías. Tanto la agresividad del germen como la situación del paciente obligan a ser agresivos en el tratamiento. La artrodesis es una opción quirúrgica en pacientes refractarios a tratamiento médico-quirúrgico y ha demostrado su eficacia en la resolución de la infección y en la obtención de una articulación estable y no dolorosa.

CC-191. ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO SANO

J. Bustillo Badajoz¹, S. Martínez Álvarez², E. Valero Iglesias³, M. Soria⁴ y R. Martín García¹

¹Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ²Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. ³Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ⁴Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: La articulación esternoclavicular no es localización habitual de artritis séptica aunque no resulta tan infrecuente con antecedentes como adicción parenteral a drogas, diabetes o artritis reumatoide. En preadolescentes sanos resulta realmente inusual. El diagnóstico puede ser complicado sin un cuadro florido, resultando más relevantes ecografía y resonancia que radiología simple. Nuestro objetivo será destacar la importancia de anamnesis y exploración en el diagnóstico y tratamiento precoz de esta patología.

Material y método: Niña de 12 años sin antecedentes, que acude tras 2 días de evolución de fiebre y malestar general, refiriendo como único antecedente traumatismo sobre hombro derecho 4 días antes. Se realizaron radiografías de ambos hombros y ecografía observándose subluxación esternoclavicular y distensión capsular sin derrame. La analítica reveló PCR 14,9 y 5.750 leucocitos, y se tomaron hemocultivos quedando ingresada para estudio de síndrome febril. Dos días después el hemocultivo resultó positivo para *S. aureus*, con PCR 18,6, VSG 36, 2.880 leucocitos con 20% cayados, pautándose antibioterapia específica con cloxacilina. La paciente no mejoró lo esperado persistiendo fiebre y aumentando la tumefacción y dolor esternoclavicular. Se interrogó a la familia que añade como antecedente paroniquia tórpida en dedo ipsilateral 1 mes antes.

Resultados: Una vez establecida la sospecha de artritis séptica esternoclavicular, el 3.^º día se realizó artrotomía, lavado y cultivo, observándose mejoría clínica inmediata y normalizándose PCR, VSG y leucocitos en 10 días. El cultivo confirmó *S. aureus*. 3 meses después, la paciente permanece asintomática con movilidad completa.

Comentarios y conclusiones: La artritis séptica es una patología pediátrica habitual, siendo sin embargo infrecuente su localización esternoclavicular sin factores predisponentes. Si a ello añadimos la inespecificidad habitual del cuadro, resulta fundamental la sospecha diagnóstica para el tratamiento precoz de una patología que puede tener graves consecuencias.

CC-192. INFECCIÓN BILATERAL DE ARTROPLASTIA DE RODILLA (PTR). DOS CASOS EN NUESTRO SERVICIO

D. Gallo Padilla, J.I. Eugenio Díaz y M.L. Galadí Fernández

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: La infección periprotésica es una de las complicaciones más graves que pueden acontecer en cirugía ortopédica electiva, pudiendo precisar la retirada del implante y otros actos quirúrgicos, que pueden comprometer el resultado funcional de la

articulación y la calidad de vida del paciente. El objetivo es valorar la evolución de dos pacientes con infección bilateral hematogena visitos en nuestro servicio.

Material y método: El primero es un varón de 78 años. Tras una infección urinaria y bacteriemia por estreptococo agalactiae, desarrolló un cuadro agudo de hidrartros y tumefacción en ambas rodillas, con fiebre y mal estado general. Tras artrocentesis se obtuvo líquido purulento con bioquímica compatible con infección; se realizó cirugía retentiva bilateral con cambio de ambos polietilenos. Siguió un tratamiento antibiótico posterior, normalizando los reactantes de fase aguda y recuperando la función articular. El segundo es un varón de 68 años. La PTR izquierda ya se había recambiado en 2 tiempos por infección periprotésica precoz, con resultado satisfactorio. Desarrolló un cuadro de infección periprotésica bilateral de carácter agudo, de probable origen hematogeno, aislando en cultivos intraoperatorios bilaterales *Staphilococcus capitis-capitis* resistente a oxacilina. Se optó por tratamiento retentivo en rodilla derecha (cambio de polietileno) y un nuevo recambio en 2 tiempos en rodilla izquierda, dados los antecedentes. El paciente fue tratado con antibioticoterapia durante varias semanas, normalizando progresivamente los reactantes de fase aguda.

Resultados: El estado actual de ambos pacientes es satisfactorio, no habiendo presentado nuevos episodios que pudieran justificar una nueva infección periprotésica.

Comentarios y conclusiones: La infección periprotésica tardía por diseminación hematogena y afectación bilateral no es frecuente en nuestra práctica clínica. En ambos pacientes el tratamiento obligó a una actuación urgente en ambas rodillas para lograr la resolución del proceso infeccioso.

CC-193. SÍNDROME LINFOCUTÁNEO POR NOCARDIA BRASILIENSIS

J. Sierra Oliva, E. Gil, R. Vélez, C. Amat, R. Morro, M. Pérez, X. Flores y J. Nardi

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las nocardias son actinomicetos aerobios saprófitos, bacterias habituales del suelo. Producen diferentes síntomas característicos, los más frecuentes la neumonía y enfermedad diseminada. Otros síndromes son la celulitis, el síndrome linfofilitáneo, el actinomicetoma y la queratosis. El síndrome linfofilitáneo se debe sobre todo a la *Nocardia brasiliensis*, existe una lesión típica pioderma en el lugar de la inoculación con ulceración central y supuración. A lo largo de los vasos linfáticos que drenan la lesión primaria a menudo aparecen nódulos subcutáneos. La forma linfofilitánea recuerda a la esporotricosis linfofilitaria.

Material y método: Mujer de 65 años que presenta un absceso en la base del cuarto dedo del pie izquierdo, con una linfofilitis y nódulos subcutáneos asociadas a una placa celulítica en la zona aductora. Como antecedentes destaca un traumatismo banal previo dos semanas antes del cuadro clínico. Se procede a un desbridamiento con obtención de muestras para cultivo y se inicia tratamiento con clindamicina endovenosa por ser alérgica a los beta-lactámicos.

Resultados: Los cultivos son positivos a *Nocardia brasiliensis* (filamentos grampositivos en forma de rosario) y se cambia el tratamiento a cotrimoxazol (tratamiento de elección) con una duración de 3 a 6 meses. La evolución es favorable, disminuyendo el dolor y los signos infecciosos (placa celulítica, cura de la herida).

Comentarios y conclusiones: Dada que es una entidad poco frecuente es importante realizar una buena historia clínica y exploración física. La linfofilitis es un signo bastante característico. Ante la sospecha clínica es conveniente sugerirlo al microbiólogo para que realice las técnicas de tinción adecuadas (tinción de plata, acidorresistente) y conocer que es un microorganismo de crecimiento lento.

CC-194. SACROILEÍTIS SUBAGUDA PLASMOCELULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.C. Carrasco Peinado, C. Vicario Espinosa,
M.G. Puerto Vázquez y J. Hurtado Bello

Hospital Nuestra Señora del Prado. Toledo.

Introducción y objetivos: La afectación infecciosa de las articulaciones sacroilíacas es muy poco frecuente en adultos. Con frecuencia su diagnóstico se retrasa debido a la inespecificidad de los síntomas. Presentamos un caso muy poco frecuente de osteomielitis crónica de la articulación sacroilíaca en un adulto.

Material y método: Se trata de un varón de 39 años que presentó cuadro de dolor en región glútea derecha irradiado a cara posterior de muslo de 6 semanas de evolución y que no cedía con los tratamientos analgésicos habituales. No refería antecedente traumático. En la exploración presentaba aumento del dolor con la elevación de la pierna derecha, así como una maniobra de Fabere positiva, sugerente de patología sacroilíaca. La exploración neurológica era normal. El estudio radiológico simple no mostraba ninguna alteración significativa. Se realizaron diversas pruebas diagnósticas, en las que destacaba un aumento de la VSG y de la PCR. Se realizó una RMN que, semanas más tarde fue informada como Osteomielitis subaguda plasmocelular. También se realizó estudio con TAC, encontrándose un área de osteólisis alrededor de la articulación sacroilíaca. Se tomó una biopsia ósea a cielo abierto de la sacroilíaca. Los cultivos fueron positivos para SAMR. Se instauró tratamiento antibiótico. El resultado del estudio histológico fue Osteomielitis subaguda plasmocelular.

Resultados: La evolución sintomática fue satisfactoria, con disminución de la intensidad del dolor y de las necesidades de analgésicos. El paciente retornó a su trabajo (mecánico de automoción) a los 3 meses.

Comentarios y conclusiones: La sacroileítis infecciosa es una patología poco frecuente y de manifestaciones clínicas inespecíficas, lo que con relativa frecuencia conduce al retraso diagnóstico. El diagnóstico definitivo se suele obtener con la combinación de clínica y radiología compatibles más la confirmación microbiológica del cuadro. Al tratarse de un cuadro histológico de osteomielitis crónica, creemos que es posible la recidiva del cuadro infeccioso agudo.

CC-195. A PROPÓSITO DE UN CASO DE FIEBRE MEDICAMENTOSA

N. Gorostiaga Pérez, E. García Castro, E. Ayerdi Salazar,
P. Igado Insa, A. Argoitia Ituarte y L. Mendieta Axpe

Hospital Txagorritxu. Vitoria.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un paciente con fiebre medicamentosa tras fasciotomía por síndrome compartimental.

Material y método: Paciente de 41 años con paraplejia a nivel de T7 postraumática que presenta fractura de fémur distal supra-intercondílea C-3. Se le trata quirúrgicamente mediante osteosíntesis con placa peri-loc, observándose durante el acto quirúrgico aumento de la presión intersticial en el compartimiento osteofascial que impide el cierre primario de la herida quirúrgica. Los cultivos de la herida quirúrgica son positivos por lo que se trata con antibioticoterapia i.v. según protocolo. Progresivamente la presión intersticial va disminuyendo permitiendo el cierre de la herida quirúrgica. El paciente presenta picos febres desde la intervención, que ante el buen aspecto de la herida quirúrgica, obliga a pensar en una posible osteomielitis. Se le realiza un TAC en el que se observa una pequeña colección líquida que es drenada bajo control ecográfico con cultivos negativos. En el TAC de observan también pequeñas burbujas de aires en cóndilos femorales, que se biopsian bajo control ecográfico, resultando también todos los cultivos negativos.

Resultados: Ante la negatividad de todas las pruebas se piensa en el origen medicamentoso de la fiebre, procediéndose a la retirada de los antibióticos i.v con remisión completa del cuadro.

Comentarios y conclusiones: Los fármacos representan una causa frecuentemente olvidada de fiebre. Según algunos autores los fármacos constituyen la causa de la fiebre en 1 a 3% de los pacientes con diagnóstico de fiebre sin foco de origen evidente y en 5 a 10% de los pacientes hospitalizados por causas médicas.

CC-196. SACROILEÍTIS INFECCIOSA, LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE DE OSTEOMIELITIS EN ADOLESCENTES

G. Calbet Montcusí, A. Ruiz Guillén, V. López de Frutos,
E. Valera Costa, M. Alsina Pujol, A. Chiquillo Llauradó
y J. Coloma Saiz

Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

Introducción y objetivos: La sacroileítis infecciosa es una entidad poco común en adolescentes en la clínica diaria. Su diagnóstico sigue siendo un reto por la inespecificidad de los síntomas, la dificultad de la exploración física y la variabilidad en su presentación. Con el tratamiento precoz y adecuado, la evolución clínica es satisfactoria, quedando sin secuelas.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 15 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital presentando dolor a cadera derecha y fiebre de quince días de evolución, sin antecedente traumático. Refiere no mejoría clínica con antitérmicos y antiinflamatorios. A la exploración física presenta dolor intenso con el movimiento de la cadera derecha, cojera e hipersensibilidad local, sin signos inflamatorios. El diagnóstico de artritis sépticas de la articulación sacroilíaca requiere entre otros estudios, técnicas de imagen. La gammagrafía ósea informó de lesión osteorreactiva a hueso ilíaco derecho y la resonancia magnética evidenció imagen compatible con artritis séptica a articulación sacroilíaca derecha y pequeño absceso a compartimiento muscular ilíaco de este lado. La radiografía simple resultó normal y la analítica mostraba leucocitosis (17.800 leucocitos), con aumento de reactantes de fase aguda (PCR 211,1 mg/L). Los hemocultivos dieron positivos por *Staphylococcus aureus* meticilín sensible.

Resultados: Se inicio tratamiento antibiótico con cloxacilina y gentamicina por vía endovenosa, durante tres semanas y cloxacilina por vía oral tres semanas más, juntamente con antiinflamatorios. La evolución clínica fue buena con normalización analítica y recuperación total, sin secuelas, de la movilidad de la extremidad.

Comentarios y conclusiones: En el diagnóstico de la sacroileítis infecciosa la tomografía axial, la resonancia magnética y la gammagrafía son las técnicas diagnósticas de elección. Por otro lado la radiografía simple en estadios iniciales puede ser normal y analíticamente los hallazgos son muy inespecíficos. Con el tratamiento adecuado suelen curarse completamente.

CC-197. FRACTURA PATOLÓGICA EN TIBIA POR OSTEOMIELITIS POR NOCARDIA

L.M. Romero Muñoz, M. Alfonso Olmos, C. Villas Tomé,
J. Albiñana Cunningham y B. Vázquez García

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Mujer 72 años trasplantada hepática (cirrosis biliar primaria) con lesión cutánea exudativa cara anterior pierna izquierda en tratamiento con antibióticos (celulitis extremidad inferior izquierda) Sufre caída realizándose radiografías en otro centro objetivándose fractura de tibia distal y peroné. Realiza RM de extremidad inferior izquierda mostrando fractura distal tibia y proximal de peroné con desplazamiento de los fragmentos y cambios señal endo-

medular ósea tipo reactivo. Se coloca fijador externo en extremidad inferior izquierda y limpieza de la herida, tomándose cultivo de piel y hueso durante el acto quirúrgico. En cultivo óseo y cutáneo se aisló *Nocardia asteroides* por lo que se inició tratamiento i.v. con cotrimoxazol y meropenem. Se objetivaron abscesos cerebrales frontales con secuela de síndrome frontal y hallazgos tomográficos compatibles con nocardiosis pulmonar primaria. Se sustituyó meropenem por ceftriaxona de acuerdo a antibiograma. Se realizó limpieza y se realiza colgajo peroneo lateral para cobertura de defecto cutáneo en pierna. Dos semanas más tarde se secuenció tratamiento a v.o, siendo la paciente dada de alta. Dos meses más tarde se realiza refrescamiento de extremidad inferior izquierda muestra de absceso y herida durante la intervención enviándose cultivo (negativos). El 1/12/05, ante la persistencia de pseudoartrosis y mejoría de infección se comenzó con linezolid, es intervenida mediante colocación de injerto óseo intertibioperoneo (auto y alo) con colgajo cutáneo y aproximación de bordes. La paciente evoluciona favorablemente, deambula con ayuda de un bastón. En control radiográfico se objetiva consolidación de foco de fractura con osteoporosis marginal. 2 años más tarde la paciente es autónoma, deambula y no ha presentado recidiva de la infección.

Material y método: Estudio transversal.

Resultados: 2 años más tarde la paciente es autónoma, deambula y no ha presentado recidiva de la infección.

Comentarios y conclusiones: Es factible la curación de ostomielitis por *nocardia* sin recidiva a largo plazo.

CC-198. INFECCIÓN CRÓNICA DE PARTES BLANDAS POR BRUCELLA

M.R. Morro Martí, C. Amat Mateu, S. Álvarez Ferre, P. Corona Pérez-Cardona, E. Guerra Farfán, X. Flores Sánchez y I. Centelles Bergareche

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La brucelosis es una infección sistémica con una baja incidencia. Las manifestaciones del sistema osteoarticular no son infrecuentes y pueden ser debidas a dos causas: una reacción antígeno-anticuerpo conocida como reumatismo articular o una perostitis por la colonización de la bacteria en los tejidos osteoarticulares. Su diagnóstico es difícil y requiere un largo periodo de incubación de las muestras.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente con infección crónica de partes blandas de la pierna por *Brucella* que fue desbridada en múltiples ocasiones resultando los cultivos positivos en varias ocasiones para diferentes gérmenes, entre ellos SPCN y *S. aureus*, recibiendo tratamiento durante períodos de entre uno y tres meses postquirúrgicamente con cotrimoxazol y rifampicina, y presentando períodos asintomáticos de hasta dos años. En el últimos desbridamiento las muestras se incubaron en medios de cultivo más específicos y durante más tiempo consiguiéndose aislar cepas de *Brucella* sp. en 5 muestras. La paciente ha iniciado tratamiento con doxiciclina y estreptomicina con buena respuesta inicial.

Resultados: Actualmente en España se declaran 1.500 nuevos casos de brucelosis cada año. Revisando la literatura no hemos encontrado casos descritos de afectación crónica de partes blandas, aunque sí existen referencias de abscesos pélvicos, afectación vertebral, abscessos mamarios y un caso de ostomielitis crónica que condicionó una fractura patológica. Nuestra paciente no presentaba afectación sistémica ni osteoarticular.

Comentarios y conclusiones: La brucelosis de partes blandas se trata de una infección crónica que se reactiva y se perpetúa si no se trata específicamente. Para su diagnóstico se deben incubar las muestras en medios específicos y durante un periodo prolongado. Nosotros describimos un caso del que no hemos encontrado referencias en la literatura.

CC-199. OSTEOARTRITIS SÉPTICA DESTRUCTIVA DE TOBILLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Bejarano Lasunción, J. Muñoz Marín, S. Rebollo González, A. Roche Albero, I. Carbonel Bueno, G. González Peirona y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Las fracturas de tobillo en pacientes diabéticos son particularmente difíciles de tratar, principalmente por las complicaciones postoperatorias. Presentamos el caso de una paciente diabética con una fractura-luxación de tobillo izquierdo con mala evolución.

Material y método: Paciente mujer de 27 años que ingresó el 07/07/08 por presentar fractura-luxación de tobillo izquierdo. DMID con neuropatía periférica. Debido al estado cutáneo (presentaba fletinas) se pospuso la intervención hasta el día 21/07/08 realizando RAFI. Dada de alta el 28/07/08 con curas ambulatorias controladas por Cirugía Plástica. Ingresó de nuevo el 23/10/2008 por presentar dehiscencia de la herida quirúrgica con exposición de material de osteosíntesis que se retiró el 24/10/08. Cultivos positivos para SARM. Se inició tratamiento antibiótico y terapia VAC. Fue dada de alta hospitalaria el 21/11/08 una vez cerrada la fistula cutánea y tras negativizar los cultivos. En controles posteriores se evidenció osteoartritis séptica destructiva de tobillo izquierdo que se trató quirúrgicamente el 26/03/09 realizando limpieza quirúrgica + artrodesis de tobillo + fijador externo (modelo Hoffman II).

Resultados: La paciente tiene actualmente buen estado de piel y partes blandas, sin signos inflamatorios locales. Los controles radiológicos y microbiológicos son satisfactorios. Controlada por los servicios de Endocrinología, Infecciosos y de Oftalmología (puesto que sufrió, en este tiempo, un cuadro de hemorragia retiniana izquierda con resultado de ceguera).

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de las fracturas de tobillo en los pacientes diabéticos ha de realizarse lo antes posible, con buena cobertura antibiótica y con especial cuidado de la piel y partes blandas, más aún si además presentan neuropatía periférica. A pesar de todo esto, pueden surgir complicaciones que tengan que resolverse con medidas más drásticas, tales como la artrodesis tibio-peroneo-astagalina, como en el caso presentado, o incluso la amputación.

CC-200. HIDATIDOSIS RECIDIVANTE EN CODA IZQUIERDO EN CAZADOR

J.F. Fajardo Romero, R. Cibants Martínez, P. Menéndez Martínez, R. Laredo Rivero, A. Santacruz Arévalo, F. Polo Simón, C. Riquelme Sánchez y P. Romera Olivera

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: La equinococosis humana o la hidatidosis es una zoonosis causadas por la formas larvarias del cestodo *Echinococcus*. La manifestación clínica más frecuente es la formación de quistes a nivel hepático, pulmonar y en menor medida en otras regiones como el hueso. Dadas las características y la evolución de los quistes se puede manejar de forma quirúrgica o farmacológica. Presentamos un caso de un paciente con hidatidosis recidivante a nivel de codo izquierdo y el manejo instaurado.

Material y método: Paciente de 48 años cazador que manifestó inicialmente la enfermedad con lesiones quísticas a nivel de codo izquierdo que recidió y que requirió drenaje quirúrgico en dos oportunidades en una de ellas asociada a sobreinfección bacteriana, y tratamiento farmacológico con albendazol en ciclos intermitentes y de forma controlada por largos períodos.

Resultados: El tratamiento de la hidatidosis viene determinada por la estructura, localización y número de las lesiones quísticas. Nosotros utilizamos el manejo quirúrgico asociado al tratamiento farmacológico

con albendazol 15 mg/kg/día en forma de ciclos intermitentes por largo periodo de tiempo. A pesar de este manejo el paciente recidivó en 2 oportunidades en una de ellas asociado a sobreinfección bacteriana para lo cual se asoció tratamiento antibiótico. El paciente está en control ambulatorio con rango de movilidad de flexión 120° y de extensión 50° y continuando medicación intermitentemente.

Comentarios y conclusiones: En la hidatidosis el tratamiento quirúrgico o farmacológico está muchas veces condicionado con la localización, número y evolución de las lesiones quísticas. Al asociar tratamiento médico con drenaje quirúrgico se pueden prevenir las recidivas. El manejo quirúrgico incluye drenaje, resección y otras técnicas menos invasivas como el drenaje percutáneo guiado. No está claro por cuánto tiempo se tiene que instaurar el tratamiento farmacológico para evitar la recidiva.

CC-201. ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. Roselló Añón, R. Navarro Mont, J. Colado Domínguez, S. Cervelló López y T. Mut Oltra

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de una mujer de 37 años con sospecha de artritis séptica en rodilla izquierda. Fue diagnosticada de artritis reumatoide hace más de 16 años. La paciente ha sido tratada con diversos fármacos inmunodepresores.

Material y método: En un primer momento se optó por un manejo conservador de su patología aunque finalmente hubo que realizar una cirugía de rescate. La intervención consistió en: artrotomía, drenaje del material purulento, antibioterapia intravenosa e inmovilización de la rodilla en descarga.

Resultados: La evolución de la paciente fue favorable en el post-operatorio pero el pronóstico de la articulación se ha visto agravado por la enfermedad de base y el retraso en la intervención.

Comentarios y conclusiones: Hemos comentado este caso clínico porque queremos poner de manifiesto que existen determinados pacientes con enfermedades inflamatorias articulares en los que un tratamiento precoz y agresivo ante una sospecha de artritis séptica evita posibles secuelas y mejora el pronóstico final de su articulación.

CC-202. ARTRODESIS DE RODILLA MEDIANTE CLAVO KAM POR INFECCIONES PROTÉSICAS MÚLTIPLES

D. Arribas Agüera, R. González Hernández y L. Marull Serra

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: La artrodesis de rodilla es una opción terapéutica dentro del tratamiento en infecciones crónicas protésicas. Con este caso se intenta mostrar una de las indicaciones de la artrodesis, cuando existe defecto óseo y afectación del sistema extensor.

Material y método: Paciente varón de 68 años de edad sin antecedentes personales de interés. El paciente, portador de una prótesis primaria total de rodilla izquierda (10/1999), requiere un primer recambio protésico por infección crónica de ésta (9/2005). Es necesario un segundo recambio protésico en el 12/2008 por sospecha de aflojamiento séptico, pero con cultivos de muestras intraoperatorias del primer tiempo negativas. Se coloca prótesis de revisión GMRS. El paciente reingresa por fistulización en lateral rodilla (2/2008). Se decide nuevo recambio protésico en dos tiempos. El espaciador articulado de rodilla se luxa. Se realiza reducción cerrada, pero nuevamente se subluxa, por lo que se opta definitivamente por colocar un espaciador no articulado. Sigue tratamiento con Linezolid por resultados positivos para *S. epidermidis* multiresistente. Acabada la pauta

antibiotica, y habiéndose normalizado los reactantes de fase aguda se decide implantación de clavo de artrodesis KAM (4/2009).

Resultados: El paciente en los controles subsiguientes presenta VSG y PCR normales y sin clínica.

Comentarios y conclusiones: La incidencia de infección de prótesis total de rodilla se sitúa cercana al 2% en población sin factores predisponentes. Múltiples revisiones protésicas supone la mayoría de veces un stock óseo y estado de los tejidos blandos deficientes. Entre las opciones de tratamiento en la cirugía de revisión protésica séptica, la artrodesis de rodilla supone un último cartucho con el fin de no sacrificar la extremidad. Dentro de las técnicas encontramos en uso de fijadores externos, clavos endomedulares, doble placa... no exentos de nuevas infecciones. La artrodesis es de elección cuando hay afectación del aparato extensor, con tasas de consolidación cercanas al 70% si se erradica la infección.

CC-203. DRAMÁTICA EVOLUCIÓN DE UNA PTR

A. Roselló Añón, R. Navarro Mont, F.J. Lucas García, A. Álvarez Llanas, S. Cervelló López y T. Mut Oltra

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: El empleo de la prótesis total de rodilla (PTR) es una práctica generalizada en el tratamiento de la gonartrosis que no responde ya al tratamiento conservador. Sin embargo, no debemos olvidar que puede presentar diversas complicaciones. A continuación presentamos la historia natural de una PTR infectada hasta sus últimas consecuencias.

Material y método: Inicialmente a la paciente se le colocó una PTR debido a una gonartrosis de larga evolución. Esta PTR se infectó y se le realizó un recambio en dos tiempos, poniendo una prótesis de revisión. Posteriormente la prótesis de revisión se infectó, optándose por una nueva limpieza en dos tiempos. Debido a la pérdida de stock óseo y masa muscular se decidió por una artrodesis de rodilla con clavo de artrodesis en el segundo tiempo quirúrgico. Por otra parte, la paciente sufrió una fractura periprotésica proximal que se intervino recambiando el clavo de artrodesis por uno a medida más largo. En controles sucesivos se diagnosticó una doble fractura. La primera se situaba en tibia, distal al clavo de artrodesis, y se trato ortopédicamente y otra segunda localizada en fémur proximal al clavo. Esta fractura en fémur era diferente a la tratada con anterioridad y se trato quirúrgicamente con una placa de Dall-Miles y cerclajes.

Resultados: A pesar de la persistencia de tractos fistulosos y focos de osteitis crónica, las fractura periprotésicas han consolidado con un callo hipertrófico y la paciente deambula con el empleo de un andador.

Comentarios y conclusiones: Con la exposición de nuestro caso queremos poner de manifiesto los riesgos que se pueden presentar en pacientes portadores de PTR. También resaltamos el hecho de, que a pesar de existir una infección persistente, se haya conseguido la consolidación hipertrófica de la fractura; pues la infección no impide la consolidación.

CC-204. ESPONDILODISCITIS LUMBAR POR PROPIONIBACTERIUM AVIDUM: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Torres Torres,¹, H.J. Aguado Hernández¹, M.A. González Bedía¹, J.M. Tirgueros Larrea¹, I. Burón Soto¹ y A. Ortiz Espada²

¹Complejo Asistencial de Palencia. ²Hospital Infanta Sofía. Madrid.

Introducción y objetivos: La espondilodiscitis es un varón joven de 24 años sin enfermedades crónicas de base ni factores predisponentes es una entidad muy rara. Existen multitud de agentes implicados, siendo el *S. aureus*, el *S. epidermidis* o *P. aeruginosa* en pacientes ADVP, los más frecuentes. En pacientes no ADVP sin enfermedades

crónicas, las infecciones genitourinarias y las cirugías del disco, son las principales etiologías. Aunque existen multitud de bacterias descritas, la implicación del *Propionibacterium avidum* es excepcional.

Material y método: Varón de 24 años remitido a consulta de traumatología por lumbalgia no irradiada. En anamnesis destaca la presencia de fiebre de 38 °C vespertina. Como único AP de interés, el paciente estaba operado de fisura rectal 18 meses antes. Se realizó RNM de urgencias con el diagnóstico de espondilodiscitis L4-L5 sin clara colección. Se tomaron hemocultivos previo a la instauración de antibioterapia iv empírica con vancomicina y ciprofloxacino. A las 48 horas desapareció la fiebre y mejoró la sintomatología del paciente.

Resultados: En hemocultivo creció *Propionibacterium avidum* sensible vancomicina, ciprofloxacino y doxiciclina, entre otros muchos. Tras 21 días de antibioterapia intravenosa fue dado de alta con doxiciclina vo. En RNM de control la evolución está siendo satisfactoria, estando el paciente asintomático.

Comentarios y conclusiones: La espondilodiscitis lumbar en un varón joven sin factores predisponentes es excepcional. En este caso, dado el agente implicado, parece deberse a una diseminación hematogena por la cirugía de fisura rectal.

CC-205. AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA DE FÉMUR TRAS 20 AÑOS DE SECUELAS DE FRACTURA ABIERTA

A. Álvarez Llanas, R. Navarro Mont, A. Roselló Añón,
S. Cervelló López y T. Mut Oltra

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: Las fracturas de grado 3 By C de Gustilo se asocian en un 16% de casos a la infección.

Material y método: Se presenta el seguimiento de un caso de 20 años de evolución de la Unidad de Sépticos del Aparato Locomotor del Hospital Universitari La Fe de Valencia. Nuestro objetivo es demostrar que en la clínica se pueden presentar a largo plazo complicaciones mayores de este tipo de fracturas. Se trata de un varón que hace 20 años sufrió una fractura de fémur abierta grado 3B de Gustilo. Fue tratado mediante limpieza del foco y fijación de la fractura mediante clavo endomedular tipo Künscher. Tras un periodo de varios años de osteomielitis con fistulas crónicas en diáfisis y alteraciones tróficas el paciente presentó una migración distal del clavo con diseminación de la infección a rodilla y tibia.

Resultados: El caso se resuelve con la amputación supracondílea de fémur de la pierna afecta en bloque, con el clavo endomedular de forma retrógrada, para evitar la extensión de la infección hacia el segmento proximal del fémur.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas abiertas grado 3 de Gustilo no sólo presentan un alto porcentaje de complicaciones inmediatas derivadas de la misma fractura o del método que se empleó sino que también a largo plazo pueden dar lugar a complicaciones mayores como la que es motivo de este trabajo.

CC-206. OSTEOMIELITIS EN PACIENTE CON ANEMIA APLÁSICA SEVERA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.E. Santacruz Arévalo, R. Laredo Rivero, R. Cibantos Martínez,
J. Fajardo Romero, P. Menéndez Martínez, M.C. Sánchez Ríos
y P. Romera Olivera

Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen de la Salud.
Toledo.

Introducción y objetivos: La anemia aplásica idiopática es una patología de las células madre de la sangre que cursa pancitopenia aumentando del riesgo de infección. La osteomielitis es una infección de la cortical y medular del hueso, generalmente de origen bacteriano, aunque puede estar producida por cualquier microorganismo. La clasificación se puede hacer según un gran número de criterios. Existen tres tipos de osteomielitis: osteomielitis aguda hematogena (secundaria a bacteriemia), osteomielitis no hematogena (por inoculación directa) y la osteomielitis crónica.

Material y método: Varón de 32 años que acudió a urgencias por dolor en muslo izquierdo de dos meses de evolución. No refería antecedente de traumatismo previo, ni síntomas constitucionales. Como antecedente personal presentaba anemia aplásica severa. A la exploración se objetivó dolor a la palpación de muslo sin signos externos de infección. Se realizó radiografía simple compatible con osteomielitis. Tras confirmar el diagnóstico y debido a la mala respuesta a tratamiento antibiótico se decidió realizar drenaje quirúrgico, visualizando material purulento dentro del canal medular.

Resultados: Se realizan varias limpiezas quirúrgicas presentando cultivos negativos. La RMN post quirúrgica evidencia la ausencia de colección intramedular. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta sin incidencias.

Comentarios y conclusiones: La anemia aplásica es una enfermedad que produce disminución de la respuesta a la infección. Ante un paciente que presente dicha patología asociada a dolor osteomuscular, sin traumatismo previo, se debe tener en cuenta la posibilidad de una infección. Los estudios de imágenes son necesarios para completar el diagnóstico y el tratamiento debe de iniciarse lo antes posible enfocado a las características del paciente.

CC-207. DEFORMIDAD EN VARO DE RODILLA EN PACIENTE CON INFECCIÓN DE PTR

A. Roselló Añón, R. Navarro Mont, J. Colado Domínguez,
S. Cervelló López y T. Mut Oltra

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: Comentamos el caso de una paciente de 72 años con aflojamiento de PTR izquierda.

Material y método: La paciente presenta una importante deformidad en varo de la pierna izquierda. Decidimos realizar un recambio en un tiempo de la PTR con la toma de 5 cultivos. Además, empleamos una cuña valguizante bajo el componente tibial para la corrección de la deformidad.

Resultados: En uno de los cultivos se observó el crecimiento de una bacteria gram positivo catalasa negativa.

Comentarios y conclusiones: Con este caso queremos resaltar que muchos aflojamientos asépticos suelen estar provocados por una infección latente. Por otra parte, existen diversas técnicas empleadas en la cirugía de revisión que evitan la pérdida de stock óseo.

CC-208. DOLOR DE APARICIÓN BRUSCA EN CADERA Y FIEBRE EN PACIENTE DE OCHO AÑOS

F. Yagüe Solís, V. García Virtó, F. del Canto Iglesias, O. Faour Martín,
R. Hernández Ramajo, B. García Medrano y L. García Flórez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La artritis séptica es una entidad de consecuencias devastadoras, con relevancia añadida en la infancia. Debido a esto, ante la sospecha de ésta se hace necesaria la instauración de un tratamiento precoz incluso sin confirmación diagnóstica. El objetivo es mostrar nuestra experiencia ante un caso sugestivo de esta patología.

Material y método: Paciente de ocho años de edad con dolor en región inguinal derecha e impotencia funcional de cadera derecha bruscos con fiebre de hasta 39,5 °C. Laboratorio: Leucocitos 6.830/mm³, PCR 157,3 mg/l. Radiografías: compatibles con la normalidad. Ecografía: escaso líquido libre con mínimo engrosamiento sínovial. TAC: colección hipodensa en músculos aductores y obturador del

lado derecho, con leve resorción ósea de la rama isquiopubiana derecha. Punción bajo sedación sin obtener muestra. Resonancia magnética: imagen nodular quística y alteraciones en pilar acetabular y ramas isquiopubiana e iliopubiana sugestivo de absceso y osteomielitis. Tratamiento: antibioterapia precoz de amplio espectro y reposo en cama.

Resultados: Mejoría hasta situación asintomática. Ecografía de control y PCR normalizadas. Actualmente asintomático y TAC de control sin alteraciones patológicas.

Comentarios y conclusiones: Para el diagnóstico de artritis séptica nos valemos del examen clínico, datos de laboratorio (pueden ser normales) y de pruebas como radiografías, ecografías, gammagrafías, resonancia magnética y cultivo de muestras. Para su tratamiento encontramos la punción-lavado, la artrotomía, la inmovilización, la antibioterapia, aunque alguna de estas opciones ya están siendo cuestionadas. En lo que no parece haber dudas es en la necesidad de un tratamiento precoz, aún cuando no se tenga el diagnóstico definitivo o incluso se pueda sobretratar a un paciente. De ahí que en este caso ante la sospecha de una artritis séptica de cadera se iniciara el tratamiento sin demora, diagnosticándose finalmente de absceso de partes blandas con afectación ósea que se solucionó con el tratamiento aplicado.

CC-209. MIOSITIS INFECCIOSA FÚNGICA EN ANTEBRAZO CON INFILTRACIÓN DE MEMBRANA INTERÓSEA Y ENGLOBAMIENTO DE ARTERIA Y NERVIO INTERÓSEO ANTERIOR

M.I. Salas Fernández¹, X.J. Molina¹, M. Guerrero Ortiz²
y M. Díaz Jiménez¹

¹Hospital de Poniente. Almería. ²Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: Debido al aumento de población inmigrante se están viendo casos nuevos y sobre todo muy avanzados, de diversas enfermedades debido a la precariedad en la asistencia sanitaria en sus países. El objetivo es presentar un caso evolucionado de miositis infecciosa fúngica en un varón adulto.

Material y método: Varón adulto de edad media procedente de Senegal que presenta tumefacción dolorosa e indurada en dorso de antebrazo derecho que impide mover adecuadamente los dedos. En la resonancia se aprecia tumoración de $10 \times 5 \times 4$ cm compatible con miositis infecciosa probablemente fúngica. Ocupa todo el compartimiento extensor del antebrazo y parte del flexor, atraviesa la membrana interósea y englobaba arteria y el nervio interóseo anteriores. Se realizó biopsia que lo confirmó y en un segundo tiempo se intervino resecando toda la masa tumoral. Se completó el tratamiento junto a la Unidad de Medicina Tropical con antimicóticos intravenosos.

Resultados: El resultado ha sido satisfactorio, mejorando notablemente el dolor del paciente y recuperando la movilidad de los dedos.

Comentarios y conclusiones: La miositis infecciosa fúngica es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico ya que se puede confundir con otras entidades. Es importante tenerla en cuenta al hacer un diagnóstico diferencial en las lesiones pseudotumorales.

CC-210. OSTEOMIELITIS SECUNDARIA A CÁNCER DE VULVA

P. Zuil Acosta¹, I. Martínez Melián¹; B. Cornet Flores¹,
A. Llaquet Leiva¹, D. Escobar Antón²; J.V. Peralta Molero¹,
G. Muñoz Sánchez³ y L. Sevillano¹

¹Hospital Severo Ochoa. Madrid. ²Hospital Infanta Leonor. Madrid.
³Hospital Santa Cristina. Madrid.

Introducción y objetivos: La osteomielitis es una patología temida por los traumatólogos. Puede ser primaria o secundaria.

Material y método: En el caso presentado se muestra una paciente de 80 años de edad, HTA y diabética. La paciente fue diagnosticada de carcinoma verrucoso de vulva al que se realizó vulvectomía y desde entonces ha presentado abscesos perineales múltiples. Los abscesos han evolucionado hasta producirse una osteomielitis de pubis bilateral.

Resultados: Se realizó biopsia ósea, obteniéndose *Staphylococcus coagulase* negativo con anaerobios de tipo coco y bacilo positivos.

Comentarios y conclusiones: La osteomielitis pélvica es una patología infrecuente pero que puede ocurrir secundariamente en cirugías pélvicas o abdominales. Es importante diferenciarlo de una osteítis puesto que el tratamiento difiere. En nuestro caso se presenta a una mujer con una osteomielitis secundaria a la extirpación de un carcinoma de vulva complicado con abscesos múltiples.

CC-211. EL TRATAMIENTO PREOPERATORIO CON HIERRO ENDOVENOSO Y DOSIS BAJAS DE ERITROPOYETINA REDUCE SIGNIFICATIVAMENTE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN ARTROPLASTIA DE RODILLA

B. Lozano Soldevilla, R. Asbert Sagasti, M. Poquet Pérez,
A. Matamala Pérez, S. Sabates Mallorques, D. Mateu Vicent
y C.A. Bailez

Hospital Universitario Mutua de Terrassa.

Introducción y objetivos: La artroplastia total de rodilla se asocia a importante pérdida sanguínea. El objetivo del trabajo es valorar la efectividad de un nuevo protocolo para ahorro de sangre.

Material y método: Estudio prospectivo no aleatorizado para determinar el efecto del hierro endovenoso con o sin bajas dosis de eritropoyetina (EPO) en el porcentaje de transfusión postoperatoria. Se incluyeron pacientes intervenidos entre 2008 y 2009: Grupo A ($Hb > 15$ g/dL: sin tratamiento); Grupo B ($Hb > 13-15$ g/dL: 200 mg de hierro e.v. una semana antes de la cirugía); Grupo C ($Hb > 11-13$ g/dL: 200 mg de hierro e.v. y EPO 40.000U sc dos semanas antes de la cirugía y 200 mg de hierro e.v. una semana antes de la cirugía); y el grupo D ($Hb > 11-9$ g/dL: 200 mg de hierro e.v. y EPO 40.000U sc tres semanas antes de la cirugía y 200 mg de hierro e.v. una semana antes de la intervención). Todos recibieron 200 mg de hierro e.v. El umbral de transfusión sanguínea fue la Hb según protocolo del centro.

Resultados: La prevalencia de anemia preoperatoria.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento con hierro endovenoso asociado a EPO reduce significativamente el número de transfusiones, a pesar de que el incremento observado en la hemoglobina preoperatoria no es significativo.

CC-212. ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA RECIDIVANTE COMO CUADRO DEBUT DE OSTEOMIELITIS EN ISQUION

N.M. Ibáñez Aparicio, L. Trullols Tarragó, J. Álvarez San Nicolás,
M.C. Pulido García, L. Trigo Lahoz, J. de Caso Rodríguez,
M. Jordán Sales y M. Almenara Fernández

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: La osteomielitis (OM) de isquion es infrecuente en adultos, habitualmente secundaria a úlceras por decúbito, diseminación hematogena o procesos urológicos. Por su baja incidencia, se diagnostica tarde y se trata, en algunas ocasiones, inadecuadamente.

Material y método: Varón 69 años, con paraplejia por lesión medular, fractura en hemipelvis derecha y vejiga neurógena. En septiembre'08 ingresa en shock séptico con hemocultivos (*E. coli*). Descartado foco urológico e intrabdominal, en TAC objetivamos colección coxofemoral (artrocentesis: *E. coli*) y absceso glúteo derechos, desbridándose urgentemente. Evoluciona favorablemente en el postoperatorio,

a las 2 semanas recidiva la artritis coxofemoral, requiriendo 2.^º desbridamiento. En noviembre'08 presenta nueva recidiva del absceso coxofemoral, realizándose 3.^º desbridamiento. En TAC apreciamos osteítis isquiática y mínima colección glútea que drena por herida glútea. En dic'08 cultivamos A. baumanii y P. aeruginosa multirresistente en herida glútea. Realizamos TAC mostrando osteomielitis isquiática y cabeza femoral, con destrucción de ésta y colección en cuádriceps derecho. 3 semanas sin antibiótico, en feb'09 realizamos resección de la cabeza femoral, perforaciones en isquion, espaciador de cemento impregnado con triple antibioterapia y desbridamiento de la herida glútea. Los cultivos resultan positivos en isquion, absceso glúteo y cuádriceps para flora polimicrobiana multirresistente. Iniciamos antibioterapia específica. Aplicamos VAC (Vacuum Assisted Closure) en herida glútea.

Resultados: Actualmente, 1 año después, el paciente sigue monoterapia antibiótica endovenosa y VAC, persistiendo mínimo drenaje glúteo con abundante tejido de granulación. Presenta leve alteración de los parámetros infecciosos y sin recidiva local en pruebas complementarias. A pesar de la paraplejia, el paciente realiza con normalidad sus actividades de la vida diaria.

Comentarios y conclusiones: Los síntomas de la OM de isquion son inespecíficos y el diagnóstico difícil, especialmente en pacientes parapléjicos. En nuestro caso, la recidiva de la artritis séptica a pesar de los desbridamientos precoces y la evolución tórpida de la herida glútea, hicieron sospechar la OM de isquion subyacente, que se manifestó como destrucción progresiva del isquion y cabeza femoral. Creemos que la antigua fractura en hemipelvis derecha favoreció el desarrollo de la OM en isquion secundaria a bacteriemia por E. coli sin foco aparente.

CC-213. ARTRITIS SÉPTICA AGUDA TRAS CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE RODILLA: ESTUDIO CLÍNICO Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO

F.J. Romero Candau, F. Najarro Cid, R. Pérez Ferri, S. Pérez Hidalgo, F. Santos Yubero, F. Huesa Jiménez y C. Rodríguez Segura

Hospital FREMAP. Unidad de Infecciones Óseas y Articulares.

Introducción y objetivos: La artritis séptica (AS) es una complicación poco frecuente de la cirugía artroscópica de rodilla (CA). Estudio incidencia, etiología y características clínicas de la artritis séptica de rodilla tras CA en nuestro hospital. Estudiar los factores de riesgo.

Material y método: Estudio retrospectivo, 2002 al 2008, revisión todos pacientes con AS de rodilla. Datos obtenidos de los registros de la Unidad de Infecciones. Se eliminaron del estudio los que no correspondían al objetivo: AS tras cirugía no artroscópica, posterior a CA no realizada en nuestro hospital y tras otros procedimientos no quirúrgicos.

Resultados: 15 casos de AS de rodilla tras 4.160 CA, una incidencia de 0,36%. Todos varones, edad media 34 años (21-52). Las AS tras plastia de ligamentos mayor incidencia (1,17%). Tras CA simples (0,20%). Los microorganismos aislados más frecuentes cocos gram positivos (67%): 5 Staphylococcus aureus y 5 estafilococos coagulasa-negativos (ECN). 3 casos de bacilos gram negativos Enterobacter cloacae, 2 cultivo negativo. Factores de riesgo: 50% no cumplió protocolo profilaxis antibiótica del centro estricta. 30% se infiltró con corticoides tras artroscopia.

Comentarios y conclusiones: La incidencia de AS tras CA de rodilla en nuestro hospital coincide con lo publicado en la literatura. Staphylococcus aureus, al igual que en AS de otro origen, es el microorganismo más frecuentemente implicado. Es necesario el cumplimiento estricto del protocolo de profilaxis antibiótica del centro y se recomienda evitar el uso de corticoides locales tras la artroscopia. El paciente en una MAT es un varón joven y sano, los datos de incidencia de esta compli-

cación son similares a las AS tras CA de otros hospitales con distintos tipos de paciente.

CC-214. OSTEOMIELITIS POSTRAUMÁTICAS SECUNDARIAS A FRACTURAS DE PILÓN TIBIAL: TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

F. Najarro Cid, F. Romero Candau, R. Pérez Ferri, F. Santos Yubero y S. Pérez Hidalgo

Hospital FREMAP. Unidad de Infecciones Óseas y Articulares.

Introducción y objetivos: La osteomielitis postraumática es la complicación más temida tras fractura de pilón. Tratamiento complicado, se basa en: desbridamiento, estabilización ósea, antibioterapia, manejo partes blandas y tratamiento de defectos óseos. Presentamos 8 años de experiencia de trabajo coordinado por un equipo médico multidisciplinar: Unidad de infecciones óseas y articulares. Valorar incidencia, clínica, microbiología, tratamiento y evolución clínica-laboral de pacientes con osteomielitis postraumática de pilón.

Material y método: Estudio retrospectivo, enero 2002-junio 2009, de todos los pacientes con el diagnóstico de osteomielitis postraumática de tercio distal de tibia ingresados en la Unidad.

Resultados: 334 pacientes ingresados en la unidad. 103 osteomielitis de tibia. 33 de localización en tercio distal. Todos varones, rango de edad: 18-65, 5 tenían más de una lesión asociada. Lesión 1.^a: 17 fr. cerrada y 16 fr. abierta (4-I, 3-II, 9-III). 1.^a osteosíntesis en < 24 h en 17 pacientes. 12 fijadores externos, 19 placa-tornillos y 2 clavos. Comorbilidad 17 fumadores, 4 diabetes. Clínica precoz 12 pacientes e intermedia 18. 23 heridas con exposición ósea o de material. 56% gram + (S. aureus, S. epidermidis), 23% gram-. 17% polimicrobiana. Tratamiento: desbridamiento manteniendo osteosíntesis 16 p., desbridamiento con retirada de osteosíntesis y fijación externa 17 p. 5 pacientes precisaron colgajos. Antibióticos locales con PerOssal® 5 p. Tratamiento antibiótico 6 semanas (7 días vía ev). 15 p. más de 1 procedimiento quirúrgico, rango 1-7 (media 3). Evolución clínica-laboral 16 pacientes alta laboral, 15 incapacidad. Duración media baja 9.5 meses (rango 3-12).

Comentarios y conclusiones: Osteomielitis es la complicación más frecuente y temida tras fractura pilón. Tratamiento complicado. Éxito terapéutico del trabajo en equipo.

CC-215. INFECCIÓN EN ARTROPLASTIAS TOTALES DE MIEMBRO INFERIOR DEL HOSPITAL XERAL DE LUGO DURANTE EL PERÍODO MARZO 2007 A MAYO 2009

B. Longo Rubio, R. Ricardo Visiedo, L.I. Ibáñez Martín, L.A. Quevedo García y M. Bravo Pérez

Hospital Xeral. Lugo.

Introducción y objetivos: En la literatura actual, se describe una incidencia del 1% de infección en artroplastia total de cadera, y del 2% en artroplastia total de rodilla. Como agente causal más frecuente, se sitúa al frente el S. epidermidis. Los objetivos principales de este trabajo han sido: describir las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en nuestro servicio por sospecha de infección de artroplastia mayor de miembro inferior. Observar las características clínicas de presentación de la complicación quirúrgica, considerando las variaciones individuales. Determinar qué actitud terapéutica ante la infección desarrollamos. El periodo de recogida de datos fue de marzo de 2007 a mayo de 2009.

Material y método: Nuestro hospital es el de referencia para una población de 250.000 habitantes (60% rural, 40% urbano). Se han revisado las historias clínicas de todos los pacientes adultos con sospecha de infección de artroplastia total de miembro inferior (cadera y rodilla), que ingresaron en nuestro Servicio a lo largo del periodo marzo

de 2007 a mayo de 2009, ambos incluidos. Se ha elaborado una base de datos con diferentes características epidemiológicas.

Resultados: La edad es un factor de riesgo para la presentación de infección, así como la obesidad y un ASA elevado. El tratamiento de elección fue el reemplazo en dos tiempos.

Comentarios y conclusiones: Coincidimos en identificar al ASA elevado como factor de riesgo para la infección de las artroplastias, así como el mayor riesgo de infección en las artroplastias de rodilla frente a las de cadera. Los reemplazos protésicos en dos tiempos siguen siendo las opciones tomadas en la mayoría de los casos, tanto en nuestro estudio como en los estudios revisados. El dolor destaca como debut de la sospecha de infección.

CC-216. DE LA INFECCIÓN AL SHOCK CARDIOGÉNICO.

¿COMPLICACIÓN MORTAL?

M.R. Sánchez Crespo, M.I. Pérez Núñez, M.D. Pérez Aguilar, J. Hernández Helena, V. Burgos Palacios, M. Ruiz Lera, J.A. Sarralde Aguayo y J.F. Gutiérrez Díez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: La infección es una grave complicación pudiendo ser mortal. Presentamos dos casos de infección secundaria a proceso traumatológico, que derivaron a problema cardiológico severo, con resultado favorable, gracias al avance de los sistemas mecánicos de soporte vital.

Material y método: 1. Varón 26 años, fractura abierta de tibia grado III B. De urgencia fijador externo y posterior colgajo miocutáneo. Infección herida por Enterococo faecium y ficha por *Pseudomonas aeruginosa*. Se retira fijador y se mantiene con antibioterapia hasta la negativización de cultivos. Seis semanas después enclavado endomedular. Posteriormente fiebre, mal estado general e inestabilidad hemodinámica. Se extrae el clavo y coloca fijador externo, sin mejoría clínica, evolucionó al shock cardiogénico con disfunción ventricular severa. 2. Varón 22 años contusión y herida en mano izquierda, intoxicación alcohólica y pérdida de conciencia. Caída y luxación de hombro izquierdo. Evolucionando a inestabilidad hemodinámica y shock cardiogénico con disfunción ventricular severa.

Resultados: Ambos casos evolucionaron a shock cardiogénico refractario al tratamiento, fallo multiórgano, incluso episodios de pseudo-disociación electromecánica (mortalidad 100%), precisando implantación de balón de contrapulsación y sistema de soporte mecánico circulatorio tipo ECMO (extracorporeal membrane oxygenation), permitiendo la recuperación orgánica y la normalización de la función ventricular, tras 160 y 145 horas. Primer caso se confirmó presencia de abscesos pancreáticos de origen hematogénico como causa de sepsis. En el segundo aparecieron bullas cutáneas, rhabdomiolisis y shock tóxico estafilocócico, causante del fallo cardiaco.

Comentarios y conclusiones: Los grandes avances en el desarrollo de sistemas de soporte mecánico circulatorio, permiten el mantenimiento de pacientes graves hasta la recuperación de su proceso causal. En el fallo cardiaco por sepsis tras proceso traumático, consigue reducción de la mortalidad del 50%. El conocimiento de la existencia del ECMO, es vital para poder ofrecer a nuestros enfermos las mejores garantías de supervivencia, durante procesos de elevada mortalidad.

CC-217. INFECCIÓN BIARTROPLÁSTICA POR CANDIDA ALBICANS. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Jiménez Obach, R. Tibau Oliván, J. Auleda Galbany, J. Sánchez González, M. Font Bilbeny, F. Malagelada Romans y X. Oncins Casanovas

Hospital de Mataró.

Introducción y objetivos: La infección artroplástica es producida, en la mayoría de los casos, por estafilococos coagulasa negativos y por Sta-

phylococcus aureus, siendo la infección fungica extremadamente inusual y estimándose alrededor del 1%.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 75 años con antecedentes patológicos de artritis reumatoide, PTC izquierda en 2002 y PTR ipsilateral en el 2003. La evolución de la paciente fue la siguiente: en diciembre del 2005 sufrió aflojamiento séptico. Se realizó un recambio en 2 tiempos, los cultivos fueron positivos a *Candida albicans*. En noviembre de 2006 ingresó en la UCI por un choque séptico. En marzo del 2007 acudió por una luxación de la PTM. Se apreció un aflojamiento citoideo, los cultivos fueron positivos a *Candida*, con lo que se dejó en situación de Girdlestone. En octubre de 2008 sufrió una infección aguda por *Candida albicans* de la PTR, se retiró la prótesis y se dejó un espaciador. Posteriormente reingresó por sobreinfección por *S. aureus*, se retiró el espaciador y se colocó un fijador externo. Finalmente se retiró el fijador y se artrodésó la rodilla.

Resultados: De la revisión de la literatura se conoce: Se obtuvieron 9 artículos que hablan de Infección artroplástica por *Candida albicans*. Hasta el día de hoy, tan sólo se han documentado 34 casos. El ratio hombre/mujer resulta ser 1:1, mientras que la articulación predominante fue la cadera. Se ha documentado de manera exitosa el recambio en 2 tiempos.

Comentarios y conclusiones: Aunque carecemos de guías para el tratamiento de las infecciones artroplásticas por *Candida*, existe evidencia que el protocolo a seguir es el mismo de la infección protésica común. Conviene recordar que este tipo de infección puede ser potencialmente devastadora y la terapéutica insuficiente.

CC-218. NUEVA TÉCNICA DE FRESCO Y LAVADO DE CANAL MEDULAR EN OSTEOMIELITIS DE HUESOS LARGOS (RIA). PRESENTACIÓN DE 12 CASOS

T. Mut Oltra, S. Cervelló López, R. Navarro Mont, F. Lucas García, S. Pérez Vergara y A. Álvarez Llanas

Hospital La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: La infección intramedular de las fracturas de huesos largos tratadas con clavo endomedular suponen un reto. El tratamiento se basa en los principios de lavado y desbridamiento, estabilización del foco y antibioterapia. El fresado del canal medular constituye una parte importante en el desbridamiento. Recientemente se ha desarrollado un nuevo sistema de fresado que permite además la irrigación y la aspiración simultáneas; el sistema RIA.

Material y método: Presentamos nuestros 12 primeros casos que son 5 de osteomielitis de fémur y 7 en tibia de los cuales 6 fueron osteomielitis. La infección fue monomicrobiana en todos los casos siendo el estafilococo aureus el germen más frecuentemente observado. El tratamiento quirúrgico en todos los casos consistió en el desbridamiento del foco de osteomielitis extracción del material de osteosíntesis y fresado del canal medular con el dispositivo RIA.

Resultados: No hemos observado ninguna recidiva de la infección. El área afecta a nivel de la zona de osteomielitis no presentaba eritema, inflamación o fistulización. Los estudios de laboratorio presentaban unos parámetros dentro de la normalidad.

Comentarios y conclusiones: El fresado asociado a irrigación y aspiración simultánea puede minimizar la cantidad residual de tejido infectado en la cavidad intramedular. El dispositivo RIA permite la liberación de fluido a lo largo del canal medular facilitando por tanto su lavado. Las características especiales del dispositivo nos permite una nueva utilización pues se puede extraer fresado medular limpio para emplearlo dado su potencial osteogénico en el tratamiento de algunas seudoartrosis; nosotros lo hemos utilizado para tal fin en una ocasión.

INVESTIGACIÓN (CC-219–CC-226)

CC-219. SATISFACCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ESTUDIO SALTO)

L. Peidro Garcés¹, R. Otero Fernández², M. Núñez Juárez¹ y E. Gil Luna³

¹Hospital Clínic. Barcelona. ²Hospital Clínico. Madrid. ³Adelphi Targis S.L. Barcelona.

Introducción y objetivos: En el manejo de la profilaxis de la enfermedad tromboembólica, el cumplimiento terapéutico es muy importante para garantizar una correcta profilaxis. La satisfacción al tratamiento experimentada por el paciente puede ser un factor determinante para garantizar un adecuado cumplimiento terapéutico. El objetivo del estudio SALTO es el de evaluar el cumplimiento terapéutico y satisfacción al tratamiento de profilaxis antitrombótica inyectable en pacientes intervenidos de artroplastia de cadera o rodilla.

Material y método: Pacientes que tras la intervención quirúrgica acuden a visita ambulatoria tras un mínimo de 7 días de tratamiento y donde se les evalúa el cumplimiento terapéutico mediante el test de Morinsky-Green, y la satisfacción al mismo utilizando los test TSQM (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication) y el ITSQ (In-situ Treatment Satisfaction Questionnaire).

Resultados: Se han reclutado un total de 480 pacientes de los que 391 son considerados evaluables (en tratamiento en el momento de la consulta y con más de 7 días con HBPM). El cumplimiento terapéutico en los pacientes reclutados ha sido del 53,35% y la satisfacción en los dominios estudiados (efectos adversos, comodidad y satisfacción global), ha sido respectivamente de 93,5, 58,8 y 68,9 (en una escala de 0 máxima insatisfacción a 100 máxima satisfacción). En general, al paciente cumplidor está más satisfecho con la medicación, y esta correlación alcanza significación estadística con los dominios comodidad y satisfacción global.

Comentarios y conclusiones: En la cohorte de pacientes del estudio SALTO, el cumplimiento terapéutico con las HBPM es bajo, del 53% mientras que la satisfacción general al tratamiento es buena, siendo el dominio comodidad el que presenta las tasas más bajas de puntuación. Satisfacción y cumplimiento se correlacionan directamente, circunstancia que alimenta la posibilidad de mejorar el cumplimiento terapéutico con fármacos que generen mayor satisfacción a los pacientes.



SELECCIONADO COMO CANDIDATO A MEJOR PÓSTER

CC-220. MARCAJE DE CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES DERIVADAS DE TEJIDO ADIPOSO PARA SU LOCALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO MEDIANTE RMN EN TERAPIAS DE REGENERACIÓN ÓSEA

M. López Laguna¹, A. Saldaña Díaz², L.R. Ramos Pascua², E. Vuelta López³, J.A. Rodríguez-Altonaga Martínez¹, J. Ramos Carro³, J.J. Vázquez Reyero³ y F.J. Iglesias Muñoz³

¹Universidad de León. ²Complejo Hospitalario de León.

³Establecimiento de Tejidos Humanos. Fundación Clínica San Francisco. León.

Introducción y objetivos: La terapia celular y la ingeniería tisular basada en células madre mesenquimales han adquirido en los últimos años una gran importancia en el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas en el sistema esquelético. La localización y distribución de las células implantadas es esencial para poder concretar la seguridad y eficacia de este tipo de terapéutica, y la tecnología de imagen

basada en la RMN permite su monitorización in vivo de manera rápida y segura. Las partículas superparamagnéticas de óxido de hierro (SPIO) constituyen un marcaje biocompatible ideal para realizar el seguimiento de las poblaciones celulares implantadas mediante RMN. El objetivo del presente estudio es aislar, cultivar y estudiar la viabilidad y multipotencialidad de las células madre mesenquimales derivadas de tejido adiposo (ADMSCs) tras su marcaje con SPIO.

Material y método: Las muestras de grasa subcutánea fueron procedidas para la obtención de ADMSCs, que fueron cultivadas en condiciones estándar hasta el estado de preconfluencia. Las células cultivadas en pases 1P y 2P fueron marcadas con SPIO (Endorem), con sulfato de protamina como agente transfectante. Tras comprobar la eficiencia del marcaje mediante tinción con azul Prusia, se analizó el efecto del marcaje sobre el crecimiento y multipotencialidad de las poblaciones celulares mediante el estudio del crecimiento in vitro y la capacidad de diferenciación adipogénica, osteogénica y condrogénica, tanto de las células marcadas como de las poblaciones control.

Resultados: Las poblaciones celulares aisladas a partir de las muestras de grasa subcutánea mostraron patrones de crecimiento y multipotencialidad similares a las poblaciones marcadas con SPIO.

Comentarios y conclusiones: Por lo tanto, esta metodología podría aplicarse a la monitorización de las células implantadas en defectos óseos mediante técnicas de imagen basadas en RMN.



SELECCIONADO COMO CANDIDATO A MEJOR PÓSTER

CC-221. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS FACTORES QUE AUMENTAN EL SANGRADO PERIOPERATORIO EN LAS FRACTURAS TROCANTÉRICAS

A.I. Torres Pérez¹, J. Laffosse², F. Molinier², P. Chiron² y J. Puget²

¹Hospital de Cabueñas. Gijón. ²CHU Rangueil. Toulouse. Francia.

Introducción y objetivos: Las fracturas trocantéricas se asocian a una gran morbilidad. Una marcada anemia postquirúrgica puede retrasar el inicio de la deambulación. Con el fin de anticiparse a la necesidad de transfusión sanguínea, hemos buscado los factores que favorecen un sangrado importante perioperatorio.

Material y método: Estudio continuo y retrospectivo, análisis de las pérdidas sanguíneas en pacientes mayores de 75 años con una fractura trocantérica. El volumen globular total perdido (VGT) fue calculado según un método estandarizado a partir del peso del paciente, la tasa de hematocrito pre y postquirúrgico al quinto día y las transfusiones realizadas. Se recogió la toma de tratamiento anticoagulante y/o antiagregante previo a la cirugía, el tipo de fractura (Evans y AO), el método de anestesia, el tiempo quirúrgico, la osteosíntesis (clavo Gamma™, DHS™, tornillo-placa PCCP™ o Traumax™). Se realizó un análisis univariable y multivariante (Statview®). Se estableció $p < 0,05$ como valor significativo.

Resultados: El análisis univariable demostró una pérdida de VGT menor: en mujeres (375-445 ml hombres); en fracturas simples no conminutas (330-360 ml en Evans 1 o 2/400-470 ml en Evans 4 y 5); en pacientes con tornillo-placa mini-invasivo (270/430 ml de los clavos gamma-DHS) y en pacientes sin anticoagulante o antiagregante (360/460 ml). En el análisis multivariante sólo se encontró un factor estadísticamente significativo: la conminución de la fractura.

Comentarios y conclusiones: La conminución de la fractura constituye el único factor de riesgo independiente que origina una pérdida de VGT abundante. El análisis preciso del tipo de fractura trocantérica es muy importante y debe ser considerado en pacientes frágiles para poder anticiparse a las necesidades transfusionales. Esto debería permitir la eliminación de las transfusiones inútiles, costosas y a veces peligrosas por originar una sobrecarga hemodinámica.

CC-222. VARIACIONES ANATÓMICAS DEL MÚSCULO BÍCEPS BRAQUIAL. SIGNIFICACIÓN QUIRÚRGICA

J.R. Ruiz Mezcua¹, C. de la Cuadra Blanco², L. Sanz Ferrando¹, E. Calvo Herranz² y J.R. Mérida Velasco²

¹FREMAP Dirección Regional. Madrid. ²Departamento de Anatomía y Embriología Humana II. UCM. Madrid.

Introducción y objetivos: Durante las disecciones rutinarias de la extremidad superior, encontramos cuatro casos en los que el músculo bíceps braquial presentaba variaciones y analizamos las la presencia simultánea de otras variaciones vasculo-nerviosas.

Material y método: El estudio fue realizado durante 4 cursos académicos, en el Departamento de Anatomía y Embriología Humana II de la UCM; se realizaron las disecciones de las extremidades superiores de 28 cadáveres. Los cadáveres fueron fijados en formol al 10% en las primeras 24 horas postmortem.

Resultados: 1. Músculo bíceps braquial con cabeza accesoria de origen humeral y cabeza corta atravesada por el n. musculocutáneo 2. Músculo bíceps braquio-antebraquial, con doble arteria braquial. 3. Músculo bíceps braquial con cabeza accesoria de origen humeral y arteria radial de origen alto. 4. Músculo bíceps braquial cuyas dos cabezas se unen en el tercio inferior del brazo.

Comentarios y conclusiones: Todos los casos observados presentaban alguna variación del patrón nervioso, siendo constante una conexión desde el nervio musculocutáneo al nervio mediano. En un caso, además el nervio musculocutáneo atravesaba las fibras de la cabeza corta del músculo bíceps braquial. En dos casos presentaban variaciones arteriales, en el caso 2 la arteria braquial era doble y en el caso 3 la arteria radial era de origen alto. La presencia de variaciones arteriales y nerviosas deben conocerse para evitar su lesión durante la cirugía en la región braquial distal (osteosíntesis, sutura del tendón bicipital, transferencias nerviosas periféricas o colgajos libres). El nervio musculocutáneo atravesando las fibras del músculo puede producir un síndrome compresivo neurológico. En el caso 3 la arteria radial discurre profunda al músculo bíceps braquio-antebraquial y puede ser comprimida. La unión baja de las cabezas del músculo bíceps braquial puede confundirse con una patología del mismo.



SELECCIONADO COMO CANDIDATO A MEJOR PÓSTER

CC-223. CERÁMICA 55 S PARA REGENERACIÓN DE DEFECTOS ÓSEOS

P. Sánchez Angulo, F. Cebrián Córdoba, S. Amor Jiménez, L.R. Meseguer Olmo y P. Martínez Sáez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Para la reconstrucción de defectos óseos complejos resultado de pseudoartrosis, fracturas abiertas, etc. se están estudiando matrices sintéticas con el fin de regenerar dichos defectos. Sobre ellas se pueden sembrar factores de crecimiento y células madre con el fin de diferenciar éstas en osteoblastos y obtener tejido óseo.

Material y método: Se sembraron dos líneas de cultivo con células madre obtenidas de aspirado de médula ósea de conejo, una sobre la matriz y otra sobre un plástico control en dos medios de cultivo diferentes. Se estudiaron las muestras a microscopio electrónico y se analizaron los marcadores CD 90 y la osteocalcina para estudiar la diferenciación a osteoblastos.

Resultados: Al mes de cultivo se objetivó mediante microscopía electrónica la diferenciación de las células madre a osteoblastos. Los marcadores revelaron que la mayoría de células madre se había diferenciado a osteoblastos sobre todo cuando se usaba la matriz inductora y el medio osteogénico.

Comentarios y conclusiones: Las matrices sintéticas representan una buena opción frente al injerto autólogo sobre todo cuando el defecto requiere grandes cantidades del mismo.

CC-224. EPIFISIOLISIS PROXIMAL DE LA TIBIAL ASOCIADA A LA AVULSIÓN DEL TUBÉRCULO TIBIAL

S. Santana Zorrilla, J. Herrero Gómez, J. Capdevila Baulenas, E. Sirvent Díaz, E. Pradillo García, J. Nogales López, B. Rubio Gajo y E. Martí Arasa

Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

Introducción y objetivos: Las lesiones por avulsión de la tuberosidad tibial anterior (TTA) son fracturas infrecuentes que se presentan normalmente en adolescentes. La asociación de una avulsión de la TTA con una epifisiolisis proximal de tibia constituye una extraordinaria rareza. Suelen ocurrir durante la actividad deportiva por solicitud violenta de la rodilla en flexión estando el cuádriceps tenso, que se continua por la caída de la rodilla en semiflexión, recibiendo la porción posterior de la epífisis tibial, fuerzas de compresión y cizallamiento, generando un fragmento metafisario.

Material y método: Se presenta la revisión de 2 casos, constituido por dos pacientes adolescentes. Ambos presentaron ginalgia aguda tras antepulsión brusca de la pierna, sin traumatismo directo. En la exploración física, se apreció dolor y tumefacción en región proximal de la tibia, con limitación de la flexoextensión, sin revelar solución de continuidad del aparato extensor. En ambos casos, se evidenció mediante el estudio radiológico, la presencia de una avulsión de la TTA, asociado a una epifisiolisis proximal de tibia tipo II de la clasificación de Salter y Harris, equivaliendo todo ello a una lesión de tipo IV de Watson-Jones. Se decidió realizar reducción y osteosíntesis con tornillo de esponjosa y arandela, junto a inmovilización con yeso inguinopédico en hiperextensión, durante 5 semanas.

Resultados: En los controles posteriores, los pacientes están asintomáticos, con consolidación de la fractura y recuperación funcional completa.

Comentarios y conclusiones: El cierre asimétrico de la fisis proximal de tibia, iniciado a nivel posterior con dirección anterior, es el factor que determina la patogenia de esta asociación y su incidencia en el adolescente.

CC-225. EVALUACIÓN BIOMECÁNICA DE INCREMENTO DE LA DENSIDAD ÓSEA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE HUESO OSTEOPORÓTICO CON FIJACIÓN DE CLAVO CENTROMEDULAR

H. Cabrera-Palacios, A. Paech, P. Schulz, R. Wentland y E. Wilde

Hospital Universitario de Lübeck. Alemania.

Introducción y objetivos: Las fracturas en el área intertrocantérica son tratadas generalmente en Alemania con clavos centromedulares gamma y otros medios de fijación que utilizan comúnmente un tornillo que se introduce en el cuello y cabeza femoral. Uno de los problemas de este tipo de fijaciones, es el riesgo de que el tornillo corte a través de la cabeza y cuello femoral. En este estudio se evaluó una técnica de incremento de la densidad del hueso mediante la aplicación de cemento para hueso. El objeto de este estudio es el de evaluar la aplicación de esta técnica para disminuir el riesgo de que el tornillo corte a través de la cabeza y cuello femorales.

Material y método: Para el estudio se utilizó una espuma artificial de poliuretano, simulando así la densidad del hueso osteoporótico (gravedad específica de 0,192 g/cm³). El modelo fue preparado con dos bloques de espuma a los que se les introdujo un clavo centromedular gamma. Los estudios fueron realizados con incrementos graduados de 50 N a la vez en dos modelos, uno con cemento y el segundo sin cemento. Cada modelo se estudió 5 veces. El cambio de estabilidad

fue determinado biomecánicamente desde que el tornillo migró hasta que cortó a través de la espuma del modelo.

Resultados: Para el modelo sin cemento el punto crítico de falla del implante fue alrededor de los 1.431 N. Para el modelo con cemento el punto crítico fue alrededor de los 1.987 N. La diferencia fue estadísticamente significativa.

Comentarios y conclusiones: Los estudios biomecánicos realizados comprobaron que el incremento de la densidad mediante el uso de cemento incrementa la habilidad del material para soportar la fuerza aplicada y reduce el riesgo de que el tornillo corte a través del material.

CC-226. MODELO EXPERIMENTAL PARA LA CIRUGÍA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON PLASTIA AUTÓLOGA EN OVEJAS

R. Sánchez Hidalgo, E. Gómez Hernández, R. Esparza Vicuña,
P. Delgado Serrano y F. Forriol Campos

Hospital FREMAP. Majadahonda.

Introducción y objetivos: Desarrollar un modelo experimental para la cirugía de la reparación del LCA en bovinos (*ovis ovis*) con plastia autóloga.

Material y método: Desarrollamos un modelo experimental de cirugía del LCA en ovejas con plastia autóloga del tendón flexor superficial de los dedos. Con una incisión pararrotuliana interna abrimos la cápsula, luxando la rótula externamente. Seccionamos el LCA. Perforamos los túneles con broca de 6 mm, el femoral desde el cóndilo interno y desde la cara externa de la extremidad proximal de la tibia perforamos el tibial, saliendo por la inserción anatómica del LCA. Con un pasahilos introducimos la plastia, con dos suturas en sus extremos, directamente por los dos túneles. Las suturas se anudaron por fuera con un botón. Simultáneamente, obtuvimos la plastia, efectuando una incisión longitudinal en la cara posterior del metatarsiano, extrayendo el tendón superficial flexor de los dedos. Efectuamos 45 cirugías midiendo el tiempo de cirugía y la repercusión sobre los animales.

Resultados: El tiempo de obtención de la plastia duró 8 minutos de media y la cirugía completa una media de 35 minutos (DE: 9 minutos). La plastia era aplanaada con longitud suficiente, hasta 12 cm, que puede ser dobrado, con un diámetro de 5 mm, o separado en dos fascículos. Los animales se recuperaron adecuadamente no teniendo complicaciones graves como consecuencia de la intervención. Dos casos presentaron luxación de rótula, por sutura inadecuada y dos casos de infección profunda que obligó al sacrificio del animal. En la mitad de los animales intervenidos mostraron una caída de la pezuña que no les impidió la movilidad.

Comentarios y conclusiones: Hemos desarrollado una técnica para la reparación del LCA rápida, sencilla y con pocas complicaciones que permite el estudio de las diferentes técnicas y modelos experimentales.

nervio mediano entre los huesos del carpo y el retináculo flexor. Su tratamiento de referencia consiste en la liberación del ligamento anular, pudiendo realizarse como cirugía programada habitual o en unidades de CMA.

Material y método: Se analizan de forma retrospectiva los STC intervenidos desde enero 2004 a mayo 2009, tanto en unidades de CMA como de cirugía hospitalizada. Se procede a un análisis descriptivo y a un análisis de costes de ambos grupos.

Resultados: Se intervinieron 1.060 STC, por cirugía hospitalizada 309 y por CMA 751. El 22% fueron hombres y el 78% fueron mujeres con una media de edad de 55 años. En cuanto a la estancia media los intervenidos en CMA no presentaron estancias mayores a 24h, pero si presentaron estancias superiores a 24h los intervenidos por hospitalización. En cuanto a los costes los intervenidos en CMA presentaron menores costes que los hospitalizados.

Comentarios y conclusiones: El número de STC intervenidos en CMA va aumentando progresivamente cada año a la inversa de los intervenidos por hospitalización. En cuanto al análisis de los costes directos de los STC intervenidos por la modalidad de CMA versus a los hospitalizados, se ve una reducción de los costes en intervenidos en CMA, con mejor utilización de los recursos.

CC-228. ARTRODESIS DE LAS ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS PROXIMALES DE LA MANO MEDIANTE PLACAS DE TITANIO

J.L. Arranz López, D. Pescador Hernández y A. Núñez Serrano

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Diversos métodos de fijación para realizar una artrodesis de las articulaciones interfalángicas proximales de la mano se han descrito. Las más populares son el empleo de agujas K pero la fijación no es muy estable y puede rotar el dedo. Describimos los resultados con placas de titanio para artrodesar estas articulaciones.

Material y método: Hemos empleado 34 placas de titanio para realizar una artrodesis de las articulaciones interfalángicas proximales de la mano en 25 manos. La edad media de los pacientes fue de 35 años y la causa en el 78% fue traumática.

Resultados: La estabilidad de la artrodesis de las articulaciones se logró en 30 casos. En los cuatro restantes fue necesaria la retirada de la placa: dos casos por infección y dos por dehiscencia de la sutura con exposición de la placa.

Comentarios y conclusiones: Las placas de titanio como método para artrodesar las articulaciones interfalángicas proximales de la mano se ha demostrado muy estable y con un índice de complicaciones bajo.

CC-229. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA RÁFGA CUBITAL DE LOS DEDOS EN LA MANO REUMÁTICA MEDIANTE DIFERENTES TÉCNICAS

J.L. Arranz López y D. Pescador Hernández

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: La ráfaga cubital tiene diferentes causas pero siempre causa un importante impedimento funcional a los pacientes con artritis reumatoide. Se han publicado diferentes técnicas reconstructivas con resultados desiguales. En esta comunicación describimos y analizamos los resultados de las técnicas que empleamos en el Hospital Universitario de Salamanca.

Material y método: Hemos estudiado ocho pacientes y se ha reconstruido en ellos 27 dedos con ráfaga cubital. Se ha empleado tres técnicas: sección de los intrínsecos cubitales (6%), transferencia de los intrínsecos del lado cubital al radial del dedo adyacente (10%) y liberación del aparato extensor y recolocación a nivel del axis del dedo (21%).

MANO-MUÑECA (CC-227–CC-298)

CC-227. COMPARACIÓN DE COSTES ENTRE STC INTERVENIDOS EN CMA VERSUS INTERVENIDOS EN HOSPITALIZACIÓN

D. Pescador Hernández, J. Blanco Blanco, A. Moreno Regidor, J.M. Martín Enrique, J. Amores Solano, P. Miramontes González, E. Elena Sorando y L. Ollero Malagón

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: El síndrome del túnel del carpo es la neuropatía compresiva más prevalente, representando el 3,4% para las mujeres y del 0,6% para los hombres. Consiste en una compresión del

Resultados: Los resultados fueron estudiados entre los 12 meses y los 4 años (media 2 años y 7 meses). Se pudieron clasificar como buenos en el 70% de los casos en el primer grupo, 65% en el segundo y 25% en el tercero.

Comentarios y conclusiones: Podemos afirmar que las técnicas que van dirigidas a evitar el acortamiento de los intrínsecos como causa fundamental en la etiología de la ráfaga cubital de los dedos son los que dan mejores y más duraderos resultados.

CC-230. RESULTADOS CON LA TÉCNICA DE LAZO DE ZANCOLLI PARA EL TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS DE LAS PARÁLISIS DEL NERVIO CUBITAL

J.L. Arranz López, D. Pescador Hernández y A. Núñez Serrano

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Diversas técnicas para paliar las secuelas de las parálisis del nervio cubital han sido descritas. Una de las secuelas es la hiperextensión de las articulaciones metacarpo-falangicas de los dedos cuarto y quinto y la imposibilidad de una flexión activa correcta a ese nivel.

Material y método: Seis casos de secuelas de las parálisis del nervio cubital mediante la técnica del lazo de Zancolli han sido empleadas. La edad media del los pacientes fue de 55 años y las causas fueron traumáticas con secciones completas del nervio cubital. En cuatro casos el nervio fue suturado y en dos casos la lesión primaria no fue diagnosticada.

Resultados: En los seis casos se logró una mejoría muy significativa de la flexión de los dedos. La hiperextensión típica de las articulaciones metacarpo-falangicas de los dedos cuarto y quinto fue corregida en los seis casos.

Comentarios y conclusiones: La hiperextensión de las articulaciones metacarpo-falangicas de los dedos cuarto y quinto está causada por el desbalance de las fuerzas extensoras y flexoras de esa articulación y es la causante de la disfunción de la flexión que se corrige con la técnica de lazo de Zancolli con excelentes resultados.

CC-231. COMPARACIÓN DE LAS DIFERENTES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA RIZARTROSIS

D. Pescador Hernández, S. López Alonso, D. Borrego Ratero, I. García Cepeda, J. Blanco Blanco, C. Corchado Villalba, E. Elena Sorando y L. Ollero Malagón

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: La rizartrosis supone uno de los procesos degenerativos más frecuentes, representando el 60% de los procesos artrósicos de la mano, solamente superado por la artrosis localizada en la articulación interfalángica distal. Suele estar presente en el 30% de las mujeres postmenopáusicas entre los 50 y 70 años de edad. Presenta una clínica de dolor y limitación en el rango de movilidad, siendo diagnosticada mediante una simple radiografía de mano. Las técnicas quirúrgicas han evolucionado a lo largo del tiempo, que van desde las osteotomías y exéresis del trapecio y la base del metacarpiano a las modernas prótesis totales y las complejas artroplastias de interposición.

Material y método: Se revisa de forma retrospectiva los pacientes operados en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica de Salamanca desde el 2000 al 2008. Se comparan los resultados mediante la información adquirida de las historias clínicas y los resultados procedentes de la encuesta DASH.

Resultados: Se revisan 35 pacientes. 15 intervenidos mediante la técnica de prótesis total tipo ARPE, 11 mediante artroplastia de interposición tipo PIRODISK y 9 con artroplastia de interposición tipo ARTELON. Los resultados en cuanto a movilidad y satisfacción clínica fueron

superiores para la prótesis total en el primer año, pero igualándose éstos al segundo año de la intervención con las otras dos técnicas. Las complicaciones fueron prácticamente nulas en las artroplastias de interposición, pero si encontramos complicaciones de luxaciones en la prótesis.

Comentarios y conclusiones: Bajo nuestra experiencia, no encontramos ninguna diferencia entre estas tres técnicas. Dejando la elección, del tipo de tratamiento, según la experiencia del cirujano y el grado de coste beneficio de éstas.

CC-232. REVISIÓN DE HERIDAS EN CARA DORSAL MANO Y ANTEBRAZO PARA DESCARTAR LESIONES TENDINOSAS EXTENSORAS

J. López Valenciano, C. Sánchez Monzó, S. Eschenbach, J.C. Borrás Cebrián, J.I. Pérez Correa, E.R. Gil Monzón, C.I. Cerezuela Jordá y R. Sánchez Mateo

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción y objetivos: Las heridas en cara dorsal de mano y antebrazo son una patología frecuente en la clínica habitual, existiendo una tendencia a revisar las mismas cuando existan heridas de grandes dimensiones o con clínica de impotencia extensora. Sin embargo nosotros realizamos en nuestro servicio una revisión de todas las heridas de este tipo para descartar lesiones tendinosas. Objetivo: estudiar la frecuencia de lesiones tendinosas en heridas de cara dorsal de mano y antebrazo.

Material y método: Estudio transversal, desde junio de 2009 hasta enero de 2010, con pacientes suturados por los residentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología de nuestro servicio, en heridas de cara dorsal de mano y antebrazo. 30 pacientes hasta la fecha.

Resultados: (Provisionales) 82,8% pacientes menores de 51 años. 34,5% de los casos zona V extensora. 34,5% afectación en 2.^º y 5.^º dedos, cada uno. 34,4% afectación mayor del 50% del grosor, 24,1% lesión completa. 4 pacientes presentaron impotencia extensora, 3 con afectación completa y 1 mayor del 50%, 6 pacientes sin clínica presentaron roturas mayores del 50% (4 completas), p = 0,062.

Comentarios y conclusiones: Aunque la mayoría de casos con heridas en manos y antebrazos tienen lesiones tendinosas menores de un 50% y no tienen clínica asociada, existe un porcentaje alto de lesiones en tendones mayores del 50% sin clínica asociada, por lo tanto nosotros recomendamos la revisión de heridas en esta región en el momento agudo debido a su relativa sencillez, aprovechamiento del acto de sutura con anestesia local y para evitar complicaciones a largo plazo.

CC-233. TRATAMIENTO RECONSTRUCTOR DE LA EXPOSICIÓN DE TENDONES FLEXORES A NIVEL DE LA MUÑECA

J.L. Arranz López, D. Pescador Hernández y A. Núñez Serrano

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Las pérdidas de cobertura de partes blandas a nivel de la cara volar de la muñeca pueden provocar la exposición de los tendones flexores. Debido a que no es posible la cicatrización por segunda intención sobre los tendones sin paratenon, es necesaria una buena cobertura cutánea para prevenir una alteración secundaria de la función flexora de los dedos.

Material y método: Hemos empleado en tres casos el colgajo cubital o de Becker para cubrir otros tantos defectos en la cara volar de la muñeca donde había exposición de los tendones flexores sin paratenon. En dos ocasiones la sección de varios tendones requirió la sutura de los mismos en el mismo acto quirúrgico.

Resultados: El resultado funcional fue satisfactorio en los tres casos, recuperando la función flexora de los dedos. El colgajo cubital o de Becker sobrevivió en el 100% de los casos. Como complicaciones, hubo

un hematoma que fue drenado y sólo provocó dehiscencia de la sutura que luego dejó una cicatriz hipertrófica.

Comentarios y conclusiones: Las pérdidas de cobertura cutánea con exposición de tendones a nivel de la cara volar de la muñeca hace necesario un colgajo como el cubital que posee gran fiabilidad y es de fácil disección.

CC-234. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL PULGAR EN LA MANO REUMÁTICA MEDIANTE DIFERENTES TÉCNICAS

J.L. Arranz López y D. Pescador Hernández

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: El pulgar representa el 60% de la función de la mano. En la mano reumática el pulgar generalmente está seriamente afectado lo que provoca un gran impedimento funcional a la mano. Se describen diferentes técnicas que hemos empleado en nuestra institución.

Material y método: Hemos operado 13 pacientes y 20 pulgares. La edad de los pacientes estaba entre 24 y 68 años (media 56 años). Las técnicas quirúrgicas empleadas han sido las siguientes: 1. artrodesis de la articulación interfalángica (69%), 2. artrodesis de la articulación trapecio-metacarpiana (45%), 3. resección del trapecio y reconstrucción de los ligamentos capsulares y radiales (20%), 4. artroplastia interposicional con tejido autólogo (25%).

Resultados: Los resultados fueron evaluados entre 12 meses y 48 meses (media de 34 meses). Los resultados del primer grupo fueron muy buenos en el 100%. Los del segundo grupo fueron buenos en el 68%, recidivaron los síntomas a los 24 meses como media en el 22%. Los resultados fueron buenos en el 25% en el tercer grupo, en el 75% la articulación permaneció inestable a los 12 meses de media. En el 4º grupo los resultados fueron buenos en el 55% de los casos.

Comentarios y conclusiones: Las técnicas más seguras en nuestras manos son las artrodesis de la articulación interfalángica y la trapecio-metacarpiana pero no permanece en el tiempo esta última. La resección del trapecio y reconstrucción de los ligamentos capsulares y radiales es una técnica que no estabiliza la articulación y no da por lo tanto buenos resultados. La artroplastia interposicional con tejido autólogo da buenos resultados a pacientes con bajos requerimientos de la mano y a medio plazo.

CC-235. REPARACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL TENDÓN EXTENSOR LARGO DEL PULGAR MEDIANTE TRANSFERENCIA TENDINOSA

J.L. Arranz López, D. Pescador Hernández y A. Núñez Serrano

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: La sección del extensor largo del pulgar es una secuela relativamente frecuente cuando no se ha diagnosticado en los primeros días o bien está causada por una rotura espontánea habitualmente secundaria a una artritis o a un callo óseo en la zona de la tabaquera anatómica. La reparación, cuando ha pasado un tiempo, no es posible mediante tenorrafía son entonces necesarias otras técnicas como los injertos tendinosos o el método preferido por nosotros de la transferencia tendinosa.

Material y método: Se ha reparado cuatro secuelas de secciones del extensor largo del pulgar mediante transferencia tendinosa del extensor propio del índice. En tres casos la causa fue una sección antigua del extensor largo del pulgar y en un caso fue causada por una rotura espontánea secundaria a una artritis reumatoide.

Resultados: Los resultados fueron satisfactorios en todos los casos aunque en un caso la tensión excesiva de la transferencia tendinosa impidió flexionar del todo el pulgar pero al cabo de meses y de rehabilitación la función fue satisfactoria.

Comentarios y conclusiones: las secuelas de secciones del extensor largo del pulgar mediante transferencia tendinosa del extensor propio del índice es la más adecuada porque la función se recupera en todos los casos y no existe la tenodesis que se produce cuando se emplean injertos tendinosos.

CC-236. LUXACIÓN PERILUNAR Y FRACTURA DE EXTREMIDAD DISTAL DE RADIO. PRESENTACIÓN Y REVISIÓN DE LITERATURA

J.M. Fernández Medina, J.A. Cara del Rosal, A. Narváez Jiménez y J.J. Ortiz

Hospital FREMAP. Málaga.

Introducción y objetivos: La asociación de la luxación perilunar y la fractura de la extremidad distal del radio es poco común. En la revisión de la literatura apenas hemos encontrado algún caso publicado. El objetivo del trabajo es presentar un caso de dicha asociación, el tratamiento efectuado y la evolución que ha seguido el paciente.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente varón de 45 años que sufrió accidente laboral. Tras exploración física y radiológica, es diagnosticado de fractura de la extremidad distal del radio y luxación perilunar. Se aconsejó tratamiento quirúrgico realizando un doble abordaje: a) Abordaje palmar donde se observó la disrupción de los ligamentos palmares, se redujo la luxación y la fractura de radio y se estabilizó con placa de osteosíntesis. b) Abordaje dorsal donde con una aguja K se recolocó el semilunar (que estaba en DISI) y se estabilizó con agujas K.

Resultados: El paciente permaneció inmovilizado durante 2 meses, tras los cuales se procedió a retirar inmovilización y agujas K. Comenzó con fisioterapia activa consiguiendo incorporarse a su trabajo a los 9 meses del accidente con muy discreta limitación de la movilidad.

Comentarios y conclusiones: Al recibir el paciente en urgencias y ver la importancia de las lesiones que padecía, nos propusimos hacer una búsqueda bibliográfica con objeto de ver como se podría tratar dicha lesión. La sorpresa fue que no encontramos ningún caso publicado de esta asociación. Está demostrado que muchas luxaciones del carpo pasan desapercibidas en urgencias, y si a esta circunstancia se le asocia la presencia de una fractura de radio, es más fácil que la luxación pase desapercibida. No creemos que éste sea el único caso clínico, lo que queremos llamar la atención es la de tener presente que se puede dar y tratarla correctamente para evitar complicaciones secundarias.

CC-237. LUXACIÓN SIMULTÁNEA DORSAL DE INTERFALÁNGICAS DEL QUINTO DEDO DE MANO. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

A. Tejero Ibáñez¹, I. Eraso Lara², F.J. Reparaz Pardos², A. Garbayo Marturet² y F. Bravo Corzo²

Hospital Reina Sofía. Tudela. ²Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar tres casos de luxación dorsal simultánea de las articulaciones interfalángicas en el quinto dedo de la mano, debido a un mecanismo en hiperextensión tras traumatismo directo de forma casual.

Material y método: El tratamiento consistió en una reducción cerrada de ambas articulaciones, que resultaron estables, lo que permitió una inmovilización reducida en el tiempo, con rehabilitación precoz y recuperación funcional completa en dos casos y secuela funcional moderada en el otro caso.

Resultados: La luxación aislada de la articulación interfalángica de los dedos es muy frecuente, sin embargo la forma simultánea de dislocación es una entidad rara.

Comentarios y conclusiones: Revisando la literatura de esta patología, se observa que la mayoría de los casos ocurren en deportistas,

sobre todos los que utilizan balones, tipo béisbol, fútbol, balonmano o voleibol.

CC-238. COLGAJO FASCIOCUTÁNEO CÚBITO DORSAL EN LA COBERTURA DE LAS PÉRDIDAS DE SUSTANCIA TRAUMÁTICAS DE LA MUÑECA

E. Elena Sorando, D. Pescador Hernández, J. Arranz López, R. Sanchidrián González, E. Sánchez Casado, A. Romo Melgar, E. Díaz Reques y P. Miramontes González

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: La muñeca constituye una estructura anatómica susceptible de sufrir lesiones que pueden afectar gravemente a la función sensitivo motora de la mano. Las lesiones complejas con pérdida de sustancia requieren una cobertura adecuada que proteja estructuras vascúlo-nerviosas, tendinosas y/o articulares. Revisamos la idoneidad del colgajo cúbito dorsal en estas lesiones.

Material y método: Presentamos 2 casos clínicos: Caso 1: niña de 5 años con pérdida de sustancia volar tras accidente de tráfico, nervio mediano expuesto, avulsión de tendones. Se realizó injerto cutáneo y cobertura con colgajo fasciocutáneo cúbito-dorsal. Caso 2: varón de 33 años, con sección de múltiples tendones flexores (FDS 2.º al 4.º y FDP 3.º) y laceración cutánea volar en su muñeca dominante. Se realizó tenorrafia de todos los tendones y colgajo fasciocutáneo cúbito dorsal.

Resultados: En ambos casos la restitución funcional fue completa, y el resultado estético muy satisfactorio. Tras la cirugía ambos pacientes mantuvieron férula funcional durante 3 semanas, y rehabilitación posterior que en el caso del niño se realizó en su domicilio.

Comentarios y conclusiones: El colgajo fasciocutáneo cúbito dorsal permite cubrir pérdidas de sustancia volares de la muñeca, sin utilizar los ejes arteriales principales, aporta tejido fascial que permite deslizamiento de los tendones y previene adherencias. Su ejecución es sencilla y el resultado estético es satisfactorio.

CC-239. FRACTURA-AVULSIÓN PROXIMAL DE LA ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA DE UN PULGAR INMADURO

A. Utrillas Compairé, I. González Gómez, A. Rodríguez Garzón, J. García García, G. Azuara Dapía, S. Bazaga Díaz y F.J. Ferreira Villanova

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción y objetivos: Descripción: varón de 12 años que sufrió caída sobre la muñeca izquierda extendida sufriendo una desviación radial forzada brusca del primer dedo. El paciente presentaba gran tumefacción y equimosis en la región cubitodorsal de la articulación metacarpofalángica (MTCF) del primer dedo, con dolor e impotencia funcional absoluta para la aducción-abducción y la flexo-extensión. Al reproducir la desviación radial forzada del primer dedo la articulación MTCF bosteza más de 45º con respecto al lado sano. Objetivo: descripción de lesión no descrita en la literatura.

Material y método: Se realizan 2 proyecciones radiológicas (anteroposterior y lateral del primer radio de la mano), objetivándose una fractura-avulsión proximal del ligamento colateral cubital (LCC) de la articulación MTCF a expensas de la cabeza del metacarpiano del primer dedo. Tras 6 días de la caída, se realiza reducción y osteosíntesis con tornillo AO de 1,5 mm del fragmento óseo avulsionado, reparación del ligamento colateral accesorio y cierre posterior de la aponeurosis del músculo aductor del primer dedo.

Resultados: Evolución: 10 semanas después de la cirugía el paciente presenta una movilización completa del primer dedo sin dolor, con un ligamento colateral cubital competente en la exploración, alcanzando una puntuación de discapacidad Quick DASH del 0%, por lo que es dado de alta definitiva.

Comentarios y conclusiones: La fractura-avulsión proximal del LCC de la articulación MTCF a expensas de la cabeza del metacarpiano del primer dedo en niños no ha sido descrita en la literatura. Se ha considerado que este tipo de fractura requería una reducción abierta y osteosíntesis interna para restablecer la anatomía y funcionalidad del LCC del primer dedo, y el resultado obtenido ha sido satisfactorio.

CC-240. LUXACIÓN CARPO-METACARPIANA COMPLETA INCLUYENDO PULGAR CON FRACTURA PROXIMAL DE CÚBITO Y RADIO

C. Corchado Villalba, G. Borobio León, D. Pescador Hernández, J.M. Martín Enrique, S. López Alonso, J.A. Amores Solano, D. Borrego Ratero y J. Blanco Blanco

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción y objetivos: Las luxaciones carpo-metacarpianas son lesiones infrecuentes, dentro de las lesiones de la extremidad superior. Suelen producirse en accidentes de tráfico, en personas de mediana edad tras un traumatismo de alta energía. Presentan un difícil diagnóstico, generalmente por los malos estudios radiológicos, siendo necesarias proyecciones específicas. Presentamos un caso infrecuente y de difícil tratamiento.

Material y método: Varón de 22 años que tras un accidente de tráfico presentó: fractura-luxación carpo metacarpiana completa incluyendo el pulgar, más luxación de la articulación interfalángica del 2.º dedo, asociado a fractura del 1/3 proximal de cúbito y cabeza de radio. Se realiza reducción abierta y estabilización con agujas de Kirschner, reducción de la luxación interfalángica de 2.º dedo, fasciotomías descompresivas por presentar un síndrome compartimental, en un segundo tiempo se procedió a la osteosíntesis de cúbito y radio.

Resultados: La evolución clínica y radiológica del paciente fue satisfactoria, obteniéndose la consolidación de los huesos del carpo sin complicaciones y sin limitación en el rango de movilidad.

Comentarios y conclusiones: Existen pocos casos publicados en la literatura de fracturas-luxaciones carpo metacarpianas completas, aún siendo menos, las asociadas con fractura de ambos huesos del antebrazo. Son lesiones de gran inestabilidad en las que a menudo la reducción cerrada se hace imposible, siendo necesaria la reducción abierta.

CC-241. NECROSIS CUTÁNEA DEL DORSO DE LA MANO TRAS INFILTRACIÓN DE SILICONA EN PACIENTE BOXEADOR

O.S. Pérez Moro, J. González del Pino, M.J. Morales Pérez, J. Rosado Diago y F. Díez Ramos

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid.

Introducción y objetivos: Se han utilizado diversos materiales para incrementar volumétricamente los tejidos blandos. La silicona (polimetsiloxano) es el polímero más usado para implantes médicos. Aunque fue considerada biológicamente inerte, ha sido implicada en multitud de reacciones inflamatorias adversas, provocando en ocasiones la destrucción del tejido donde asienta.

Material y método: Hombre de 32 años, con dolor y signos inflamatorios en el dorso de la mano derecha de 3 meses de evolución. Se aprecia una escara sobre la tercera articulación MCF, que expone una pasta gelatinosa blanquecina. Presenta signos sugestivos de linfangitis proximal. El paciente se había infiltrado silicona 5 años antes para boxear. La Rx no evidenció osteomielitis. Se instauró antibioterapia específica para *Staphylococcus aureus* y extirpación de silicona. Se constata persistencia de la infección y necrosis del dorso de la mano. Se procede al desbridamiento radical del dorso distal de la mano, creando un defecto de 9 x 6 cm., que se cubre con un colgajo íntero-septal posterior, evolución satisfactoria. A las 3 semanas se inicia tratamiento rehabilitador.

Resultados: Tras un periodo de rehabilitación de 6 semanas, el BA es de 90°-90°-70° de MCFs-IFPs-IFDs, respectivamente. La fuerza de agarre registrada mediante un dinamómetro Jamar® es del 92% con respecto a la mano contralateral. Para reducir el perfil del colgajo se prescribe guante de presoterapia. A los 4 meses el paciente realiza sus actividades de la vida diaria con normalidad.

Comentarios y conclusiones: Numerosas complicaciones desastrosas han resultado del uso de silicona. Las reacciones de cuerpo extraño pueden ocurrir años después del implante, siendo frecuentes la retracción dérmica, necrosis cutánea e infección. El tratamiento de estas lesiones consiste en resección radical de la zona patológica y cobertura cutánea que permita una adecuada concentración del antibiótico, así como el deslizamiento de las estructuras profundas móviles.

CC-242. RECONSTRUCCIÓN DE FRACTURAS-LUXACIONES INTERFALÁNGICAS INVETERADAS MEDIANTE AUTOINJERTO OSTEOCONDRAL DEL CARPO

C. Bermell González, L. Aguilella Fernández y M. Fontestad Utrillas

Hospital Universitario de la Ribera. Valencia.

Introducción y objetivos: Las fracturas-luxaciones de la articulación interfalángica proximal (IFP) en ocasiones pasan inadvertidas en el estudio radiográfico inicial, siendo diagnosticadas tarde. Esto conlleva un notable aumento de complejidad en su tratamiento. Nuestro objetivo es dar a conocer una novedosa técnica quirúrgica, que permite tratar satisfactoriamente este tipo de casos.

Material y método: Presentamos dos pacientes de 15 y 19 años de edad con antecedentes de luxación de la articulación IFP del tercer y cuarto dedo respectivamente, diagnosticadas y tratadas en el servicio de urgencias. En el seguimiento de ambos casos y tras realizar las proyecciones adecuadas apreciamos una fractura-luxación de la articulación IFP con un severo daño articular. Se efectúa una reconstrucción mediante injerto osteocondral del hueso ganchoso ipsilateral. La superficie articular distal del hueso ganchoso presenta una gran similitud anatómica con la base de la segunda falange, lo que permite una reconstrucción óptima.

Resultados: Tras realizar la rehabilitación adecuada, a los seis meses de evolución ambos pacientes presentan un rango de movilidad flexo-extensora entre 80-90°, con corrección de la deformidad previa, y con una congruencia articular satisfactoria, sin apreciar signos de reabsorción ósea en las radiografías.

Comentarios y conclusiones: La presencia de fracturas asociadas a las luxaciones de la articulación IFP pueden pasar inadvertidas si no se realizan unas proyecciones radiográficas adecuadas. En el tratamiento tardío se ha venido efectuando la artroplastia de Eaton, que presenta unos resultados limitados. Técnicas más actuales como la de Hastings, que utiliza injerto osteocondral del hueso ganchoso para reconstruir este tipo de lesiones, permite obtener mejores resultados. Este injerto proporciona una reconstrucción anatómica de la superficie articular, dando estabilidad intrínseca, y permitiendo una movilización precoz de la articulación.

CC-243. TUMORACIÓN DORSAL EN CARPO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Chiquillo Llauradó, E. Planes Vall, M. Montero Jaime, E. Valera Costa, M. Alsina Pujol y G. Calbet Montcusí

Hospital Universitario Sant Joan. Reus.

Introducción y objetivos: Las coaliciones carpianas se consideran una entidad poco frecuente y la mayoría cursan de forma asintomática. Casos aislados de coaliciones se presentan de manera inusual con dolor inespecífico de muñeca, artritis, fracturas de las sinostosis o roturas tendinosas.

Material y método: Paciente de 35 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médicos de interés que presenta una

muñeca dolorosa de 2 años de evolución sin antecedente traumático, con una tumoración de consistencia dura a nivel de la base del 3r metacarpiano de la mano izquierda. Pruebas complementarias; estudio radiográfico; ecográfico y RMN dentro de la normalidad, en el estudio TAC se evidencia una coalición entre hueso grande y el 3r metacarpiano. Se presenta un caso de coalición entre hueso grande y 3r metacarpiano, no asociada a ningún síndrome conocido. Clasificada como tipo I de Minaar.

Resultados: Dada la sintomatología del paciente y la limitación de su actividad laboral se decide intervención. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y de alta hospitalaria.

Comentarios y conclusiones: Las coaliciones entre hueso grande y 3r metacarpiano no asociadas a otras deformidades ni síndromes, son un fenómeno infrecuente y poco documentado en la bibliografía ya que posiblemente pasan desapercibidas por sus escasas manifestaciones clínicas. El tratamiento de las cuales es aún muy controvertido.

CC-244. LUXACIÓN TRAPECIOMETACARPIANA ASOCIADA A ARTROSIS

J.M. Martín Enrique, I. García Cepeda, M.L. García Martínez, T. Hernández Sánchez y S. López Alonso

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: La luxación carpometacarpiana del pulgar es una entidad poco frecuente sobre la que existen pocas publicaciones. Es especialmente rara en niños y adolescentes y, en general, se cree que el mecanismo de la lesión es una compresión axial sobre el primer MTC flexionado, que saca la base metacarpiana en dirección dorsal. Suele estar asociada a lesiones ligamentosas ya sean completas o parciales. Cuanto más amplia es la rotura mayor es el desplazamiento y, por tanto, más obvio el diagnóstico.

Material y método: Varón de 60 años, sin antecedentes de interés, que acude con dolor e impotencia funcional a nivel de la articulación trapeciométacarpiana. En la Rx se aprecia luxación trapeciométacarpiana y artrosis grado II-III. Tras valorar el caso y debido a la asociación con artrosis se decidió la reducción abierta y artrodesis de la articulación con agujas de Kirschner.

Resultados: Se presenta el caso por lo infrecuente de esta patología y por las pocas recomendaciones específicas sobre el tratamiento de estas lesiones. Actualmente existen controversias en las indicaciones. Algunos autores prefieren el tratamiento mediante inmovilización con escayola tras reducción, otros con fijación interna con agujas de Kirschner y, en casos de inestabilidad persistente o recurrente, mediante reconstrucción de ligamentos.

Comentarios y conclusiones: En los casos de luxación trapeciométacarpiana la elección del tratamiento dependerá del grado de luxación, inestabilidad tras la reducción y patologías acompañantes de la articulación, entre otros factores. En el caso expuesto el paciente mejoró clínicamente a lo largo de las sucesivas revisiones, despareciendo el dolor y obteniendo un óptimo rango de movilidad del primer dedo.

CC-245. ENCONDROMA PROTUBERANS DE MANO. UNA LESIÓN INFRECUENTE

A. López Hualda, H. Fahandezh-Saddi Díaz, H. Valencia García, S. Martos Torrejón, J. Ruiz Zafra, S. Santana Ramírez, J.R. Prieto Martínez y R. Egea Gámez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: El encondroma es el tumor cartilaginoso benigno más frecuente de la mano, en ocasiones puede presentar dudas diagnósticas con tumores malignos. Presentamos un caso de tumoración digital en un niño que experimentó un crecimiento acelerado.

Material y método: Varón de 11 años seguido prospectivamente entre 2004-2009, presentando una tumoración excrecente dura y no dolor-

rosa en 2.^o dedo mano izquierda, sin afectación neurovascular ni tendinosa.

Resultados: La radiología simple mostró una lesión osteolítica excéntrica con ruptura de la cortical a nivel de falange proximal de 2.^o dedo (40 × 12 mm). Además se apreciaban 2 lesiones osteolíticas centrales con cortical conservada en la falange distal y en el metacarpiano del 2.^o dedo. La resonancia magnética reveló 3 lesiones hipointensas en T1 bien delimitadas con contorno lobulado expansivo y sin afectación de la línea fisaria. La lesión de falange proximal experimentó un crecimiento acelerado en los últimos meses de seguimiento, y se decidió realizar una extirpación de la lesión, curetaje y aporte de injerto óseo autólogo de cresta ilíaca.

Comentarios y conclusiones: Los encondromas radiológicamente aparecen como lesiones osteolíticas centrales en la región metafiso-diafisaria de huesos tubulares de manos y pies. Raramente se expanden yuxtacorticalmente generando una lesión exofítica denominada encondroma protuberans. Dicha entidad debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de osteocondroma y condrosarcoma dada la similitud radiológica. El encondroma protuberans es una entidad rara, que radiológicamente puede confundirse con otros tumores osteomusculares malignos. La RMN puede ser clave para un diagnóstico correcto y un tratamiento óptimo.

CC-246. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE URGENCIA TRAS INYECCIÓN DE PINTURA Y DISOLVENTE EN UN DEDO DE LA MANO

A. Jiménez Martín, M.A. Podetti Meardi, F.J. Santos Yubero, F.J. Najarro Cid, M. Sicre González y S. Pérez Hidalgo

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: La inyección de pintura a presión en un dedo es una patología grave, poco frecuente (1/600 traumatismos de la mano) y que conlleva la amputación del dedo si el tratamiento de urgencia se retrasa más de 10 horas. Nuestro objetivo es revisar un caso y considerar las opciones terapéuticas disponibles.

Material y método: Varón de 38 años, que sufre disparo accidental de una pistola inyectora de pintura azul llena de disolvente, ocasionándole gran dolor y parestesias en el dedo índice de la mano derecha y color azulado, cianótico, del pulpejo. Rx: sin datos de interés.

Resultados: Practicamos desbridamiento de urgencia, identificando colaterales aparentemente indemnes, respetando poleas e irrigando con clorhexidina y suero abundante. 5 días de antibioterapia intravenosa. Tras 1 mes, requiere injerto de piel en la falange distal y posteriormente, recupera la funcionalidad tras 3 meses de rehabilitación.

Comentarios y conclusiones: Sin el tratamiento adecuado urgente la tasa de amputación puede rondar el 30-48% de los casos para Hogan. Más del 50% suceden en el dedo índice de la mano, siendo la no dominante la más afectada. La presión desde 40-880 barios es la que determina su traspaso a través de la piel y el daño subyacente. El desbridamiento masivo y posterior cobertura mediante injertos descrita por Pinto determinaría una tasa de amputación del 16% frente a otros autores, de hasta el 50%. Finalmente, la agresión por disolventes presenta un riesgo de amputación del 50-80%, con riesgos de generación de granulomas e incluso de carcinomas escamosos.

CC-247. TUMORACIÓN QUÍSTICA BENIGNA COMO HALLAZGO INTRAOPERATORIO CASUAL TRAS EL ABORDAJE QUIRÚRGICO DE UN DEDO EN RESORTE

A. Jiménez Martín¹, F.J. Najarro Cid¹, F.J. Santos Yubero¹, H.E. Carreras², M. Zurera Carmona¹ y S. Pérez Hidalgo¹

¹Hospital FREMAP. Sevilla. ²Centro Gallego de Buenos Aires. Argentina.

Introducción y objetivos: Los quistes de la vaina flexora se presentan especialmente en mujeres frente a hombres (2.6/1) según Abe, afec-

tándose especialmente el dedo medio hasta un 69%, sobre las poleas A1 y A2. Nuestro objetivo es presentar un caso de dedo en resorte, cuyo sustrato fue un quiste de la vaina flexora y revisar las distintas opciones terapéuticas.

Material y método: Varón de 52 años que refiere desde hace 2 meses dolor al extender el pulgar derecho, con sensación de bloqueo en flexoextensión. RNM: engrosamiento del tendón flexor. Ecografía: inflamación del tendón flexor, con imagen hiperecoica central.

Resultados: Procedemos al abordaje volar de la metacarpofalángica del pulgar, evidenciando una lesión puntiforme central en la polea A1, que extirparamos, consiguiendo la correcta movilidad del dedo sin bloquesos. Histología: lesión quística benigna.

Comentarios y conclusiones: En esta patología, los flexores suelen verse engrosados ecográficamente frente a los normales ($3,71 \pm 0,46$ mm vs $5,41 \pm 0,94$ mm, $p < 0,001$). Jebson recomienda la escisión de la lesión quística, apareciendo un 52% sobre la polea A1 y un 36% sobre la A2. La escisión para Bittner supone un 93% de buenos resultados sin recurrencias. El tratamiento percutáneo debería respetar la distancia respecto al eje del dedo de $5,4 \pm 1,4$ mm (borde radial) y $6,7 \pm 1,9$ mm (borde cubital). Forster recomienda la aspiración eco-guiada, con recurrencia para Thornburg del 30%. Su diagnóstico diferencial para Messoudi sería con los tumores de células gigantes, cuya recurrencia tras la extirpación sería del 9,3%, o con hemangiomas.

CC-248. TUMOR DE CÉLULAS GRANDES DEL HUESO PIRAMIDAL

M. Gutiérrez Santiago, J. González Arteaga, I. Sancho González, M. Ercilla Oyarzábal, M. Menéndez García, J. Ruiz Ruiz, B. Brun Alonso y D. Sánchez Guardamino

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes se presenta en un 2% en los huesos de la mano, siendo las localizaciones más frecuentes los metacarpianos y las falanges. Aunque se han descrito en todos los huesos del carpo, la localización en el hueso piramidal de forma aislada es extremadamente rara, encontrándose descritos sólo dos casos en la literatura.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 42 años con dolor y limitación funcional de la muñeca derecha, demostrándose mediante pruebas de imagen la presencia de una tumoración de características benignas en el hueso piramidal. No se apreciaban lesiones metastásicas en otras localizaciones. El tratamiento consistió en la extirpación en bloque del mismo junto con las partes blandas adyacentes. La anatomía patológica confirmó la existencia del tumor de células gigantes extirpado completamente.

Resultados: En el momento actual, la paciente presenta una adecuada capacidad funcional de la mano, sin datos de recidiva.

Comentarios y conclusiones: El tumor de células gigantes es un tumor infrecuente en los huesos del carpo cuyo comportamiento puede ser agresivo tanto a nivel local como metastatizar a distancia. A pesar de ser un tumor de características benignas, se debe realizar un seguimiento prolongado para detectar posibles recidivas.

CC-249. LUXACIÓN TRAPEZOIDE-2.^o METACARPIANO MANO DERECHA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Guijarro Valtueña, M. Zurrón Lobato, S. Bartolomé García, A. Ortega Briones, C. Zorzo Godes, F. Jañez Moral y A.P. Torrijos

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción y objetivos: Las luxaciones que afectan a la región de la muñeca, son infrecuentes, pues representan el 0,5% de todas las

visitas de un servicio de urgencias. Muchas de estas lesiones pasan desapercibidas en un primer examen, lo que hace que casi siempre acaben causando graves problemas de funcionalidad, especialmente dolor y rigidez articular.

Material y método: Se muestra el caso de un varón de 37 años que tras caída casual presenta una luxación trapezoide-metacarpiana de la mano derecha. En un primer momento se intentó reducción cerrada bajo tracción directa, que fue ineficaz. Durante la espera de tratamiento quirúrgico de urgencias, se mantuvo al paciente bajo tracción directa del segundo radio con 6 kg de peso, produciéndose la reducción de la luxación a los 15 minutos de iniciada la misma. Se comprobó la estabilidad postreducción, por lo que el paciente fue inmovilizado con un yeso antebraquial.

Resultados: Se mantuvo la inmovilización durante las primeras 5 semanas. El paciente necesitó rehabilitación para recuperar el nivel funcional previo. Tras 18 meses de seguimiento, el paciente se ha reincorporado a sus ocupaciones habituales, sin presentar signos artrósicos en el momento actual.

Comentarios y conclusiones: La luxación trapezoide-metacarpiana es una de las lesiones más raras de las que implican a los huesos del carpo. Sólo hemos encontrado en la literatura dos casos descritos. Es fundamental realizar un examen detallado ante la sospecha de una luxación del carpo, apoyándonos si fuese preciso en pruebas de imagen como la TAC.

CC-250. FRACTURA-LUXACIÓN TRANSECAFOPERILUNAR DORSAL AGUDA

B. Gutiérrez Narvarte, R. García Rodríguez, P. Morales Muñoz, A.M. Martín Fuentes, D. García Fernández, P. Guerra Vélez y J.M. Cano Egea

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Paciente varón de 23 años que sufre caída casual desde 4 metros mientras reparaba una ventana en su domicilio. Refiere dolor e impotencia funcional en muñeca izquierda. Tras descartar lesiones a otros niveles la exploración física muestra tumefacción en dorso de muñeca izquierda asociado a dolor difuso a la palpación dorsal y ventral con gran limitación para flexoextensión y agarre, conservando vascularización en todos los dedos sin disminución de sensibilidad ni parestesias.

Material y método: Se practicaron radiografías simples de muñeca, observando, en la proyección AP, incongruencia articular entre las dos filas del carpo así como una fractura de tercio medio de escafoideas. En la proyección lateral se evidencia desalineamiento entre semilunar y hueso grande con desplazamiento dorsal de la fila distal del carpo. Se clasifica como fractura-luxación transescafoperilunar grado 3 de Mayfield sin repercusión neurovascular distal. Se intervino de urgencia realizándose reducción cerrada de la luxación bajo radioscopía con mala reducción de la fractura del escafoideas, por lo que se practica 3 días después reducción abierta por vía dorsal y fijación interna de la fractura escafoidea con tornillo canulado cónico autocompresivo y sutura del ligamento luno-piramidal dorsal asociando aguja pirámido-semilunar percutánea que fue retirada en la 7.^a semana postoperatoria, seguido de tratamiento rehabilitador.

Resultados: Un año después refiere dolor de intensidad grado 1 en la escala visual analógica únicamente al portar grandes pesos sin que ello le retire de su trabajo de repartidor. Alcanza una flexión del 60%, extensión del 75%, desviación radial del 100%, desviación cubital del 50% y pronosupinación completa respecto al lado contralateral.

Comentarios y conclusiones: Salvo en pacientes no operables actualmente se recomienda realizar reducción abierta y fijación interna en la fase aguda. No existe evidencia científica suficiente para decidirse

por un abordaje dorsal, volar o combinado, así como la necesidad de suturar el ligamento luno-piramidal.

CC-251. LUXACIONES DEL CARPO: A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Pescador Hernández, I. García Cepeda, J. Amores Solano, J.M. Martín Enrique, S. López Alonso, G. Borobio León, A. Moreno Regidor y E. Elena Sorando

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Las luxaciones y fracturas luxaciones del carpo son lesiones infrecuentes, suponen el 7-10% de todas las lesiones del carpo. Las fracturas luxaciones son más frecuentes que las luxaciones aisladas del carpo, representando la fractura luxación transescafoperilunar con un 90%, la más frecuente, seguido por la luxación perilunar. La luxación aislada de los huesos de carpo y las luxaciones asociadas con luxación carpometacarpiana son muy infrecuentes. El mecanismo de producción más frecuente suele ser con la muñeca en hiperextensión y con carga axial y rotación tras un traumatismo de alta energía en la mano dominante. El 25% de los pacientes suelen ser politraumatizados tras un accidente de tráfico y el 90% varones jóvenes.

Material y método: Se revisa la literatura existente hasta el 2009 sobre luxaciones del carpo asociadas con luxación carpometacarpianas. Presentamos el caso de un varón de 55 años de edad que sufre un traumatismo de alta energía tras un accidente de tráfico. Presenta dolor y deformidad en la mano dominante con exploración radiológica de Fractura luxación transcapitateperitrapezoide.

Resultados: El paciente es intervenido mediante cirugía percutánea colocándole, dos agujas de K entre el 3.^º metacarpiano y el hueso grande, una desde el escafoideas al hueso grande y otra desde el 5.^º metacarpiano pasando por el ganchoso al hueso grande. El paciente al año presenta un rango de movilidad satisfactorio y ausencia de dolor posttraumático.

Comentarios y conclusiones: Presentamos un caso complejo de diagnosticar y de tratar, como la mayoría de las luxaciones del carpo que difieren de las entidades más frecuentes.

CC-252. ROTURA EXTENSOR LARGO PULGAR TRAS FRACTURA DE MUÑECA TRATADA CON PLACA PALMAR

I. Gorostiaga Mendía, A. Izaguirre Zurinaga y S. Tormo Martínez

Hospital Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: Mujer 55 años de edad que presenta fractura de muñeca intraarticular que se trata de forma conservadora. En el control posterior a la semana de evolución se observa un desplazamiento secundario.

Material y método: Se intervino a la paciente de forma programada realizando reducción y osteosíntesis con placa volar tipo Orbay. No se observaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias inmediatas.

Resultados: Durante la primera consulta en consultas externas, la paciente presentó pérdida de fuerza a la extensión del primer dedo sin clínica sensitiva, que progresó obligando a la paciente a acudir a urgencias por presencia de impotencia funcional. Fue diagnosticada como rotura del extensor largo del primer dedo. Cabe la posibilidad que la rotura se produjese por el roce producido por uno de los tornillos centrales que era demasiado largo.

Comentarios y conclusiones: La rotura del extensor largo del pulgar es una complicación infrecuente en la cirugía de fracturas de muñeca pero que conviene tener presente y tomar las medidas pertinentes para intentar prevenirla.

CC-253. PRESENTACIÓN DE UN CASO ATÍPICO DE ROTURA DE POLEA DE UN TENDÓN FLEXOR DE LA MANO

J.L. Arranz López, D. Pescador Hernández, A. Núñez Serrano
y E. Elena Sorando

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Los hallazgos operatorios confirmaron el diagnóstico de rotura de polea a del flexor largo del pulgar. Se presenta la técnica quirúrgica que logró la recuperación funcional del paciente.

Material y método: Paciente varón de 28 años que sufrió un traumatismo mediante estiramiento forzado de su pulgar derecho mientras mantenía la articulación interfalángica en flexión contra resistencia. Presentaban una flexión activa de aproximadamente 30° de la articulación interfalángica del pulgar (100° en el lado contralateral) con una severa disminución de la fuerza de pinza (no podía sostener una botella). Se realizó una sutura sobre sí mismo de la parte tendinosa, justo distal a la unión músculo-tendinosa.

Resultados: Dos meses tras la intervención, la flexión activa de la articulación interfalángica del pulgar era aproximadamente de 90°, la extensión era de -0°. La fuerza de pinza se había recuperado al 90% de su estado anterior.

Comentarios y conclusiones: Según la literatura médica, este tipo de traumatismos producen una rotura tendinosa a nivel de la inserción ósea del flexor largo del pulgar o muy raramente en la unión músculo-tendinosa. En la lesión aquí descrita no existía sección del mismo, debido a que la secuela se corrigió con un acortamiento del tendón.

CC-254. REPARACIÓN DE LESIÓN EN NERVIO CUBITAL DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN MEDIANTE NEURÓLISIS Y CAPSULODESIS DE ZANCOLLI

A. Jiménez Martín, F.J. Najarro Cid, F.J. Santos Yubero,
S. Navarro Martínez, A. Montañés Uceda y S. Pérez Hidalgo

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: La afectación directa por lesión traumática del nervio cubital es la segunda causa en frecuencia de su etiopatogenia. Nuestro objetivo es presentar un caso tratado eficazmente mediante neurólisis y capsulodesis de Zancolli.

Material y método: Paciente de 43 años, que 6 meses antes sufrió herida en borde cubital del antebrazo izquierdo, con sección del cubital y neurorrafa directa. El paciente presenta Tinel cicatricial, déficit motor y sensitivo en los dedos 4º y 5º, con signos de Duchenne, André-Thomas, Brand, Masse, Froment, Smith y Pollock positivos, con maniobra de Bouvier positiva para 4º y 5º dedos.

Resultados: Se realiza neurólisis cubital con resección de neuroma y sustitución por injerto trifasciculado de sural, con sutura epiperineural, junto con capsulodesis de Zancolli. A los 3 meses la actitud de flexión metacarpofalángica permite la extensión interfalángica y disminuye el dolor, aunque persiste la deficiencia motora, con parestesias ocasionales.

Comentarios y conclusiones: Se han descrito diversas opciones terapéuticas. Así, para Bonnet la capsulodesis de Zancolli supone un éxito del 71,8%. El lazo de Zancolli aportaría para Hastings una mejoría del 82,6%, aunque sin aumento de la fuerza en el 75% de los casos. Para Brüser, las transferencias tendinosas se indicarían en los casos de garra cubital con movimientos disquínéticos digitales, aducción del pulgar con pinza limitada, inestabilidad metacarpofalángica o debilidad adductora del 5º dedo. Finalmente, para Ozkan, la transferencia nerviosa determinaría una media de 83 puntos en el British Medical Research Council Standards y una recuperación en la escala de Hight-Zachary.

CC-255. PRÓTESIS METACARPOFALÁNGICA: TÉCNICA QUIRÚRGICA Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS

T. del Olmo Hernández, J.C. Sánchez Hernández, P. García Medina,
M. del Cura Varas, D. Jiménez García, F. Aranda Romero,
J. Sánchez Rúas y C. Justo Astorgano

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La artrosis degenerativa avanzada es tratada en muchas articulaciones con la sustitución con arthroplastia con buenos resultados, entre estos se encuentran la gonartrosis y la coartrosis. Sin embargo, queda por determinar los resultados en otras localizaciones como es en las articulaciones MTF.

Material y método: Varón de 68 años con artrosis degenerativa clínicamente incapacitante en la articulación MTF de segundo dedo de la mano derecha. Se interviene con arthroplastia de pirofosfato cálcico de la metacarpofalángica de segundo dedo.

Resultados: Se observa mejoría clínica en cuanto a la sintomatología dolorosa pero es necesario reintervenir al paciente para obtener una movilidad articular funcional.

Comentarios y conclusiones: La arthroplastia de pirofosfato cálcico puede ser una solución en artrosis degenerativa de las articulaciones metacarpofalángicas de la mano. La rehabilitación precoz juega un papel importante para evitar la rigidez postquirúrgica.

CC-256. OSTEOTOMÍA CORRECTORA TRAS CONSOLIDACIÓN ANÓMALA DE FRACTURA DE BENNETT

Y. Contreras Cidores, R.M. Llorente Pascual, N. Lamban Mascaray,
M.I. Mora Fernández, G. Gutiérrez Castanedo y A. Blanco Pozo

Complejo Asistencial de Burgos.

Introducción y objetivos: Presentar la técnica quirúrgica realizada para corregir las secuelas de la articulación carpometacarpiana del pulgar de la mano derecha, en el caso de un paciente que sufre una fractura de Bennett que pasa desapercibida por su MAP y que acude a Traumatología por limitación para la movilidad de la primera articulación carpometacarpiana y dolor.

Material y método: Varón de 38 años que acude a Traumatología por dolor y limitación para la movilidad del primer dedo de la mano derecha, tras sufrir caída hace 5 meses. A la exploración presenta dolor en base del primer metatarsiano, con tumefacción asociada y Grind test positivo. La Radiología muestra una fractura antigua de la base del primer metacarpiano intraarticular consolidada en mala posición. La TAC visualiza una deformidad en la base del primer metacarpiano con un escalón en su superficie articular en relación con fractura consolidada con incongruencia articular con el trapecio y cambios degenerativos incipientes.

Resultados: Se realiza intervención quirúrgica, realizándose osteotomía correctora a nivel dorsal, siguiendo el trazo de la fractura y fijación de la misma con placa en T asegurada con 6 tornillos y dos agujas de Kirschner. Las agujas se retiran a la quinta semana postoperatoria y la inmovilización a la sexta semana, tras la cual inicia tratamiento rehabilitador. Actualmente el paciente está asintomático y presenta buena movilidad.

Comentarios y conclusiones: Se han publicado trabajos que detallan la relación directa existente entre la exactitud de la reducción articular y la posibilidad de aparición de artrosis postraumática. Debido a las fuerzas de cizallamiento que se ejercen sobre la primera articulación carpometacarpiana es frecuente, en ausencia de tratamiento, que este tipo de fracturas se desplacen. Está descrita la osteotomía correctora en el caso de consolidación en la mala posición antes de que se produzcan alteraciones degenerativas.

CC-257. FUSIÓN HUESO GRANDE-TRAPEZOIDE: CASO CLÍNICO

M.J. Sangüesa Nebot, R. Fernández Gabarda, M. Ballesta Moratalla y F. Cabanes Soriano

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducción y objetivos: La sinostosis de los huesos del carpo puede ser una anomalía congénita o adquirida que puede presentarse tanto como un cuadro aislado, como parte de un síndrome de malformaciones congénitas o en el seno de enfermedades metabólicas. La mayor parte de las veces es un hallazgo radiológico casual.

Material y método: Presentamos un caso poco frecuente de coalición carpiana entre los huesos grande y trapezoide en un varón de 20 años de edad.

Resultados: Fue un hallazgo accidental y no se consideró necesario ningún tratamiento.

Comentarios y conclusiones: La rareza de la fusión entre los huesos grande y trapezoide justifica esta presentación.

CC-258. CONDROMA INTRAVAINA DIGITAL DE LOS TENDONES FLEXORES DE LOS DEDOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

C. Lozano Álvarez, S. Gil González, X. Espiga Tugás y J. Cebamano Celma

Hospitales IMAS-IMIM de la Esperanza y del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: La aparición de condromas de partes blandas o extraesqueléticos es relativamente frecuente en la mano. Por el contrario, es muy poco habitual en el interior de la vaina digital, lo cual queda reflejado en el escaso número de casos recogidos en la literatura.

Material y método: Presentamos dos casos; una mujer de 59 años con dolor y tumoración en cara volar del F1 del 4.^º dedo de la mano izquierda de larga evolución y un varón de 15 años con clínica similar en F1 del 5.^º dedo de la mano izquierda. La exploración mostraba, en ambos casos, una tumoración en cara palmar del dedo de consistencia dura, con movilidad limitada en los últimos grados de extensión sin resorte. En el examen radiológico simple podemos observar sendas áreas de osificación en el interior de la vaina tendinosa y en las RNM una lesión sólida entre la falange y los tendones flexores. Tras el estudio, con la orientación diagnóstica de tumoración benigna de estirpe cartilaginosa, se realizó exéresis de las mismas mediante un abordaje volar digital de Bruner y apertura de la vaina. El posterior estudio anatomopatológico describe las lesiones como tejido cartilaginoso maduro sin atipias celulares ni signos de necrosis, diagnosticándose como condroma.

Resultados: La evolución postoperatoria y el posterior seguimiento de los pacientes fueron satisfactorios con movilidad digital completa y sin evidencia de recurrencias a los 4 años.

Comentarios y conclusiones: La aparición y localización en el interior de las vainas sinoviales de condromas es excepcional. Las pruebas complementarias de imagen son esenciales para la orientación diagnóstica de la lesión, permitiéndonos el estudio radiológico simple identificar la naturaleza del tumor y la RNM la localización intravaina del tumor. El diagnóstico diferencial se debe realizar con el condroma periostal y la condromatosis sinovial.

CC-259. ROTURA DE TENDONES FLEXORES EN RELACIÓN PLACA DE OSTEOSÍNTESIS VOLAR RADIO DISTAL

J. del Río Hortelano, T. Vivanco Jodar, E. García Saiz, J. Rodríguez Martín y C. Martí López Amor

Clinica Ruber. Madrid.

Introducción y objetivos: La rotura de tendones extensores en relación con material osteosíntesis de radio distal es una complicación

muy conocida con placas dorsales o con la protrusión dorsal de los tornillos volares. La rotura de tendones flexores en relación con placa volar de radio distal es una complicación conocida pero mucho menos frecuente que la previa.

Material y método: Se trata de una paciente tratada en nuestro centro por fractura comminuta de radio distal derecho. La evolución fue adecuada consiguiendo consolidación de la fractura y una movilidad aceptable (extensión 70°, flexión 65°, supinación completa), sin embargo a los 19 meses de evolución consulta por déficit de flexión de 1er, 2.^º y 3er dedo.

Resultados: La paciente fue intervenida mediante la extracción de material de osteosíntesis apreciándose rotura del tendón flexor largo 1er dedo, ambos flexores 2.^º dedo y flexor profundo 3er dedo en zona 5 de la IFSSH. Se realiza sutura T-T de los 4 tendones. Se aplicó el método Durán en el tratamiento rehabilitador. El resultado a los 5 meses es satisfactorio con una movilidad completa de 2 y 3er dedo y un déficit de extensión de 20° con flexión completa a nivel del pulgar.

Comentarios y conclusiones: La rotura de tendones flexores en relación con material de osteosíntesis volar para fracturas de radio distal es una complicación descrita pero mucho menos frecuente que la lesión de extensores. Normalmente se relaciona con la colocación muy distal de la placa volar o bien con reducciones insuficientes de la fractura lo que produce protrusión del material y roce tendinoso con el consecuente resultado. El diagnóstico es eminentemente clínico y la reconstrucción tendinosa primaria suele ser posible en la mayoría de los casos, para el resto de los casos las opciones pasan por realizar injerto tendinoso autólogo o transposiciones tendinosas.

CC-260. FIJACIÓN DE FRAGMENTO ESPECÍFICA EN FRACTURAS DE RADIO DISTAL

E. Gil Rodríguez, J. Pedemonte Jansana, J. Sierra Oliva, A. Arcalís Arce, X. Mir Bulló y J. Nardi Vilardaga

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas del radio distal son lesiones frecuentes, sobre todo en gente de edad avanzada. Aunque el tratamiento ortopédico obtiene buenos resultados, a menudo es necesario el tratamiento quirúrgico. Hay múltiples métodos de fijación con placa para las fracturas articulares de radio distal. El sistema de fijación dependerá del tipo de fractura, la calidad ósea, factores del paciente y experiencia del cirujano.

Material y método: Se presentan 4 fracturas articulares de radio distal tipo C (clasificación de la AO) en 4 pacientes en los que se analizaron el mecanismo lesional, pronóstico, mediciones radiológicas y opciones terapéuticas. Asimismo, se mencionan la aparición de complicaciones postoperatorias.

Resultados: En los 4 pacientes se realizó una síntesis de cada fragmento con material específico para cada columna (placas y agujas preconformadas o aguja placa). Se realizó un seguimiento mínimo de 6 meses con mediciones radiológicas: inclinación radial e inclinación volar (proyecciones anteroposterior y lateral), y funcionales.

Comentarios y conclusiones: La fijación fragmento específica en las fracturas articulares de radio distal representa una técnica de reciente aparición de utilidad en el tratamiento de éstas fracturas comminutas. En este método de fijación, se realiza una reducción específica de cada columna de forma independiente con placas y placas aguja consiguiendo una restauración anatómica y temprana movilización. Por otro lado, la reducción fragmento específica presenta una curva de aprendizaje elevada. Estudios biomecánicos muestran una resistencia y desplazamiento angular y lineal similar en cargas a las aplicadas durante la rehabilitación. Aunque en cargas elevadas se observa un menor desplazamiento en la síntesis con placa volar de ángulo fijo.

CC-261. LUXACIÓN INVETERADA DE LA ARTICULACIÓN IFP**5.^º DEDO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

F. Camacho Serrano, N. Medina León, A. Corrales Díaz,
M.A. García Frasquet e I. Nieto Díaz de los Bernardos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los traumatismos de la mano son frecuentes en el ámbito laboral y deportivo, mereciendo especial atención dentro de ellos, las lesiones cápsulo-ligamentosas digitales, especialmente las que ocurren en IFP de dedos trifalángicos. Las lesiones cápsulo-ligamentosas graves (luxaciones) tienen especial transcendencia debido a las secuelas que ocasionan en un porcentaje elevado de casos.

Material y método: Presentamos el caso clínico de una mujer que presenta una luxación inveterada de la articulación IFP 5.^º dedo mano izquierda tras un tratamiento inadecuado en fase aguda.

Resultados: Se realizó artroplastia con elastómero de silicona flexible obteniendo resultados clínicos y funcionales satisfactorios tras la rehabilitación.

Comentarios y conclusiones: El uso de implantes de silicona para la sustitución de la articulación IFP en lesiones degenerativas y postráumaticas ha demostrado un buen arco de movilidad pero una incidencia mayor de fracaso del implante y cirugía de revisión en comparación con la sustitución de la articulación reumatoidea.

**CC-262. ARTROPLASTIA INTERFALÁNGICA PROXIMAL
COMO TRATAMIENTO DE UNA FRACTURA ARTICULAR DIGITAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO**

J. García García, I. González Gómez, F.J. Ferreira Villanova,
A. Rodríguez Garzón, G. Azuara Dapia, S. Bazaga Díaz
e I. Méndez Mesón

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción y objetivos: Las fracturas articulares digitales complejas en ocasiones no son susceptibles de reducción anatómica y osteosíntesis por lo que se decide la artrodésis con la consecuente pérdida de movilidad y funcionalidad articular. La artroplastia interfalángica proximal puede ser una opción terapéutica en aquellas fracturas articulares no reconstruibles, con el objetivo de mantener la función articular.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 64 años con una fractura conminuta de la base de F2 del 5.^º dedo de la mano izquierda en el que se optó por realizar una artroplastia constreñida de la articulación interfalángica proximal.

Resultados: Revisado 1 mes tras la cirugía el paciente se encuentra en proceso de rehabilitación. Está sin dolor, pero con rigidez articular en extensión y flexión muy limitada.

Comentarios y conclusiones: Teniendo en cuenta los resultados funcionales descritos en la literatura obtenidos tras el tratamiento de este tipo de fracturas por otros métodos, la artroplastia interfalángica proximal supone una opción válida de tratamiento, aunque los resultados en cuanto a movilidad conseguidos hasta ahora son inferiores a los esperados.

**CC-263. RESULTADOS CLÍNICO-LABORALES DEL TRATAMIENTO
DE FRACTURA-LUXACIÓN TRANSESTILO-PERILUNAR DEL CARPO:
A PROPÓSITO DE 5 CASOS**

J.J. Moya-Angeler Pérez-Mateos, J.I. García López,
J.M. Abad Morenilla y F. García de Lucas

Hospital FREMAP. Majadahonda.

Introducción y objetivos: Las fracturas-luxaciones del carpo se encuadran en el conjunto de inestabilidades de la muñeca, constituyendo

aproximadamente un 7% del total. El mecanismo causante suele ser traumatismos de alta energía que producen una compresión dorsopalmar del carpo, p. ejemplo, caídas desde altura o accidentes de tráfico.

Material y método: Se ha revisado retrospectivamente una serie de 5 casos, todos varones, con afectación de mano izqda. no dominante en todos los casos. La edad media era de 42 años. Todos tenían trabajos de alta demanda funcional. En todos los casos se trató de traumatismos de alta energía. Se realizó en todos los casos reducción abierta con sutura de ligamentos y fijación con agujas de Kirschner. El tiempo media de inmovilización fue de 7 semanas con una media de 18 semanas de rehabilitación posquirúrgica.

Resultados: El tiempo medio de seguimiento fue de 28 meses. El tiempo medio de alta postquirúrgico fue de 31 semanas. Hubo complicaciones en 3 casos. Existía dolor residual con actividades físicas y laborales en 4 de los 5 pacientes, sin embargo, sólo 1 paciente no pudo reincorporarse a su trabajo habitual. La movilidad media fue de 36° flexión, 31° extensión, pronosupinación completa, 11° desviación radial, 22° desviación cubital.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de la fractura-luxación transestilo-perilunar mediante reducción abierta, reparación de ligamentos y fijación con agujas de Kirschner ofrece unos buenos resultados, permitiendo la reincorporación laboral en la mayoría de los casos al mismo puesto de trabajo, a pesar de las secuelas en cuanto a movilidad y dolor residual.

**CC-264. FRACTURA COMPLICADA DE EXTREMIDAD DISTAL
DE RADIO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

J.L. Teruel Collazos, J.I. Varo Rodríguez, M.D. García Mota,
A.C. Barco Berzosa, M. Zazo Espinosa, R. González Alconada
y J.A. Queiruga Dios

Hospital Virgen del Puerto. Cáceres.

Introducción y objetivos: Exponemos un caso complicado de fractura de extremidad distal de radio en paciente activo laboralmente. Nuestro objetivo es conocer las complicaciones de este tipo de fracturas y como enfrentarnos a ellas.

Material y método: Paciente varón de 31 años que tras accidente laboral en julio de 1999 sufrió fractura de 1/3 distal de radio, siendo tratado mediante RA + FI con placa y tornillos según técnica AO. Acude a nuestras consultas en marzo de 2000 por deformidad con desviación radio-palmar apreciándose pseudoartrosis de radio en pruebas complementarias.

Resultados: Actualmente presenta una movilidad con limitación completa de la flexión palmar y desviación cubital, flexión dorsal de 60°, desviación radial 20° y pronosupinación de 20°.

Comentarios y conclusiones: Es importante una buena reducción y estabilización primaria en este tipo de fracturas para evitar en la medida de lo posible futuras complicaciones, teniendo en cuenta que pueden surgir y que tenemos que valorar como subsanarlas.

**CC-265. CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEFORMIDAD EN CUELLO
DE CISNE DEL TERCER DEDO MEDIANTE HEMITENDÓN DE FLEXOR
SUPERFICIAL COMÚN**

L. Suárez Arias, D. Cecilia López, V. Guimerá García,
V. Rodríguez Vega y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: La deformidad en cuello de cisne comprende la hiperextensión de la articulación interfalángica proximal y la flexión de la interfalángica distal y puede presentar una etiología multifactorial.

Material y método: Mujer de 55 años de edad, diestra, con antecedentes personales de diabetes mellitus no insulino-dependiente, que presenta recidiva de deformidad en cuello de cisne del tercer dedo de la mano derecha, ya intervenido quirúrgicamente en otro centro, quince meses antes, mediante reconstrucción de la bandeleta radial con tendón palmaris longus. Bajo anestesia regional e isquemia, se realiza abordaje en Z volar al tercer dedo y se corrige la deformidad utilizando el hemitendón cubital del flexor superficial del tercer dedo, suturado sobre sí mismo por encima de la polea A2. La paciente inició la movilidad activa tras la primera semana postoperatoria. El tiempo de seguimiento fue de 13 meses.

Resultados: La paciente se encuentra satisfecha con la cirugía, asintomática y refiere mejoría subjetiva de la movilidad activa. No ha presentado recidiva de la deformidad durante el seguimiento y la movilidad activa de la metacarpofalángica es de -20° de extensión y 90° de flexión palmar, y en la interfalángica proximal, extensión 180°, flexión 70°.

Comentarios y conclusiones: La deformidad en cuello de cisne es un trastorno complejo, cuya corrección quirúrgica es técnicamente demandante. La utilización de hemitendón del flexor común superficial de los dedos permite una corrección duradera y la recuperación funcional del paciente.

CC-266. DISOCIÓN ESCAFOLUNAR CRÓNICA TRAS LUXACIÓN DE SEMILUNAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Bravo Pérez¹, A. Rozado Castaño¹, S. López López¹, A. Grau Escarré², S. Pena Paz¹, B. Longo Rubio¹, R. Visiedo Robles¹ y L.A. Quevedo García¹

¹Hospital Xeral-Calde. Lugo. ²Sanatorio NSOG. Lugo.

Introducción y objetivos: La disociación escafolunar es una patología poco frecuente, que en ocasiones pasa desapercibida en la exploración radiográfica simple. En algunos casos, puede ser provocada tras un episodio de luxación del semilunar de causa traumática. Nuestro principal objetivo es destacar la importancia de una buena sustentación tras la reducción de una luxación del semilunar para evitar el desarrollo de esta patología.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 48 años de edad con traumatismo de alta energía a nivel de miembro superior izquierdo. Tras la exploración física y radiográfica se demuestra la presencia de: fractura de epífisis distal radial y estíloides cubital, lesión parcial del complejo del fibrocártílago triangular y luxación del semilunar. Fue llevada a cabo una reducción cerrada de la luxación del semilunar e inmovilización mediante yeso antebracial. Al mes de seguimiento el paciente presenta disociación escafolunar y datos clínicos y electromiográficos de compresión de n. mediano a su paso por el túnel del carpo, lo que requirió una intervención quirúrgica consistente en plastia de estabilización escafolunar y apertura del ligamento anular del carpo.

Resultados: La evolución postoperatoria del paciente cursó sin más complicaciones. Actualmente el paciente se encuentra en periodo de rehabilitación.

Comentarios y conclusiones: La luxación del semilunar es una patología relacionada en muchas ocasiones a traumatismo de alta energía. Una reducción precoz con un buen mecanismo de soporte es fundamental para evitar el desarrollo de complicaciones posteriores, como es el caso de la disociación escafolunar.

CC-267. CAMPTODACTILIA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Stitzman Wengrowicz, A. Domínguez, J. Pedemonte Jansans y J. Nardi Vilardaga

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Exponer dos casos sobre un tipo de malformación congénita de la mano poco frecuente y con poca repercusión funcional.

Material y método: Presentamos dos casos; madre (53 años) e hijo (28 años) con la misma deformidad en ambas manos. Se aportan fotografías clínicas, radiografías y un breve repaso de la bibliografía actual sobre esta patología.

Resultados: Dada la buena funcionalidad y nula limitación para las actividades de la vida diaria, en estos casos no se indica tratamiento.

Comentarios y conclusiones: Debemos tener en cuenta que cuando es rápidamente progresiva se indica tratamiento quirúrgico, mediante z-plastias en piel, liberación del retinaculum cutis y de las bandas laterales, así como liberación y reinserción de los músculos lumbricales. Las deformidades óseas no suelen precisar tratamiento.

CC-268. FRACTURA ABIERTA GRADO II INTRAARTICULAR DE PRIMERA MCF, POR MORDEDURA DE PERRO

M. Stitzman Wengrowicz, V. Maldonado Fuentes, J. Pedemonte Jansans y J. Nardi Vilardaga

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Exponemos el caso de un paciente varón de 58 años que sufre mordedura por su propio perro provocándole una fractura abierta grado II intraarticular de 1.^a MCF sin afectación tendinosa ni neurovascular.

Material y método: Se describen las características del paciente, de la fractura y del mecanismo lesional. El paciente se trata mediante antibioterapia endovenosa y reducción percutánea con agujas de Kirschner. Se aportan fotos clínicas y radiografías pre y post-quirúrgicas.

Resultados: Se obtiene un buen resultado funcional transcurridas las 6 semanas tras la cirugía, presenta buen pulso y trofismo distal, sin signos de infección.

Comentarios y conclusiones: Respecto al tratamiento a añadir a la antibioterapia nos planteamos lo siguiente: tratamiento conservador, reducción abierta y fijación interna con placa, osteotaxis con fijador externo o reducción percutánea mediante agujas de Kirschner. Consideramos que lo más apropiado para este caso era reducción percutánea mediante agujas de Kirschner porque es la opción que nos ofrece mejor reducción y estabilidad añadiendo menos riesgo de infección.

CC-269. OSTEOMIELITIS DEL PULGAR TRAS MORDEDURA HUMANA

M.A Méndez Méndez, A. Martínez Ruiz, J. Baena Tamargo, A. Ruzaña García, F. Samso Bardes, J.R. García Medina y M. Mendoza López

Hospital FREMAP. Barcelona.

Introducción y objetivos: Exponer un caso de osteomielitis crónica de pulgar tras mordedura humana dada la escasa frecuencia en la que las mordeduras humanas evolucionan a osteomielitis crónica.

Material y método: Presentamos un paciente de 35 años que sufrió una mordedura humana en pulgar izdo. El paciente evolucionó a una osteomielitis crónica de falange media del pulgar apreciándose una cavidad ósea. El paciente fue intervenido en una primera ocasión llevándose a cabo limpieza de foco de osteomielitis y colocación de espaciador con antibiótico. Los cultivo fueron positivos a Streptococcus sanguis y *Sphingomonas paucimobilis* y se instauró tratamiento antibiótico. Posteriormente a las 8 semanas de tratamiento se realizó retirada de espaciador antibiótico y colocación de injerto óseo del tubérculo de Gerdy.

Resultados: La evolución fue correcta con un buen balance articular y se reincorporó a su trabajo habitual a los 3 meses.

Comentarios y conclusiones: Presentamos el caso ya que aún es frecuente que una mordedura humana pueda producir infección es raro que produzca un defecto cavitario óseo que requiera el tratamiento que hemos realizado.

CC-270. CASE REPORT: PRÓTESIS DE MUÑECA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LARGA EVOLUCIÓN

A. Jorge Mora, D. Cecilia López, V. Rodríguez Vega,
I. Auñón Martín y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: La artritis reumatoide es una enfermedad crónica de alta prevalencia, y que pese al uso extendido de fármacos modificadores de la enfermedad y la aparición de fármacos biológicos en el tratamiento de la misma, existen aún pacientes con importantes secuelas secundarias a esta enfermedad, como el dolor crónico y la rigidez de muñeca debido al avance de la misma. Las prótesis de muñeca surgen como una opción de tratamiento para estos pacientes, siendo la artritis reumatoide avanzada una de sus principales indicaciones, con la que hay más de 10 años de experiencia.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 65 años con artritis reumatoide seronegativa erosiva y nodular con síndrome seco asociado de 30 años de evolución, con degeneración y subluxación radiocarpiana en la radiología por la que presenta dolor y un rango de movilidad de 15° de flexión y 0° de extensión, con pérdida de fuerza en la mano. Se decide realizar una artroplastia de muñeca mediante prótesis total de muñeca (Universal2, KMI).

Resultados: Tras la cirugía la paciente presenta buena evolución, con importante mejoría en rango de movilidad pasando a los 20° de flexión y 30° de extensión, con desaparición del dolor y ganancia de fuerza de prensión.

Comentarios y conclusiones: Podemos concluir que artroplastia total de muñeca es una buena opción terapéutica en pacientes con artritis reumatoide avanzada y limitación funcional y dolor a nivel de la articulación radiocarpiana y que quieran mantener la movilidad de la muñeca.

CC-271. LUXACIÓN CARPO-METACARPIANA

A. Martínez Ruiz, M.A. Méndez Méndez, J. Baena Tamargo,
A. García Ruzafa, M. Mendoza López, F. Samsó Bardés
y J.R. García Medina

Hospital FREMAP. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las luxaciones y fracturas lux de las articulaciones carpometacarpianas (excluyendo el primer dedo) son poco frecuentes y en algunos casos pasan desapercibidas. Se observa un aumento de estas lesiones debido al aumento de accidentes de alta energía. El tratamiento más habitual suele ser reducción percutánea o abierta y fijación con agujas.

Material y método: Paciente de 52 años, trabajador manual, que sufre accidente de moto con caída sobre mano D. Inicialmente la lesión no fue diagnosticada y ante el aumento de hematoma en dorso de mano y disfunción de la misma, el paciente acude a nuestro centro a los 11 días del accidente. A la EF presentaba hematoma dorso mano, dolor a la palpación carpometacarpiana, malrotación de dedos. En la Rx se observa luxación de 2º 3º y 4º articulaciones carpometacarpianas. El tratamiento realizado fue reducción cerrada y fijación percutánea de 2º y 3º metacarpiano. En el caso del 4ºmetacarpiano la luxación no es reducible y precisa de reducción abierta y fijación con agujas que se mantienen 6 semanas.

Resultados: El paciente realiza tratamiento rehabilitador desde el postoperatorio inmediato con buena evolución consiguiendo un ba completo, sin malrotación de dedos y fuerza conservada A los 3 meses de la lesión el paciente realiza su trabajo habitual sin dificultad.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones carpo-metacarpianas hay que buscarlas ante traumatismos de alta energía sobre la extremidad superior con malrotación de los dedos. El tratamiento es siempre quirúrgico pero se necesitan series largas sobre los resultados a largo plazo en cuanto al tratamiento con fijación percutánea vs ORIF.

En nuestro caso obtuvimos un resultado excelente con el tratamiento con agujas.

CC-272. PSEUDOARTROSIS ESCAFOIDES CARPIANO

E. Pradillos García, E. Comellas Miralles, B. Rubio Gajo,
S. Santana Zorrilla, E. Sirvent Díaz, J. Nogales López,
E. Martí Arasa y X. Mora Iter

Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

Introducción y objetivos: La fractura de escafoideas sigue siendo un reto para el cirujano ortopédico. El aporte vascular del escafoideas entra prácticamente en su totalidad por la parte distal, condicionando este hecho anatómico, una mayor incidencia de no unión o pseudoartrosis y de necrosis avascular, lo que ensombrece el resultado funcional de la muñeca.

Material y método: Se presenta la revisión de una serie de casos de pacientes con pseudoartrosis de escafoideas o retraso de consolidación tratados con la técnica de reducción abierta, curetaje, injerto autólogo de radio distal y estabilización con agujas de Kirschner. Se trata de una serie de 6 casos tratados desde el 2007 al 2009. Los pacientes presentaban el antecedente de una fractura de escafoideas de, un mínimo de 3 meses a un máximo de 2 años, de evolución. Uno de ellos presentaba una imagen radiográfica de necrosis del polo proximal. Todos ellos se trataron con la técnica previamente comentada, inmovilizándolos unas 3 semanas con yeso antebraquial. Las agujas se dejan enterradas, para a los tres meses aproximadamente, retirarlas.

Resultados: Todos los pacientes excepto 1 han consolidado, manteniendo un correcto ángulo intraescafoideo y el tamaño/longitud del escafoideas.

Comentarios y conclusiones: Por tanto se presenta esta técnica como una buena opción para el tratamiento de las fracturas no agudas del escafoideas carpiano y las pseudoartrosis, aun existiendo una imagen radiológica de isquemia del polo proximal, tanto por el éxito en la consolidación del escafoideas, como para evitar el colapso o disminución de longitud del escafoideas, y por tanto, la posible sobrecarga de la articulación mediocarpiana a la larga. Destacar que el caso no consolidado era el primero de la serie y que se han analizado las posibles causas, evitándolas en las intervenciones posteriores.

CC-273. OSTEONECROSIS DE TRAPEZOIDE

J. Baena Tamargo, A. Ruzafa García, M. Méndez Méndez,
A. Martínez Ruiz, M. Mendoza López, F. Samsó Bardés
y J.R. García Medina

FREMAP. Barcelona.

Introducción y objetivos: Gelberman en 1983 describe 3 patrones vasculares de riesgo de osteonecrosis entre los huesos carpiano. El trapezoide, junto con el ganchoso, pertenecen al tipo II. Dicho patrón implica la ausencia de anastomosis intraóseas y, consecuentemente, el potencial riesgo de osteonecrosis.

Material y método: Mujer de 32 años que acude por dolor insidioso sobre la articulación metacarpofalángica del segundo radio, de más de 6 meses de evolución. En la imagen radiológica se observa aumento de densidad a nivel de trapezoide en la radiología simple, así como imagen patognomónica en resonancia magnética nuclear. Se procede a cirugía realizando cruentación y relleno con hueso esponjoso procedente de la base del 2º metacarpiano, extraído con trefinas. A los dos meses de la cirugía la paciente requiere ingreso hospitalario por tromboembolia pulmonar, pendiente actualmente de filiar síndrome de hipercoagulabilidad idiopática.

Resultados: Evolución satisfactoria a nivel de articulación carpometacarpiana, pendiente de filiación de su alteración hemostática que,

probablemente, ha favorecido la aparición de la osteonecrosis de trapecio.

Comentarios y conclusiones: A pesar de no pertenecer al patrón vascular de máximo riesgo de osteonecrosis, como el escafoides, el hueso grande y hasta el 8% de los semilunares, la osteonecrosis de trapecioide debe descartarse ante un cuadro de dolor insidioso, a nivel de la articulación carpometacarpiana del segundo radio.

CC-274. ARTRODESIS TRAPECIOMETACARPIANA CON PLACA CUADRANGULAR EN FRACTURA CONMINUTA DEL CUERPO DEL TRAPECIO

L. Suárez Arias, D. Cecilia López, V. Guimerá García, V. Rodríguez Vega y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas aisladas del trapecio son infrecuentes, representando el 3% de las fracturas del carpo. Se asocian con frecuencia a fracturas del primer metacarpiano y del radio distal. Las fracturas no reducidas o consolidadas en mala posición, pueden generar artrosis trapeciometacarpiana, con luxación radial de la base del primer metacarpiano.

Material y método: Varón, 63 años de edad, trabajador manual y diestro, con antecedentes personales de HTA y cardiopatía isquémica, que presenta una fractura conminuta intraarticular del cuerpo del trapecio derecho, tras mecanismo de impactación longitudinal del primer metacarpiano, de un mes de evolución. Presenta una disminución de la flexión y abducción del primer dedo, sin afectación neurovascular distal. En la tomografía computarizada se observa una fractura conminuta intraarticular, con luxación de la articulación trapeciometacarpiana. Ante la imposibilidad de síntesis, se realiza artrodesis trapeciometacarpiana *in situ* con placa cuadrangular de 2,3 mm e inmovilización con férula radial durante 6 semanas, a partir de las cuales, inicia tratamiento rehabilitador progresivo.

Resultados: El paciente se encuentra sin dolor ni limitación de la movilidad, a dos años de seguimiento. Presenta una oposición completa del pulgar y 35° de abducción. Es capaz de realizar actividades que implican a la articulación trapeciometacarpiana sin limitaciones.

Comentarios y conclusiones: La artrodesis trapeciometacarpiana consigue resultados satisfactorios clínico-funcionales en las fracturas conminutas intraarticulares del trapecio, evitando la evolución hacia una degeneración progresiva de la articulación.

CC-275. TRATAMIENTO DE SECUELAS DE FRACTURA BIFOCAL PULGAR

M.A. Méndez Méndez, A. Martínez Ruiz, J. Baena Tamargo, A. Ruzaña García, F. Samsó Bardes, J.R. García Medina y M. Mendoza López

Hospital FREMAP. Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentar un caso infrecuente de lesión bifocal del pulgar y el tratamiento que se realizó a partir de las secuelas que se produjeron.

Material y método: Presentamos un caso del tratamiento de las secuelas de una fractura bifocal del pulgar que evolucionó hacia una pseudoartrosis de la falange distal del pulgar junto a una anquilosis de la interfalángica distal en extensión y malrotación. Se le realizó una artrodesis con placa compact hand de la interfalángica distal en buena posición y la colocación de injerto óseo en zona de déficit óseo de la falange proximal del pulgar.

Resultados: El resultado fue bueno consiguiéndose una artrodesis funcional de la interfalángica distal para realizar la oposición junto a una consolidación de la falange media.

Comentarios y conclusiones: Presentamos dicho paciente por el escaso número de casos encontrados en la literatura y por la necesidad que nos vimos obligados de realizar la artrodesis con una placa para tratar asimismo una pseudoartrosis de falange media asociada.

CC-276. ROTURA ATRAUMÁTICA DEL EXTENSOR LARGO DEL PULGAR

P. Menéndez Martínez, R. Cibants Martínez, R. Laredo Rivero, M.D.C. Rubio Álvaro, F. Tomé Bermejo y J. Moreno Pérez

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: La rotura tendinosa ELP es más frecuente tras fracturas tipo Colles, pero puede darse sin traumatismo en trabajadores manuales tras una degeneración progresiva. Produce impotencia funcional para la extensión activa de la F2 del pulgar.

Material y método: Paciente de 32 años, trabajador manual, que acude a urgencias por impotencia funcional aguda en 1er dedo mano izquierda. Sin antecedente de traumatismo directo. Únicamente dolor de larga evolución resistente a tratamiento conservador. Refiere impotencia funcional aguda y dolor tras movimiento de extensión de la muñeca. EF: Posición en semiflexión del pulgar. No formación de tabaquera anatómica al colocar el pulgar en extensión. Exploración en quirófano: Integridad de 1.^a corredera. Rotura con gran deshilachamiento ELP. Se sutura tendón usando fascículo del SLP + inmovilización con férula.

Resultados: Tras 3 semanas, se retira la inmovilización y se inician ejercicios controlados. Actualmente el paciente presenta extensión casi completa y se encuentra trabajando sin incidencias.

Comentarios y conclusiones: La rotura del ELP fue descrita por Duplay en 1876 y por Dum durante la guerra franco-prusiana como causa de la llamada parálisis del tamborilero, frecuente en los tocadores de tambor. Frecuentemente es precedida por manifestaciones propias de la patología tendinosa que la originó, sin traumatismo directo previo. Por ser un tendón intrasinovial, la importante migración del cabo proximal impide una cicatrización espontánea mediante un tratamiento conservador. Existen diferentes técnicas quirúrgicas para reparación ELP como sutura directa, injerto del palmar menor o transposiciones tendinosas como del EPI, SLP.

CC-277. TRATAMIENTO DE RIGIDEZ INTERFALÁNGICA SECUNDARIA A CIRUGÍA TENDINOSA MEDIANTE ARTRODIASTASIS

S. García Mata

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción y objetivos: La rigidez articular digital en la mano tras cirugía por sección tendinosa en niños es difícil de tratar sobre todo cuando es secundaria a cirugías previas. Objetivo: mostrar el resultado de la artrodiastasis en el tratamiento de la rigidez interfalángica post-traumática de dedos de mano.

Material y método: Chica de 11 años de edad que sufrió sección del tendón flexor profundo del 5.^º dedo mano derecha con lesión de poleas A2 y A3. Tras la reparación sufrió severa rigidez IF. Seis meses más tarde se realizó tenolisis, reparación A2 y artrolisis IF. Se consiguió movilidad completa en 6 semanas. Dos años más tarde acude por rigidez IF severa de instauración rápida tras desarrollo puberal.

Resultados: Se realizó artrodiastasis mediante minifijador consiguiéndose la progresiva extensión del dedo. Se utilizó férula nocturna en extensión durante 3 meses. A los 9 meses presentaba -10° de extensión y -15° de flexión.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de la rigidez post-traumática en dedos de la mano puede ser realizado de forma eficaz y segura mediante artrodiastasis.

CC-278. COBERTURA CON COLGAJO INTERÓSEO POSTERIOR EN EL DORSO DE LA MANO

A. Valcárcel Díaz, F. Martínez Martínez, J.P. García Paños, R. Cano Gea, M. López Antón, R. Rodríguez Martínez, J.J. López Martínez y J.R. Fernández Sánchez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El colgajo interóseo posterior consiste en un colgajo fasciocutáneo que se localiza en el tercio medio del dorso del antebrazo. La arteria interósea posterior se une a la arteria interósea anterior a nivel de la porción distal del espacio interóseo en la región distal del antebrazo, permitiendo un colgajo retrógrado centrado sobre la articulación radiocubital distal que permite la cobertura de defectos del dorso de la mano.

Material y método: Paciente de 32 años que tras traumatismo-aplastamiento en medio laboral presenta fractura de 2º metacarpiano con contusión de partes blandas. La fractura evolucionó favorablemente pero presentó necrosis cutánea en dorso de 2º radio y primer espacio digital. Tras múltiples intentos de desbridamiento y ante la exposición osteotendinosa se decide realizar una cobertura del defecto con colgajo interóseo posterior.

Resultados: Tras 2 semanas se retiró la férula de inmovilización y la sutura, consiguiendo una cobertura adecuada sin necesidad de intervenciones quirúrgicas adicionales.

Comentarios y conclusiones: La cobertura de la mano tras amplias pérdidas de sustancia adquiere gran complejidad debido a las lesiones asociadas y al escaso grosor de la piel. En este sentido el colgajo interóseo posterior está indicado en defectos de pequeño y mediano tamaño de la mano ya que presenta un grosor adecuado para la zona dorsal.

CC-279. NECROSIS AVASCULAR BILATERAL COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Rodríguez Vaquero, J.I. García López, J.M. Abad Morenilla y P.J. Delgado Serrano

Hospital FREMAP. Majadahonda.

Introducción y objetivos: La necrosis avascular del semilunar puede deberse a trastornos circulatorios, traumatismos repetitivos, una predisposición mecánica o la combinación de varios factores. Afecta a adultos jóvenes y se presenta como dolor en zona semilunar dorsal, rigidez de muñeca, y con menor frecuencia, edema y aumento de sensibilidad local.

Material y método: Se presenta el caso clínico de un varón de 38 años, diestro, sin antecedentes de interés, con dolor de muñeca derecha de una semana de evolución sin antecedente traumático. En su trabajo recibe transmisión de vibraciones a ambas manos. El estudio radiológico inicial mostraba fue compatible con Kienböck grado III. Se realizó una artroscopia de muñeca derecha con sinovectomía y microperforaciones. Ocho meses después aparece dolor en la mano izquierda. El estudio con radiografía y RM confirma Kienböck grado III. Se realiza osteotomía de acortamiento de radio.

Resultados: Tras las 2 intervenciones, el balance articular fue de 100º flexoextensión en muñeca izada y 130º en la derecha, con pronosupinación conservada en ambas. Sin embargo, el dolor residual y la pérdida de fuerza condicionaron una propuesta de incapacidad total, y por tanto, la no reincorporación a su puesto de trabajo habitual.

Comentarios y conclusiones: Existen pocos casos descritos de Kienböck bilateral y tan sólo hemos hallado una serie de 5 casos. La varianza cubital negativa, no parece estar asociada de forma evidente, sin embargo, sí se han descrito en pacientes tratados con esteroides, en enfermedades vasculares o en trabajadores manuales. La enfermedad de Kienböck bilateral es una patología progresiva que puede condicionar secuelas importantes. En el ámbito laboral puede

ser considerada como enfermedad profesional en trabajos con vibraciones y traumatismos repetitivos.

CC-280. ENFERMEDAD DE PREISER

J. Andrés Grau, J.M. Sarabia Condés, M.L. Rodríguez Miñón-Ferrán, J.F. Abellán Guillén, F.F. Arroyo Rodríguez, J.E. Gil Gómez, J. Martínez Martínez y F. Peñalver Aguirre

Hospital José María Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y objetivos: La necrosis avascular idiopática del escafoides o enfermedad de Preiser es una rara entidad descrita. Es discutible si se trata de una osteonecrosis espontánea o representa un proceso patológico secundario a traumatismos repetidos, enfermedades sistémicas o en relación con el consumo de esteroides o tras quimioterapia. Algunos autores sugieren una predisposición individual, por presentar una vascularización anómala del escafoides. El trastorno de irrigación sería el causante de la aparición de una hiperplasia de los adipocitos de la grasa medular, que provocaría una hipertensión ósea.

Material y método: Mujer de 20 años con dolor en muñeca derecha de 4 años de evolución, sin pérdida de fuerza. Toca el piano. Diagnósticada inicialmente de tendinitis, se trata con infiltraciones e inmovilización sin mejoría. Flexión dorsal -20º, resto BA normal. Rx normal, TAC: se observa polo proximal de escafoides con ciertas irregularidades. RMN: alteración de la señal del hueso escafoides, hipointenso en secuencias potenciadas en T1 e hipointenso en las potenciadas en T2. Leve derrame articular. Se diagnostica de enfermedad de Preiser.

Resultados: Se realiza exéresis del fragmento proximal más neurectomía interósea posterior.

Comentarios y conclusiones: La paciente evoluciona correctamente, desapareciendo la clínica de dolor. El tratamiento de esta entidad no está estandarizado. En pacientes asintomáticos, o con molestias no limitantes en la actividad funcional, el tratamiento conservador con seguimiento clínico parece la opción terapéutica. En los casos sintomáticos parece indicado un intento de revascularización y en caso de fracasar podemos plantearnos una artrodesis mediocarpiana o una carpectomía proximal.

CC-281. DEFORMIDAD EN FLEXO IRREDUCTIBLE DE LOS DEDOS DE LA MANO. CIRUGÍA DE SALVAMENTO

M. Bosch-Aguilá, R. Franco-Gómez, I. López-Moreno, M. Pérez-Montoya y D. Codina-Graño

Hospital ASEPEYO Sant Cugat. Barcelona.

Introducción y objetivos: La evolución hacia la deformidad en flexión de las articulaciones interfalángicas de los dedos de la mano es una complicación relativamente frecuente y muchas veces el resultado de la cirugía no es el esperado, incluso con progresión de la deformidad hasta dejar dedos sin funcionalidad como en el caso que exponemos.

Material y método: Varón de 45 años que es valorado por un cuadro de deformidad en flexión irreductible a 90º de ambas IF. Producto de un traumatismo sufrido en enero de 1999, con fractura abierta de la base de la F1, sección del paquete neurovascular radial, sección del 1º interóseo y del ligamento colateral radial. A los 4 meses es reintervenido por rigidez articular realizando tenolisis de los flexores del 2º dedo. En junio 2009 acude solicitando la amputación del radio por las dificultades que le ocasiona para su trabajo.

Resultados: Se propone la extirpación selectiva de la F2 del índice con artrodesis de la IF, realizando esta intervención en agosto 2009. En octubre 2009 se retiran agujas de síntesis conservando el dedo una buena sensibilidad y función, sólo con la limitación del acortamiento, que le ha permitido la reincorporación laboral sin limitaciones.

Comentarios y conclusiones: La extirpación selectiva de la F2, puede ser una opción quirúrgica de salvamento del radio en los casos de flexo irreducible avanzados de los dedos que no permitan ya otras posibilidades quirúrgicas, manteniendo un dedo más corto pero conservando el trofismo, sensibilidad y buena parte de la función.

CC-282. DEFORMIDAD DE MADELUNG: A PROPÓSITO DE UN CASO DE OSTEOTOMÍA Y SÍNTESIS MEDIANTE AGUJAS

R. Laredo Rivero¹, R. Cibants Martínez¹, P. Menéndez Martínez¹, A. Santacruz Arévalo¹, F. Polo Simón², J.M. Madruga Sanz¹, J.F. Fajardo Romero¹ y M.C. Rubio Álvarez¹

¹Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ²Hospital del Tajo. Aranjuez.

Introducción y objetivos: La deformidad de Madelung se caracteriza por angulación radial y palmar exagerada de la parte distal del radio causada por una alteración del crecimiento de la parte palmar y cubital de la fisis radial distal. La etiología es desconocida, sugiriéndose posible traumatismo infantil, ligamento volar anómalo (ligamento Vickers), alteraciones genéticas, etc. Es una patología poco frecuente (< 1%) más característica de mujeres, de forma bilateral con un rango de edad de aparición entre los 6 y 13 años. Suele ser asintomática, pero en los casos que provoca alteración funcional o estética puede requerir cirugía. Presentamos un caso ejemplo.

Material y método: Mujer de 28 años que es revisada en consulta por dolor de muñeca derecha sin antecedente traumático. A la exploración presenta cúbito muy prominente y concavidad dorsal distal radio. En el estudio radiológico se visualiza angulación radial y palmar de la parte distal del radio con varianza cubital positiva. La RMN no visualiza afectación carpo. Se diagnostica como deformidad de Madelung y se interviene realizándose osteotomía de reorientación y síntesis mediante agujas de Kirschner. Se inmoviliza mediante yeso seco cuatro semanas.

Resultados: El estudio radiológico presenta mejoría en la cobertura carpiana. Tras realizar la rehabilitación, la paciente mejora el rango de movilidad con disminución del dolor.

Comentarios y conclusiones: La deformidad de Madelung supone una deformidad rara que generalmente es asintomática. Muchas técnicas de reconstrucción se han publicado, sin embargo, lo importante es diagnosticar correctamente la patología e indicar el mejor momento (dependiendo de la edad) y la técnica más indicada para cada caso.

CC-283. FRACTURAS DE EXTREMO DISTAL DE RADIO Y CÚBITO TRATADAS CON PLACAS DE ESTABILIDAD ANGULAR. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

X. Solernou Soler, P. Martínez Grau y A. Berenguer Sánchez

Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Introducción y objetivos: Las fracturas distales del cúbito generalmente ocurren asociadas a fracturas de extremo distal de radio (FEDR) y pueden alterar la funcionalidad de la articulación radio-cubital distal. Existen varias formas de tratamiento: fijación percutánea, reducción abierta con fijación interna (RAFI) con placas y/o fijador externo. El objetivo del estudio es evaluar los resultados de las fracturas de extremo distal de radio y cúbito tratadas quirúrgicamente con placas de estabilidad angular.

Material y método: Estudio retrospectivo de siete casos diagnosticados de fracturas de extremo distal de radio y cúbito tratadas quirúrgicamente con placas de estabilidad angular. El seguimiento mínimo ha sido de un año. Se han evaluado el balance articular, el resultado radiológico y la funcionalidad de los pacientes mediante el formulario PRWE.

Resultados: A los tres meses de la cirugía los siete casos tratados presentan consolidación de las fracturas sin evidenciar ninguna pér-

dida de reducción. Todos los casos presentan un buen arco de movimiento y en ningún caso hay un déficit inferior al 75% en la prono-supinación. Sólo en dos casos presentan molestias a los últimos grados de la prono-supinación.

Comentarios y conclusiones: Los resultados obtenidos en nuestra serie son similares a los estudios publicados en la literatura. Las placas de estabilidad angular empleadas en ambas fracturas presentan un índice de consolidación, alineación y funcionalidad excelentes con mínimas complicaciones y permiten una rápida incorporación a la vida activa. Está indicada la RAFI en fracturas de cúbito distales inestables o que comprometan la funcionalidad de la muñeca.

CC-284. DISOCIACIÓN LUNOPIRAMIDAL

J. Baena Tamargo, A. Ruzaña García, M. Méndez Méndez, A. Martínez Ruiz, M. Mendoza López, F. Samsó Bardes y J.R. García Medina

FREMAP. Barcelona.

Introducción y objetivos: Hessert describe en 1903 la disociación lunopiramidal. Posteriormente, Chaput y Vaillant describen el patrón en Visi en 1913. Recientemente se ha descrito el ligamento lunopiramidal volar como el principal estabilizador primario de dicha articulación. NO obstante, el diagnóstico de la inestabilidad lunopiramidal dentro del contexto de un dolor del borde cubital de la muñeca lleva todavía serias dificultades.

Material y método: Paciente de 37 años, comercial, que acude refiriendo entorsión inespecífica de muñeca de 8 meses de evolución. A la exploración presenta dolor en el borde cubital de la muñeca con prueba del bamboleo carpiano (Reagan 1984) positivo. La resonancia magnética nuclear es anodina por lo que se realiza artroscopia de muñeca, objetivando inestabilidad lunopiramidal crónica. Dado el tiempo de evolución se realiza ligamentoplastia extrínseca con hemitendón de extensor carpi ulnaris (Shin 1998).

Resultados: A pesar de la cirugía, el paciente sigue refiriendo molestias difusas que no limitan su actividad laboral (comercial). NO obstante, el paciente rechaza la artrodesis lunopiramidal.

Comentarios y conclusiones: La disociación lunopiramidal es todavía una patología poco conocida lo que dificulta su diagnóstico precoz. El tratamiento en las formas crónicas consiste, fundamentalmente, en ligamentoplastias extrínsecas o artrodesis lunopiramidales. En los casos en que dicha disociación sea secundaria a síndrome de impactación cubitocarpiana se aconseja acortamiento cubital.

CC-285. RESULTADOS FUNCIONALES A MEDIO PLAZO EN LA INESTABILIDAD CRÓNICA DE LA METACARPOFALÁNGICA DEL PULGAR TRATADA CON LIGAMENTOPLASTIA TRIANGULAR

G. Martínez Villén, J.M. Pérez García, C. Bejarano Lasunción y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La inestabilidad crónica de la metacarpo-falángica del pulgar (MCF1), constituye una secuela postraumática por rotura capsuloligamentaria, cuyo tratamiento precisa cirugía reconstructiva.

Material y método: Se presenta una casuística compuesta por nueve mujeres y un hombre con 43,6 años de edad media y severa inestabilidad postraumática MCF1 unilateral. El tiempo medio transcurrido desde la lesión hasta la cirugía fue de 6,5 años, realizándose una reconstrucción mediante ligamentoplastia triangulada estática de la vertiente cubital en siete pacientes, y de la radial en tres. El injerto para la plastia se tomó del palmaris longus o del flexor carpi radialis. El seguimiento medio posoperatorio fue de 3 años. Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo cirujano (GMV).

Resultados: Los resultados comparativos funcionales en valores medios fueron: glexión MCF1 postoperatoria de 36,5°, por 47,5° la contralateral. Test de Kapandji de 9, por 9,6 el contralateral. La extensión MCF1 posoperatoria alcanzó 172,8° en el pulgar intervenido, y 177° en el contralateral. El "bostejo" MCF1 en estrés pasó de 54,3° en el preoperatorio, a 10,3° después de la intervención. La fuerza posoperatoria para la pinza "de llave" fue de 6,2 kg, por 6,25 kg la contralateral, siendo la fuerza para la presa de 25,1 kg, por 24 kg la contralateral. El dolor en la Escala Visual Analógica pasó de 6,7 puntos en el preoperatorio, a 0,8 después de la cirugía. La sensación de estabilidad articular subjetiva y objetiva fue completa al final del seguimiento.

Comentarios y conclusiones: Estos resultados muestran que, a medio plazo, la técnica presentada devuelve a la MCF1 una estabilidad duradera, con rangos de movilidad que difieren escasamente de los hallados en la mano no lesionada y que permiten una función completa y sin dolor.

CC-286. FASCIECTOMÍA PARCIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE DUPUYTREN DEL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN DE CHILE

R. Gutiérrez Monclús, A. Flores Astudillo, O. Valle Toledo,
D. Salgado Martínez y C. Zepeda Tocogl

Hospital San Borja Arriarán. Santiago. Chile.

Introducción y objetivos: En Chile no existen publicaciones acerca del tratamiento quirúrgico utilizado en la enfermedad de Dupuytren, así como sus complicaciones. Determinar prevalencia de la enfermedad de Dupuytren. Caracterizar a los pacientes operados en el hospital San Borja Arriarán. Caracterizar la técnica quirúrgica de fasciectomía parcial en estos pacientes. Identificar los resultados funcionales de los pacientes operados.

Material y método: Análisis prospectivo de 30 pacientes con enfermedad de Dupuytren. Indicación quirúrgica flexión MTCF 30 grados flexión IFP 15 grados. Se evaluó a los pacientes con la escala de Tublana y TAM Strickland en el preoperatorio y postoperatorio. En todos los casos se realizó una fasciectomía parcial de proximal a distal hasta conseguir la extensión de los dedos identificando los colaterales neurovasculares a nivel de la banda longitudinal y ligamento natatorio. En todos los casos se realizó un manejo precoz con fisioterapia y terapia ocupacional de la cicatriz.

Resultados: 75% hombres, promedio de edad 72 años, antecedentes de DM y etilismo crónico en 10 pacientes. Tiempo de evolución promedio 7 años. Con score de Tublana III y IV. La recuperación del rango articular fue de un 80%. Las complicaciones fueron recidiva en 2 casos, hematoma en 1 caso y pérdida de cierre del puño en 3 casos.

Comentarios y conclusiones: Enfermedad de Dupuytren constituye el diagnóstico más frecuente en la lista de espera quirúrgica del hospital San Borja Arriarán. La fasciectomía parcial permite una recuperación funcional satisfactoria con una baja tasa de complicaciones.

CC-287. ROTURA DE LOS TENDONES EXTENSORES DE LOS DEDOS SECUNDARIA A ARTROSIS RADIO-CUBITAL DISTAL

C. Lozano Álvarez, J.F. Sánchez Soler, X. Espiga Tugas
y J. Cebamano Celma

Hospitales IMAS-IMIM de la Esperanza y del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: La rotura de los tendones extensores de la mano a nivel de la articulación radio-cubital distal es un problema frecuente en la artritis reumatoide. Por el contrario, es mucho menos conocida cuando el proceso desencadenante es la artrosis primaria.

Material y método: Presentamos cinco casos correspondientes a cuatro pacientes (uno bilateral) afectos de rotura de los tendones extensores de los dedos. Todos eran mujeres, con edades comprendidas

entre 67 y 74 años. Existía una pérdida de extensión de los dedos 4.º y 5.º, con ligeras molestias en la muñeca. El estudio radiológico mostró un cúbito en su variante plus en tres de los casos y minus en los otros dos, con/sin subluxación dorsal. El estudio analítico fue negativo para la enfermedad reumática. Se realizó sutura tendinosa termino-lateral y transposición tendinosa de EPI atendiendo al número de roturas; practicándose la escisión de la cabeza del cúbito según técnica de Darrach o variantes.

Resultados: Se logró restablecer la extensión activa digital, así como la desaparición del dolor, manteniendo una completa movilidad de la muñeca.

Comentarios y conclusiones: Al igual que en el síndrome de la cabeza del cúbito que presentan los enfermos reumáticos, en la enfermedad degenerativa también se puede producir la rotura tendinosa. La presencia habitual de una subluxación dorsal del cúbito, con rotura de los elementos estabilizadores y un cúbito variante plus pueden determinar el mecanismo lesional, tal como se recoge en la mayor parte de la literatura. En ocasiones, la variante minus también puede desencadenar la rotura tendinosa por la presencia de osteofitos dorsales, como hemos podido recoger en algunos de nuestros casos.

CC-288. TRATAMIENTO DE LA PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES INFANTIL

R.M. Egea Gámez, H. Fahandezh-Saddi Diaz, J.E. Ruiz Zafra,
S. Santana Ramírez, J.R. Prieto Martínez y A. López Hualda

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: Analizar la evolución clínica y radiológica de aquellas fracturas de escafoides no consolidadas (pseudoartrosis) en edad infantil y que han precisado de tratamientos alternativos.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo en el que incluimos todos los pacientes diagnosticados de pseudoartrosis de escafoides en pacientes esqueléticamente inmaduros tratados en nuestro centro. Tres pacientes precisaron cirugía mediante injerto autólogo de cresta ilíaca con fijación interna y uno se resolvió de manera conservadora con aplicación de yeso antebracial e inclusión de primer dedo. Se midieron las variables flexo-extensión de muñeca, fuerza de prensión del puño con dinámometro, dolor según la EVA, satisfacción y consolidación radiológica tras la cirugía.

Resultados: El número de pacientes incluidos en el estudio fue de 4 pacientes, 3 de ellos varones, con edades comprendidas entre 11 y 14 años. En todos los casos conseguimos consolidación de la fractura tras el tratamiento, pudiendo realizar posteriormente una vida normal, sin limitaciones y evidenciando una remodelación progresiva del escafoide con el crecimiento, especialmente en los niños de menor edad. No objetivamos ninguna complicación.

Comentarios y conclusiones: La pseudoartrosis de escafoides infantil es una patología poco frecuente. Dentro de los tratamientos se baraja el tratamiento ortopédico, aporte de injerto con/sin fijación; en nuestra experiencia la colocación de injerto estabilizado con minitornillo para el tratamiento de estas lesiones, permite una adecuada fijación y una más temprana movilización comparado con el aporte de injerto sin síntesis.

CC-289. ARTRODESIS TRAPECIOMETACARPIANA CON PLACA EN EL TRATAMIENTO DE LA RIZARTROSIS

D. Cecilia López, E. García Paredero, L. Suárez Arias,
M. Porras Moreno, A. Díaz Martín, F. Jara Sánchez
y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: La rizartrosis es una de las causas más frecuentes de artrosis sintomática en la mano. Existen diversos

métodos de tratamiento quirúrgico. El objetivo de este trabajo es evaluar nuestros resultados en el tratamiento de esta patología mediante la artrodesis trapeciometacárpica con placa cuadrangular atornillada.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo en el que se recogieron 25 artrodesis (23 pacientes) llevadas a cabo entre los años 2006-2009. La edad media fue de 55 años (rango 44-60). El tiempo medio de seguimiento fue de 30 meses. La evaluación funcional se realizó mediante las escalas DASH y Mayo Wrist Score y la evaluación del dolor mediante la escala analógica visual. Se analizó pre y postoperatoriamente la capacidad de realizar actividades que implican a la articulación trapeciometacárpica y la reincorporación a su trabajo previo. Radiográficamente se analizó la consolidación y el desarrollo de artrosis en las articulaciones vecinas.

Resultados: La puntuación en la escala DASH mejoró de 62 puntos preoperatoria (rango 50-85) a 24 postoperatoria (rango 5-61). La movilidad global disminuyó, pero la capacidad de realizar actividades específicas que implican a la articulación trapeciometacárpica mejoró. Todos los pacientes menos uno se reincorporaron a su actividad laboral previa. La puntuación en la escala EVA mejoró de 6 puntos preoperatoria (rango 4-10) a 2 postoperatoria (rango 0-9). Se registró 1 caso de pseudoartrosis y ninguno de progresión de la artrosis en las articulaciones vecinas.

Comentarios y conclusiones: La artrodesis de la articulación trapeciometacárpica con placa cuadrangular atornillada es una técnica reproducible, eficaz y segura para el tratamiento de la rizartrosis ya que proporciona buenos resultados funcionales, un alto grado de satisfacción del paciente y una baja tasa de complicaciones, aunque debe realizarse por cirujanos familiarizados con ella.

CC-290. TÉCNICA QUIRÚRGICA DE HUBER PARA SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO RECIDIVADO

F. Villanueva-López¹, V.N. Psychoyios², S. Thoma²
y E. Zampakis²

¹EPHAG Hospital de Montilla. EUF Diputación. Universidad de Málaga. ²Departamento de Ortopedia 5. Servicio de la Mano y Extremidad Superior. Hospital Asclepeion. Atenas. Grecia.

Introducción y objetivos: Revisar retrospectivamente los resultados tras usar un colgajo del aductor del quinto dedo en los casos en que recidiva un síndrome del túnel carpiano intervenido. El principio de esta técnica es proporcionar un lecho altamente vascularizado para la regeneración axonal.

Material y método: Se incluyeron en este estudio 23 casos de recidiva de síndrome de túnel del carpo tras intervención primaria. A todos los pacientes se les sometió a re-destechamiento del túnel del carpo y neurolisis del nervio mediano. Se disecó un colgajo de pedículo proximal del aductor del quinto dedo hasta nivel de su paquete neurovascular y se movilizó proximalmente.

Resultados: La edad media fue de 43 años. Por género 16 fueron mujeres y 5 hombres. En 2 pacientes, un hombre y una mujer la inclusión en el estudio fue bilateral. En 14 casos la técnica fue un éxito subjetiva y objetivamente. En 6 casos la situación clínica no cambió y en 3 casos se necesitó reintervención quirúrgica para descomprimir el nervio. Se desarrolló síndrome de dolor regional complejo en 3 casos.

Comentarios y conclusiones: A pesar de necesitar un largo postoperatorio para la cicatrización y rehabilitación debido la extensión de la disección realizada los resultados de analgesia, mejora motora y sensitiva y recuperación de la habilidad manual conseguidas justifican el uso de esta técnica.



SELECCIONADO COMO CANDIDATO A MEJOR PÓSTER

CC-291. TUMOR MALIGNO EN MANO: RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

L.M. Romero Muñoz, S. Amillo Garayoa, J. Pons de Villanueva y J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Los sarcoma en mano son tumores infrecuentes. Son diagnosticados tardíamente con un pobre resultado final al que conduce dado el retraso terapéutico. En la actualidad el tratamiento de los tumores malignos de la mano han sido la combinación de una escisión amplia y el tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia. El objetivo de nuestro estudio es valorar el resultado funcional de los pacientes intervenidos en nuestro centro por tumores malignos de mano.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de historias clínicas procedentes de la Clínica Universitaria de Navarra en pacientes con sarcomas de partes blandas en mano. Los criterios de inclusión eran pacientes con tumor localizados en mano, con un seguimiento mínimo de 5 años y un que hubieran seguido el protocolo adyuvante en nuestro centro. Los datos recogidos para el estudio fueron recogidos de manera retrospectiva analizando: edad a la cirugía, sexo, tipo histológico de tumor, dimensión tumoral, tratamientos neoadyuvantes previos, márgenes quirúrgicos.

Resultados: 12 pacientes con tumores malignos de mano (6 mujeres y 6 hombres). Tipo histológico más frecuente sarcoma sinovial (42%) sarcoma de células claras y sarcoma epitelioides. La localización más frecuente es palma de mano en un 50%. 83% son tumores de bajo grado. En la mitad de los casos se realizó tratamiento en otro centro. En nuestro centro realizamos resección con márgenes de seguridad y tratamiento adyuvante con quimio y radioterapia en un 75%. El seguimiento medio es de 11,4 años y la supervivencia a los 5 años es del 67% en los pacientes que acudieron a revisión.

Comentarios y conclusiones: La escisión completa con márgenes libres de enfermedad en la primera cirugía es fundamental para adquirir un control local de la enfermedad adyuvando con quimioterapia y radioterapia.

CC-292. LESIONES DE TENDONES FLEXORES DE LA MANO. REVISIÓN DE CASOS

A. Hernaiz Alzamora, J. Hoyos Cillero, H. Pena Arantzibia y J. Lauzirika Alonso

Hospital de Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: Determinar el resultado del tratamiento de las lesiones de tendones flexores de la mano.

Material y método: Del 01-2006 al 09-2009 tratamos 213 lesiones agudas. Media de edad de 43,20 años. 130 hombres, 83 mujeres. Mano derecha en 142 casos, izquierda en 65 casos, bilateral en 6 casos. 153 heridas por arma de filo, 48 heridas por cristal, 12 aplastamientos. 190 casos de secciones totales, 23 parciales. Se clasificaron las lesiones según localización anatómica (IFSSH): 30 en zona I, 115 en zona II, 57 en zona III, 5 en zona IV, 6 en zona V. Lesiones asociadas: 50 lesiones nerviosas (30 reparadas), 15 lesiones vasculares, 15 fracturas locales, 15 regularizaciones de dedos. Se realizó reconstrucción tendinosa mediante sutura o reinserción en zona I, y sutura en zonas II, III, IV y V mediante método de Kessler o sutura directa. 24 casos de pérdida de sustancia con cirugía a 2 tiempos. Se inmovilizó con férula de yeso iniciando movilización activa protegida en una media de 5,7 días.

Resultados: Complicaciones: 6 casos de infección, 35 casos de limitación importante de movilidad (20 cirugías de revisión), 15 roturas agu-

das (segunda cirugía), 35 pérdida de sensibilidad distal. Se valora la movilidad funcional: TAM (total active motion). Evaluación de DASH y MHQ. 75% de buenos resultados, 20% regulares, 5% malos.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones traumáticas de los tendones flexores de la mano son una patología frecuente en cirugía ortopédica. A pesar de los numerosos estudios biohistológicos, su reparación continúa siendo un desafío para el cirujano. La reconstrucción temprana y la pronta rehabilitación son necesarias para prevenir la adhesión tendinosa y las secuelas funcionales potenciales a largo plazo que con frecuencia precisan cirugía de rescate.

CC-293. TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS-LUXACIONES ASOCIADAS DE LA BASE DEL CUARTO Y QUINTO METACARPIANOS

A. Toro Aguilera, P. Martínez Galarza y B. Suárez Fernández

Hospital General de Granollers.

Introducción y objetivos: Presentamos una revisión de 14 casos en el tratamiento de las fracturas-luxaciones del cuarto y quinto metacarpianos donde dado su controvertido tratamiento reflejamos nuestra experiencia mediante reducción abierta y fijación interna con placas de bajo perfil mediante un abordaje dorsal de mínimo un año de seguimiento.

Material y método: Se trata de una serie de pacientes intervenidos desde febrero de 2003 hasta agosto de 2008 de los cuales 10 son hombres y 4 mujeres. La deformidad presentada así como la afectación del carpo determinaron el tipo de síntesis a realizar. En nuestra serie tuvimos 2 casos con fractura del hueso grande.

Resultados: La recuperación funcional de la mano fue alcanzada en un 73% de los pacientes con un resultado según DASH score promedio 22,7 (mínimo 11,4 y máximo 70,5). Al año los pacientes refieren molestias residuales y sólo un paciente tuvo que cambiar de trabajo. No se objetivó un acortamiento significativo en ninguno de los pacientes, no obstante, los pacientes con mayor clínica residual coincidieron con los que presentaban fracturas asociadas de los huesos del carpo. Existe un caso con artropatía incipiente entre hueso ganchoso y el quinto metacarpiano.

Comentarios y conclusiones: La deformidad presentada así como la afectación del carpo determinan el tipo de síntesis a realizar. Dadas las múltiples opciones terapéuticas y los resultados obtenidos en nuestra serie creemos que la reducción abierta y fijación interna es un tratamiento a tener en cuenta.

CC-294. UTILIZACIÓN DE TRASPLANTES OSTEOCARTILAGINOSOS AUTÓLOGOS EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES CARTILAGINOSAS U ÓSEAS SECUNDARIAS A FRACTURAS DEL RÁDIO DISTAL

V. Galán Labaca¹, J. Moreta Suárez¹, L. Gorostiola Vidaurrezaga¹ y J.L. Martínez de los Mozos²

¹Hospital Galdakao. ²Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Galdakao.

Introducción y objetivos: Análisis retrospectivo del uso de trasplantes osteocartilaginosos autólogos en el tratamiento de defectos osteocartilaginosos en las fosas semilunar y escapoidea secundarios a fracturas del radio distal.

Material y método: Hemos evaluado a 6 pacientes (5 hombres y 1 mujer) con lesiones osteocondrales en las fosas semilunar y escapoidea secundarias a fracturas del radio distal. En los 6 casos el injerto se tomó de la rodilla contralateral, colocándose un fijador externo durante 3 semanas y potenciándose la integración ósea con factores de crecimiento ricos en plasma. El seguimiento mínimo fue de 18 meses. Para controlar el estado del cartílago articular, se realizó una resonancia magnética preoperatoria y otras dos durante el seguimiento.

Resultados: Los parámetros relacionados con la movilidad de la muñeca mejoraron en todos los casos; en 5 pacientes desaparecieron por completo los síntomas de dolor mientras que 1 seguía experimentando algunas molestias. Todos los pacientes retomaron su actividad laboral habitual sin que ninguno de ellos registrara discapacidad alguna. Un paciente sufrió una ligera infección en el lecho donante, que se resolvió con antibióticos.

Comentarios y conclusiones: El trasplante de cartílago autólogo se ha convertido en una opción real en articulaciones tales como la rodilla y el tobillo. Se ha venido utilizando con resultados prometedores en lesiones cartilaginosas y osteocartilaginosas de las fosas semilunar y escapoidea de la muñeca, secundarias a traumatismos.

CC-295. RESULTADO FUNCIONAL Y RADIOLÓGICO EN FRACTURAS DE RÁDIO DISTAL TRATADAS CON PLACA VOLAR DE SOPORTE FRENTE A PLACA DE ÁNGULO FIJO

V. Rodríguez Vega, D. Cecilia López, A. Jorge Mora, L. Suárez Arias, C. Resines Erasun e I. Auñón Martín

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Comparar los resultados funcionales y radiográficos en el tratamiento de las fracturas de radio intraarticulares tratadas mediante placa bloqueada volar de ángulo fijo frente a placa de soporte.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo comparativo entre dos series de fracturas de radio distal intraarticulares: 36 fracturas tratadas con placa en T de AO de 2,4/2,7 y 50 fracturas tratadas con placa bloqueada volar de ángulo fijo (Placa DVR Depuy®). Se utilizó la clasificación AO/ASIF de Müller tras estudio radiográfico anteroposterior y lateral. Se recogieron datos demográficos, sobre mecanismo causal y complicaciones postoperatorias. El seguimiento mínimo fue de 10 meses. Se realizaron evaluaciones clínicas y radiográficas al inicio, postoperatorias a los 3 meses y al final del seguimiento. En la evaluación funcional se utilizó la escala de Lidström.

Resultados: En el grupo tratado con placa bloqueada volar de ángulo fijo se obtuvieron mejores resultados radiológicos, obteniéndose una reducción más anatómica. En ambos grupos se obtuvieron buenos resultados funcionales y los pacientes resultaron satisfechos con el tratamiento recibido según la escala de Lidström. El tiempo quirúrgico medio fue similar en ambos grupos y el abordaje quirúrgico fue el mismo. El inicio medio de la movilización fue de 12 días.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de radio distal siguen siendo un reto terapéutico en continua evolución que pueden ser susceptibles de diferentes tipos de tratamiento. Los tratamientos que comparamos obtienen buenos resultados en cuanto a su evolución clínica aunque mejores para el grupo que recibió tratamiento con las placas de ángulo fijo pero sin significación estadística y ambos presentaron tasas de complicaciones similares.

SELECCIONADO COMO CANDIDATO A MEJOR PÓSTER

CC-296. ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y ORTOPÉDICO DE LAS FRACTURAS DE LA EXTREMIDAD DISTAL DEL RÁDIO EN MAYORES DE 65 AÑOS

J. Beano Collado, I. García Bullón, J.C. Márquez Ambite y M.D. Gimeno García-Andrade

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos: Comparar los resultados del tratamiento ortopédico y quirúrgico con placa volar de las fracturas de la extremidad distal del radio en mayores de 65 años.

Material y método: La serie se compone de 20 pacientes en cada uno de los dos grupos. Los pacientes fueron mayoritariamente mujeres (82%), con una edad media de 75 años (65-86). El tratamiento quirúrgico se indicó en aquellas fracturas con gran comminución e inestabilidad de entrada y en aquellas en las que se observó colapso y redesplazamiento de la fractura en la primera revisión y consistió en reducción abierta y estabilización con placa volar en todos los casos. El tratamiento ortopédico consistió en inmovilización con yeso antebracual durante 6 semanas. El 95% de los pacientes realizaron Rehabilitación tras la retirada del yeso o tras la cirugía. Los resultados funcionales se evaluaron utilizando el Mayo Wrist Score.

Resultados: Los resultados funcionales fueron similares en los dos grupos de tratamiento, siendo sin embargo mejores los resultados radiológicos y morfológicos en el grupo tratado mediante osteosíntesis con placa volar. Las complicaciones fueron más frecuentes en el grupo de tratamiento ortopédico, siendo las más relevantes el síndrome de Sudeck, la deformidad y la consolidación viciosa.

Comentarios y conclusiones: Analizando los dos tipos de tratamiento hemos encontrado diferencias significativas en los resultados radiológicos y morfológicos a favor de la osteosíntesis con placa. Además durante los primeros meses los resultados funcionales son mejores en el grupo tratado mediante osteosíntesis con placa, aunque a mayor plazo los resultados tienden a igualarse.

CC-297. COMPARACIÓN ENTRE EL USO DE FIJADORES EXTERNOS O PLACAS VOLARES BLOQUEADAS DE ÁNGULO FIJO EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS INTRAARTICULARES DE EXTREMIDAD DISTAL DEL RÁBTO

A. Jorge Mora, D. Cecilia López, V. Rodríguez Vega,
L. Suárez Arias, I. Auñón Martín y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: La fractura de radio distal es una entidad frecuente en nuestro medio asociada a la osteoporosis, a su vez dependiente de la edad. Hemos realizado una comparación de los resultados funcionales y radiológicos del tratamiento de las fracturas de la extremidad distal del radio tratadas mediante el uso de fijador externo y/o agujas de Kirschner, con aquellas tratadas con una placa volar bloqueada de ángulo fijo.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo comparando dos series de pacientes; 41 pacientes con fractura intra-articular de extremidad distal de radio tratados con fijador externo de Penning, frente a 60 pacientes con fractura intra-articular de extremidad distal de radio tratados con placa volar de ángulo fijo (Placa DVR Depuy®). Se utilizó la clasificación AO/ASIF de Müller. Se realizó una evaluación radiológica tras la fractura, tras la cirugía y al año mediante proyecciones radiológicas antero-posterior y lateral, en las que se midió la desviación radial, palmar e índice radio-cubital. Asimismo se cuantificó el rango de movilidad de flexo-extensión tras un año de seguimiento y se evaluó el resultado funcional mediante la escala de valoración clínica de Lindström. El seguimiento mínimo fue de un año. Se compararon las complicaciones inmediatas y tardías.

Resultados: En el grupo de pacientes tratados con placas volares bloqueadas de ángulo fijo se obtuvieron mejores resultados radiológicos. Aunque funcionalmente las placas volares de ángulo parecen presentar un mejor comportamiento, no se encuentra significación estadística. La tasa de complicaciones fue semejante en ambos grupos.

Comentarios y conclusiones: Las placas volares bloqueadas de ángulo fijo ofrecen mejores resultados con una tasa de complicaciones semejante a los fijadores externos, en las fracturas intra-articulares de extremidad distal de radio.

CC-298. ASTROPLASTIA TOTAL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCUBITAL: DISCUSIÓN DE 18 CASOS

V. Galán Labaca¹, P. Marquina Sola², L. Scheker³,
L. Gorostiola Vidaurrezaga⁴ y J. Moreta Suárez⁴

¹Galdakao. ²U. Mano de Hospital Maz. Zaragoza. ³Jewish Hospital Louisville. Kentucky. ⁴Hospital Galdakao. Bizkaia.

Introducción y objetivos: Articular el cúbito con el radio en las zonas proximal y distal con una articulación bicondilea. Las dos articulaciones permiten un amplio arco de movimientos del antebrazo, permitiéndole soportar dos tipos de fuerzas principales: cargas axiales y fuerzas verticales (levantar objetos).

Material y método: Hemos estudiado un total de 18 pacientes (12 hombres y 6 mujeres) con dolor y deformidades severas en la articulación radiocubital distal, en 14 casos secundarias a lesiones traumáticas, en 2 casos a enfermedad de Madelung y en los otros 2 casos, secundarias a intervenciones quirúrgicas anteriores. El implante utilizado en todos los casos fue una prótesis total constreñida y no cementada Aptis. La edad media de los pacientes fue de 42,6 años. Se llevó a cabo una evaluación preoperatoria de la movilidad de la muñeca y del antebrazo así como de la capacidad de los sujetos para levantar objetos, que tiende a estar bastante mermada en estos casos. El seguimiento medio fue de un año como mínimo tras la implantación de la prótesis.

Resultados: En todos los casos la pronación preoperatoria media del antebrazo era inferior a los 80°, elevándose a 150° tras la implantación de la prótesis, principalmente a expensas de la supinación del antebrazo. Diecisiete pacientes consiguieron levantar objetos de al menos 5 kg (en dos casos con ligeras molestias). Dos pacientes requirieron una cirugía de revisión debido a la presencia de calcificaciones heterotópicas y adherencias en el cúbito posterior.

Comentarios y conclusiones: En pacientes con lesión amplia de la articulación radiocubital distal, todos los componentes articulares se encuentran destruidos. Por lo tanto, la prótesis utilizada deberá sustituir todos estos componentes (cabeza cubital, cavidad sigmoidea y complejo fibrocartilaginoso triangular). En nuestra experiencia, este tipo de artroplastia de la articulación radiocubital distal permite obtener buenos resultados en términos de movilidad y fuerza, actuando como una prótesis de recambio en casos de fracasos quirúrgicos previos.

MISCELÁNEA (CC-299–CC-336)

CC-299. ADECUACIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN PROFILÁCTICA EN SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

J.L. Romero Ballarín¹ y D. Oterino de la Fuente²

¹Hospital de Cabueñas. Gijón. ²Universidad de Oviedo. Asturias.

Introducción y objetivos: La tromboprofilaxis ha aumentado en los últimos años con la aparición de HBPM. Se estudia únicamente –prescripción del fármaco en función de su necesidad– y obvia la elección del medicamento, la dosis y pauta de administración entre servicios médicos y quirúrgicos en Hospital de Cabueñas. Objetivos: identificar el uso inadecuado de profilaxis de procesos tromboembólicos. Valorar diferencias de profilaxis entre los servicios médicos y quirúrgicos.

Material y método: Estudio transversal, 2002. 421 pacientes. Ámbito: Servicios médicos (Cardiología, Neumología, Neurología, Medicina interna, resto) y quirúrgicos (Cirugía general, Urología, Ginecología, Traumatología, resto). Tromboprofilaxis adecuada: cumple criterios y recibe tratamiento con heparinas de bajo peso y pacientes que no cumplen, no reciben tratamiento. Tromboprofilaxis inadecuada: cumple criterios, pero no se le pauta (por defecto); o, no cumple y se le administraba (por exceso). Instrumento de Revisión: los protocolos de prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica (INSALUD,

1993). Guía PRETEMED. Pacientes quirúrgicos (Casals Solé). Variable de estudio: adecuación de la tromboprofilaxis. Análisis bivariante para cada variable. Para estimar la significación estadística de las diferencias se utilizó la Chi-cuadrado.

Resultados: La tromboprofilaxis con HBPM es adecuada en 77,2%. Existe sobreutilización en sólo 1,7%; mientras que en nuestro estudio se manifiesta una infrautilización de HBPM en el 21,1%.

Comentarios y conclusiones: Casi la cuarta parte de los pacientes ingresados en el hospital reciben heparina como tromboprofilaxis de forma inadecuada. La inadecuación es sobre todo por infrautilización –el 21,1% de los pacientes con necesidad de heparina no la reciben–, mientras que la sobre utilización es escasa –el 1,7% de pacientes que reciben heparina no la necesitan–. Cuando los médicos prescriben heparina la prescriben bien, pero casi la mitad de pacientes a los que no se les prescribe heparina deberían recibirla. La utilización de la tromboprofilaxis con heparina no mostró diferencias entre servicios médicos y quirúrgicos y sexo.

CC-300. PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE STILL CON AFECTACIÓN ARTICULAR AL AÑO DEL DIAGNÓSTICO

A. Jiménez Martín¹, R. Martínez Pérez², S. Rodríguez Montero², M.L. Velloso² y J.L. Marenco de la Fuente²

¹Hospital FREMAP. Sevilla. ²Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La Enfermedad de Still del adulto es una enfermedad infrecuente (0,16 casos/100.000 habitantes), con fiebre, rash y artritis. Aparece entre 15-25 años y 36-46 años (mujer/hombre 2:1). De etiopatogenia desconocida, incluyendo factores genéticos (HLA), o infecciosos (parvovirus B19, Coxsachievirus B4, Mycoplasma, Yersinia enterocolítica...). Nuestro objetivo es presentar la evolución de nuestros pacientes al año del diagnóstico.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Analizamos 6 pacientes, considerando variables clínicas (edad, sexo...) y analíticas (VSG, PCR...), valorando la actividad clínica mediante la escala analógica visual.

Resultados: Edad media: 28,5 ± 8,3 años (2 varones y 4 mujeres). Objetivamos cambios clínicos desde el diagnóstico al final del seguimiento en: fiebre (100% vs 0%), artritis (100% vs 33,3%), rash (83,3% vs 0%); o analíticos: Leucocitosis (100% vs 16,6%), VSG (61,1 ± 49,7 vs 11 ± 9,5), PCR (162,6 ± 96,2 vs 16 ± 21 mg/dl), ferritina (2.409,5 ± 819 vs 785,5 ± 524,2 ng/ml), leucocitosis (14.916,6 ± 7.899,2 vs 8.383,3 ± 2071,1 K/μl), AST (94 ± 7,6 vs 22,3 ± 3,7 mg/dl), ALT (76 ± 7,8 vs 20,6 ± 4,7 mg/dl), GGT (255,3 ± 41,5 vs 48,5 ± 49,7), LDH (937,3 ± 85,6 vs 260,1 ± 47,5 mg/dl) y una reducción en la escala analógica visual, (EAV), (84,5 ± 15,3 a 29 ± 5,6 mm), considerando diferencias estadísticamente significativas, ($p < 0,05$), en VSG, PCR, ferritina, GGT, LDH y EAV.

Comentarios y conclusiones: En nuestra experiencia, los pacientes con enfermedad de Still muestran al año del diagnóstico una remisión completa en el 50% de los casos, recayendo el 33,3% de los mismos como artritis crónica. En la bibliografía, sólo el 20% remitirían dentro del primer año del tratamiento, presentando la tercera parte, una remisión completa. Las recaídas suelen ser artritis crónicas.

CC-301. DESVIACIÓN DE PROTOCOLOS FARMACOTERAPÉUTICOS PARA PROCESOS ESTÁNDAR EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

V. León Muñoz, I. Sánchez Martínez y F. Valiente Borrego

Hospital Vega del Río Segura. Murcia.

Introducción y objetivos: El Servicio de COT de nuestro Centro Hospitalario cuenta con prescripción electrónica y dispensación en dosis

unitaria. Este sistema ha sido reconocido, frente al tradicional, como una herramienta básica para mejorar la seguridad y la eficiencia durante la utilización de medicamentos, disminuyendo los errores de medicación. Los protocolos son recomendaciones que pretenden estandarizar cuidados, mejorando la seguridad y la calidad de la asistencia, frente a la variabilidad. Se pretende analizar la adecuación de los protocolos implantados en 3 procesos quirúrgicos asistenciales: ATR, fractura de cadera y cirugía lumbar.

Material y método: Estudio observacional prospectivo en un hospital comarcal (142 camas). Se analizaron los protocolos “pauta genérica” y “pauta raquis” para valorar su adecuación a las necesidades del paciente y de los profesionales. Durante el primer trimestre de 2009 se recogieron desde Farmacia los datos de los pacientes a los que se les prescribieron los protocolos y las modificaciones en los fármacos incluidos (si se producían): aumento de dosis, reducción de dosis, medicamento añadido, medicamento eliminado antes de la suspensión automática, cambio de especialidad y medicamento prescrito más tiempo del protocolizado.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes: 74 tipo “pauta genérica” y 28 tipo “pauta raquis”. Pauta genérica: 56,8% con algún tipo de modificación. Pauta raquis: desviaciones en el 46,4%. Se produjo un cambio cada 6,48 días en la pauta raquis y cada 4,8 días en la pauta genérica. El tipo de modificación más repetida ha sido la adición de medicación inicialmente no incluida. Los grupos terapéuticos con más cambios fueron los analgésicos (24%), los anti-inflamatorios (20%) y los antibióticos (19%).

Comentarios y conclusiones: Los protocolos diseñados se adecuan a las necesidades sólo en la mitad de los casos, por lo que se hace preciso diseñar un ciclo de mejora que optimice el uso de estos protocolos.

CC-302. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN NUESTRA UCMA

D. Pescador Hernández, J.M. Martín Enrique, E. Elena Sorando, J.L. Arranz López, A. Moreno Regidor, G. Borobio León, C. Corchado Villalba y L. Ollero Malagón

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Los resultados en Cirugía Ortopédica habitualmente han sido evaluados mediante los clásicos indicadores de Salud, como la estancia hospitalaria, la morbilidad, la tasa de complicaciones entre otros, dejando de lado la propia perceptiva del paciente. En los últimos años está tomando gran interés evaluar los resultados teniendo en cuenta la satisfacción y calidad de vida de los pacientes. Resulta compleja esta modalidad, debido a la subjetividad de la perceptiva personal de cada paciente, para ello se emplean múltiples cuestionarios para objetivar estos resultados. En nuestro estudio evaluamos la satisfacción de nuestros pacientes intervenidos en la UCMA.

Material y método: Se realiza un estudio descriptivo de los pacientes intervenidos por CMA, a los cuales se le registran su satisfacción tras la cirugía mediante el cuestionario WOMAC.

Resultados: Se intervinieron 100 pacientes, siendo hombres el 25% y mujeres el 75%, con una media de edad de 64 años. Las intervenciones más frecuentes fueron el STC (30%), Cirugía del antepié (20%), gangliones (16%) y bursitis (6,5%). En cuanto a la satisfacción, el estado de salud más frecuente sería una suma total del conjunto de las cuestiones de 25 puntos (25,8%) y el menor de 14 (5,3%).

Comentarios y conclusiones: Los pacientes intervenidos por CMA presentan una gran satisfacción con la modalidad de cirugía sin ingreso.

CC-303. FACTORES DE CRECIMIENTO EN TRAUMATOLOGÍA. REVISIÓN DE CASOS

T. Espallargas Doñate, A. Fuertes Vallcorba, J.J. Ballester Giménez,
C. Martín Hernández y F. Fernández Esteve

Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Introducción y objetivos: El empleo de plasma enriquecido en plaquetas como fuente de factores de crecimiento que estimulan la reparación de los tejidos ha sido ampliamente utilizado en diversos campos de la medicina. El objetivo del estudio es la revisión retrospectiva de las indicaciones, evolución y resultados de un grupo de 34 casos en los que se han utilizado factores de crecimiento para el tratamiento de diferentes procesos en Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Obispo Polanco de Teruel durante el período comprendido entre abril de 2002 y febrero de 2005.

Material y método: En todos los casos el sistema empleado fue el AGFR, utilizado como procedimiento para ultraconcentrar las plaquetas y leucocitos de la sangre del propio paciente, con el objetivo de conseguir dosis clínicamente efectivas de factores de crecimiento.

Resultados: El estudio incluye un total de 34 casos (16 hombres y 18 mujeres), con una edad media de 52 años (rango 11-82), que varía en función de la indicación. El seguimiento medio fue de 33 meses (rango 5-83 meses). Del total de indicaciones la más frecuente fue la de recambio de prótesis, seguida por la necrosis avascular de cabeza femoral y la pseudoartrosis o retardo de consolidación. La osteointegración del material protésico en el primer grupo fue favorable en 10 casos con una media de seguimiento de 43 meses.

Comentarios y conclusiones: El plasma enriquecido en plaquetas continúa siendo una alternativa terapéutica de segundo orden, debido a la disparidad de resultados en los diferentes estudios. La concentración de plaquetas obtenida en la preparación del PRP con las diferentes técnicas es variable y parece ser un elemento crucial en el resultado clínico. Este hecho, es un aspecto pendiente de resolver, siendo preciso comparar las diversas técnicas utilizadas en la obtención del PRP, para poder estandarizar el uso de estas terapias.

CC-304. PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES TRAUMATOLÓGICOS. MEDIDAS BASADAS EN LA EVIDENCIA MÉDICA

E. Elena Sorando¹, D. Pescador Hernández¹, J.L. Arranz López¹,
I. García Cepeda¹, A. Romo Melgar¹, J.P. Miramontes González¹,
M.D.R. Sanchidrián González² y A. Blanco Álvarez¹

¹Hospital Universitario de Salamanca. ²CS Tórtola. Valladolid.

Introducción y objetivos: Los pacientes traumatológicos en muchos casos son pacientes con alto riesgo de padecer úlceras por presión, factores como la edad avanzada, la inmovilización o la patología basal contribuyen a predisponer a esta patología. Proponemos destacar las medidas efectivas que previenen su aparición.

Material y método: Revisión bibliográfica de la literatura específica sobre la prevención de las úlceras por presión, centrándonos especialmente en las Guías para la Práctica Médica en pacientes con úlceras por presión basadas en la evidencia médica. Revisión de aspectos médicos de su génesis: etiopatogenia, riesgo, profilaxis y tratamiento.

Resultados: Las condiciones de riesgo de las UPP son prioridad ante el primer contacto con el paciente: seroalbúmina < 3,5 g/dl, transferrina-sérica < 170 mg/dl, Hb < 12 g/dl, linfocitos totales < 1.200 nL sugieren situación basal de riesgo. La presencia de fracturas y su tratamiento quirúrgico causan estados hipermetabólicos que requieren soporte nutricional adecuado: 1,5 g/kg/día. Apoyos mantenidos > 32 mmHg > 2h, pueden desencadenar UPP. Medidas efectivas: cambios posturales, proteger apoyo en el acto quirúrgico, evitar cizallamiento y colchones antiescaras.

Comentarios y conclusiones: El manejo del paciente traumatológico requiere una visión integral con valoración de los factores de riesgo de UPP basado en el estudio de su estado general, su capacidad de movilidad pre y postquirúrgica, el estado nutricional, estado de la piel y existencia de incontinencia. La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) relativa a las UPP enfatiza la importancia de la prevención.

CC-305. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (2001-2008)

D. Pescador Hernández, G. Borobio León, S. López Alonso,
J.M. Martín Enrique, J. Blanco Blanco, E. Elena Sorando,
J.M. Arranz López y L. Ollero Malagón

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Las unidades de CMA surgieron en la década de los noventa, supusieron un gran avance en ciertas patologías de tipo ortopédico. Estas unidades aportan grandes ventajas en el ámbito de ahorro de recursos, como en la calidad y satisfacción de los pacientes.

Material y método: Revisamos de forma retrospectiva las intervenciones en CMA de nuestro servicio desde enero 2001 hasta 2008.

Resultados: Se han intervenido 4.198 pacientes en ocho años, suponiendo un ascenso progresivo los cuatro primeros años hasta la correcta instauración de la UCMA, resultando en una media de 698,25 pacientes al año en los últimos cuatro años. En cuanto al sexo el 65,4% eran mujeres y el 34,6% hombres con una media de edad de 52,24 años. En cuanto al tipo de procedimientos más frecuentes tenemos la cirugía de la mano (13,4%), procedimientos artroscópicos (24,5%) y la cirugía del antepié (30,3%), siendo el tipo de cirugía más frecuentes las propias de estos procesos.

Comentarios y conclusiones: Las UCMA han supuesto un gran avance para la cirugía ortopédica desde el punto de vista de la calidad y satisfacción que ofrece a los pacientes, el ahorro de recursos y la reducción de la listas de espera. Los procedimientos más frecuentes son la cirugía del antepié, mano y artroscopia, pudiendo en un futuro extenderse a otras patologías más complejas, que hoy en día se realizan en Hospitalización.

CC-306. PSEUDOARTROSIS ATRÓFICA DE CÚBITO TRATADA CON INJERTO ALOGÉNICO Y FACTORES DE CRECIMIENTO

A. Cienfuegos López, M.I. Holgado Álvarez,
A. Fernández Izquierdo y J.M. Rodríguez de la Cueva

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Paciente de 53 años sin antecedentes personales de interés, tratada de fractura de cúbito mediante RAFI con placa atornillada, que consulta por dolor intenso que cede parcialmente con AINEs y que no es capaz de soportar peso con esa extremidad.

Material y método: En control radiográfico se aprecia pseudoartrosis de cúbito con defecto óseo de unos 4 cm en cúbito distal. Se realiza osteotomía de ambos extremos cubitales y osteosíntesis del aloinjerto con placa DCP de 9 orificios con 8 tornillos de cortical. Se introduce además injerto autólogo de cresta ilíaca y plasma rico en factores de crecimiento.

Resultados: A los 6 meses se aprecia integración del injerto en la radiografía de control. La paciente presenta buena recuperación funcional y se encuentra asintomática.

Comentarios y conclusiones: La pseudoartrosis de fracturas diafisarias de antebrazo representan entre el 3 y el 10% de las complicaciones. Las causas que influyen son la existencia de conminución del foco, tipo de material de osteosíntesis, técnica incorrecta con menos de 6 corticales a cada lado del foco. El tratamiento incluye además

del recambio de material, la colocación de injerto corticoesponjoso, teniendo en cuenta la controversia que hace innecesario el injerto con una buena compresión y estabilización del foco.

CC-307. COLGAJOS LIBRES PARA COBERTURAS COMPLEJAS DEL TERCIO DISTAL DE LA PIerna

J.L. Arranz López y D. Pescador Hernández

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: El desarrollo de las técnicas micro quirúrgicas en las últimas décadas ha hecho que cada vez existan más posibilidades de cobertura en zonas anatómicas difíciles como la región de la extremidad inferior distal.

Material y método: Presentamos cuatro paciente que sufrieron lesiones complejas traumáticas de la extremidad inferior distal con fractura y avulsión de partes blandas que exponían la tibia en algunos casos y que se trataron mediante cobertura con colgajos libres.

Resultados: La supervivencia de los colgajos fue del 100%. Los resultados funcionales también fueron satisfactorios ya que en todos los pacientes consolidaron las fracturas y fue posible la bipedestación sin ayuda.

Comentarios y conclusiones: La llegada de los colgajos libres para coberturas complejas del tercio distal de la pierna ha hecho que el abanico de posibilidades reconstructoras se abra aún más con excelentes resultados funcionales.

CC-308. REPARACIÓN DE ROTURA DE AQUILES DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN CON PRGF

A. Jiménez Martín, S. Pérez Hidalgo, F.J. Santos Yubero,
M. Zurera Carmona, I. Úbeda Pérez de Heredia y J. Vargas Montes

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las roturas del Aquiles son frecuentes en deportistas, aunque excepcionales en trabajadores con clínica de meses de evolución, tratados como esguinces. Su precaria vascularización, según Lindholm, y su escaso recambio celular, requieren varios meses para recobrar la movilidad prelesional. Nuestro objetivo es mostrar el beneficio obtenido tras reparar un Aquiles aplicándole plasma rico en factores de crecimiento (PRGF).

Material y método: Varón, de 45 años que acude con marcha claudicante tras 3 meses de evolución sin traumatismo aparente sobre el tobillo izquierdo, valorado inicialmente como esguince de tobillo en otro centro. Test de Thompson y O'Brien positivos. Signo de Brunnell-Guedj positivo. Ecografía: lesión completa del tendón de Aquiles, bordes separados 4 cm. Realizamos colgajo tipo Bosworth y refuerzo con plantar delgado según Lynn. Aplicamos PRGF bajo peritenon e inyectamos la fracción rica intrasutura.

Resultados: Tras 8 semanas de inmovilización comienza ejercicios pasivos en flexo-extensión plantar, alcanzando una movilidad óptima a las 16 semanas.

Comentarios y conclusiones: La reparación del Aquiles puede requerir los procedimientos de Lindholm, Krackow o Bosworth, siendo la técnica de Lynn fácilmente reproducible. Ma y Griffith describen la técnica percutánea. Mann y Consentino reservan las plastias con flexores para lesiones crónicas. El PRGF ha mejorado, según Sánchez, el tiempo para volver a competir, 14 semanas vs 21 ± 3 semanas, $p = 0,004$, con $65.268 \pm 8.221 \text{ cél/cm}^2$, con $p = 0,0013$. Saldalamacia lo aplica también en úlceras tipo II de Wagner, reduciendo el área lesional del $71,9 \pm 22,5\%$ vs $9,2 \pm 67,8\%$, ($p = 0,039$).

CC-309. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

J.L. Arranz López, D. Pescador Hernández, A. Núñez Serrano
y E. Elena Sorando

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: La intervención quirúrgica debe ir precedida de una serie de actuaciones, tanto generales como locales, destinadas a eliminar las causas que provocaron la úlcera por presión (UPP) y acudir a quirófano en las mejores condiciones posibles. Estas medidas implican una actuación multidisciplinaria en la que estarán implicados distintas especialidades médicas, así como, el personal de enfermería.

Material y método: El tratamiento quirúrgico de las UPP sigue tres pasos básicos. En primer lugar debe procederse a la extirpación, de forma económica pero total, de la bolsa fibrosa de la UPP, para conseguir esto, sigue siendo de utilidad la técnica del "pseudotumor de Guttman".

Resultados: Se ha conseguido la mejor cobertura cutánea teniendo en cuenta, no sólo la cirugía actual, sino también, la posibilidad de nuevas intervenciones, dado el alto índice de recidivas de estos pacientes.

Comentarios y conclusiones: En primer lugar debe decidirse la conveniencia o no del tratamiento quirúrgico. Existen una serie de casos donde no existe duda de la necesidad de cirugía, sin embargo, en la mayoría de las situaciones la indicación será relativa.

CC-310. ALARGAMIENTO V-Y PARA EL TRATAMIENTO DE UNA RUPTURA CRÓNICA DEL TENDÓN AQUÍLEO

J. Merino Pérez, J.M. Rodríguez Palomo, L.M. Fernández Rioja,
O. Campos Alonso, L. Zorita Urricelqui y N. Martín Larrañaga

Hospital de Cruces. Bilbao.

Introducción y objetivos: Aunque parezca paradójico, dada la facilidad del diagnóstico clínico, todas las series muestran una frecuencia variable de diagnósticos tardíos de rupturas del tendón aquileo. Existe varias técnicas quirúrgicas para su reparación. Nuestro objetivo es presentar la técnica de alargamiento V-Y.

Material y método: Presentamos la técnica de alargamiento V-Y para el caso de un varón diagnosticado de forma tardía de una ruptura del tendón aquileo.

Resultados: Esta técnica permite una reparación de rupturas subaguadas o crónicas del tendón aquileo con importante retracción. El resultado estético y la disminución de fuerza con respecto al miembro sano son sus principales inconvenientes.

Comentarios y conclusiones: El alargamiento V-Y es una alternativa terapéutica válida en aquellos casos de ruptura del tendón aquileo asociados a importante retracción de los extremos.

CC-311. ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN PACIENTE CON OSTEOPETROSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Eraso Lara¹, F. Bravo Corzo¹, A. Tejero Ibáñez²
y J. Fernández Chueca²

¹Hospital de Navarra. Pamplona. ²Hospital Reina Sofía. Tudela.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 22 años que acude a consulta de traumatología por presentar cojera y dolor en cadera izquierda de meses de evolución. El paciente es diagnosticado de enfermedad de Albers-Schönberg.

Material y método: Es intervenido inicialmente realizando una osteotomía valgizante de cadera izquierda, intervención que resultó satisfactoria clínicamente. Sin embargo, 9 años más tarde el paciente

acude por reaparición del dolor. El paciente es intervenido nuevamente, realizando artroplastia total de cadera izquierda.

Resultados: La evolución del paciente fue satisfactoria. Se realizaron controles periódicos al mes y medio, 3 meses, 6 meses y al año. Posteriormente se continuó con controles anuales. Desde la primera revisión el paciente refería que el dolor había cesado y la movilización de cadera era completa. A día de hoy, la movilidad de la cadera es completa y no dolorosa. En las radiografías no se aprecian signos de desgaste del componente acetabular ni de osteólisis ni movilización protésica.

Comentarios y conclusiones: La osteopetrosis es una displasia ósea esclerosante secundaria a una deficiente resorción ósea de los osteoclastos y caracterizada por un hueso duro y frágil. También conocida como enfermedad de Albers-Schönberg y como enfermedad de los huesos de marfil. El resultado es un hueso duro y frágil, propenso a las fracturas y difícil de tratar quirúrgicamente. Las características radiográficas son comunes a todas las formas: esclerosis generalizada, columna en forma de "camiseta de rugby" y formación endoósea. El tratamiento mediante reducción abierta y fijación interna intramedular de las fracturas es difícil pero posible.

CC-312. ROTURA TENDINOSA SECUNDARIA AL EMPLEO DE FLUOROQUINOLONAS

M.M. Fernández Lopesino, J.A. Herrera Molpeceres, I.J. Rivera Vaquero y N. Ruiz Micó

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: La rotura tendinosa es un efecto secundario, y cada vez más frecuente, de la administración de quinolonas, en particular del levofloxacino (Tavanic). Se presenta el caso de un varón de 32 años, alérgico a penicilinas, deportista ocasional, que llevaba una semana en tratamiento con Tavanic por un forúnculo en la cara posterior del muslo.

Material y método: El paciente acude a Urgencias con cojera y dolor en cara posterior de pierna izquierda, de aparición súbita mientras jugaba al paddle. Fue diagnosticado tanto clínicamente (hachazo, Thompson+) como por pruebas de imagen de rotura del tendón de Aquiles.

Resultados: De las dos opciones de tratamiento, conservador vs quirúrgico, nos decantamos por este último, realizándose reparación quirúrgica por la técnica de Krackow.

Comentarios y conclusiones: La fisiopatología del proceso no está aclarada. Algunos autores postulan un efecto tóxico directo del fármaco y otros un proceso de necrosis isquémica. La rotura puede producirse desde el primer día de su administración a incluso meses después de ser retirado. Aunque no existen muchos casos publicados, éste puede servir para alertar a los clínicos sobre la importancia de este grave efecto, cuya frecuencia irá en aumento paralelamente a la expansión del levofloxacino.

CC-313. PRESENTACIÓN CLÍNICA DE HOMBRO DE CHARCOT SIMULANDO UNA ARTROPATÍA TUBERCULOSA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

A.L. Hernández Díez, R. Fernández Fernández, M. Estébanez Muñoz, J.R. Paño Pardo y D. Bernabeu Taboada

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos: La artropatía neuropática es una osteoartropatía de evolución subaguda o crónica que cursa con destrucción de la articulación debida a la disminución de la inervación sensitiva de la misma. Objetivo: descripción de un caso de artropatía de Charcot que debutó con clínica sugestiva de artritis infecciosa y revisión de la literatura.

Material y método: En junio de 2008 acudió a nuestro servicio de urgencias un varón de 43 años natural de Ecuador con fiebre y tumefacción dolorosa de una semana de evolución en cara posterior de brazo izquierdo. La presencia de una PCR de 193 mg/L así como el estudio radiológico, ecográfico y por resonancia magnética fueron sugestivos de artritis infecciosa complicada con absceso adyacente. La exploración quirúrgica no pudo demostrar colección líquida y el estudio microbiológico no reveló datos concluyentes. En el seguimiento el paciente presentó clínica de anestesia termoalgésica en miembro superior izquierdo que orientó hacia un diagnóstico final de Siringomielia complicada con artropatía de Charcot.

Resultados: En la actualidad el paciente realiza actividad laboral con algunas dificultades funcionales. La literatura vigente respalda la actitud conservadora. La artrodesis y la artroplastia han sido descritas aunque con pobres resultados. El diagnóstico diferencial de una artropatía neuropática puede plantear dificultades en ausencia de clínica neurológica acompañante. La sintomatología articular puede preceder o eclipsar el déficit neurológico.

Comentarios y conclusiones: La artropatía de Charcot es una complicación frecuente de la siringomielia pero habitualmente se presenta años después del diagnóstico de la lesión neurológica. El cirujano ortopédico puede ser el primer especialista al que consulte un paciente con siringomielia y el retraso diagnóstico empeora el pronóstico del paciente. En este caso la exploración clínica y la radiología simple fueron fundamentales en el diagnóstico definitivo.

CC-314. DIAGNÓSTICO DE EVENTRACIÓN POSTOSTEOTOMÍA DE CRESTA ILÍACA PARA TOMA DE INJERTO: TAC-VALSALVA

J.I. García López, P. Martínez de Albornoz Torrente, J. Abad Barba y A. Bartolomé Villar

Hospital FREMAP. Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: La cresta ilíaca es el lugar más frecuentemente utilizado para la toma de injerto óseo. Éste injerto es utilizado en muy diversos procesos de cirugía ortopédica y traumatología, como el tratamiento de la pseudoartrosis, artrodesis de articulaciones y osteotomías óseas. Se ha descrito la aparición de hasta un 15-20% de complicaciones tras la toma de injerto óseo de cresta ilíaca.

Material y método: Se presenta un caso clínico de un varón de 45 años que fue intervenido por gonartrosis varo de rodilla izquierda mediante osteotomía valgizante para la cual se tomó injerto óseo de la cresta ilíaca ipsilateral. La evolución del proceso de rodilla fue muy buena, pero al cabo de 4 meses tras la intervención el paciente debutó con dolor abdominal que irradiaba desde la cresta ilíaca izqda. hasta zona inguinal e hipogastrio izquierdos. Dicho dolor aumentaba tras las comidas copiosas. Se realizaron para lograr el diagnóstico: exploración física, radiografías AP de pelvis, ecografía, RMN y TAC-Valsalva.

Resultados: La exploración física mostraba un discreto aumento de volumen en la zona donante junto a un leve aumento de dolor a la palpación profunda sin más hallazgos. El estudio radiográfico, la ecografía y la RMN no mostraron hallazgos significativos, más allá del defecto óseo ocasionado por la toma de injerto. El TAC mostró una eventración de epíplón cuando se le indicaba al paciente la realización de maniobras de Valsalva.

Comentarios y conclusiones: Está descrita en la literatura la herniación de contenido abdominal cuando la toma de injerto ocasiona un gran defecto óseo, si bien se trata de una complicación muy poco frecuente (0,5%). Cuando sospechemos esta complicación, el TAC Valsalva puede ser una prueba decisiva en aquellos casos con sospecha clínica y pruebas convencionales negativas.

CC-315. DISPLASIA TORÁCICA ASFIXIANTE O SÍNDROME DE JEUNE. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Mendieta Axpe, A. Argoitia Ituarte, N. Gorostiaga Pérez, E. García Castro, P. Igado Insa y E. Ayerdi Salazar

Hospital Txagorritxu. Vitoria.

Introducción y objetivos: El síndrome de Jeune es una forma acromegálica de displasia ósea de mal pronóstico, caracterizada por un tórax muy pequeño que puede alterar la mecánica respiratoria y causar la muerte precozmente por insuficiencia respiratoria o, en edades posteriores en uremia por insuficiencia renal. A nivel extratorácico presenta múltiples alteraciones como el acortamiento de extremidades, polidactilia, pies cavos, dolicocefalia, situs inversus y múltiples alteraciones radiológicas en todo el esqueleto.

Material y método: Se presenta el caso de un varón recién nacido a término que a las dos horas de vida debuta con un cuadro de distres respiratorio. Presenta cráneo normoconformado, tórax estrecho y alargado, disminución de la longitud de las extremidades superiores e inferiores, polidactilia preaxial en mano derecha. En la serie ósea el tórax es estrecho y alargado con costillas con morfología en copa en sus extremos anteriores, pelvis en tridente con acortamiento ilíaco, ensanchamiento metafisario proximal de ambos fémures, epífisis distales femorales y proximales tibiales osificadas, acortamiento de huesos largos.

Resultados: Control del distres respiratorio con oxigenoterapia, fludoterapia endovenosa y monitorización. Amputación del esbozo del 6.^º dedo de la mano derecha. El paciente es dado de alta a los quince días de edad con buena evolución y ganancia ponderal satisfactorias.

Comentarios y conclusiones: El diagnóstico se confirma ante la presencia de distres respiratorio junto con las alteraciones radiológicas pélvicas y torácicas antes descritas.

CC-316. SÍNDROME COMPARTIMENTAL CRÓNICO DEL COMPARTIMIENTO ANTERIOR DE MUSLO. FASCIECTOMÍA

M. Rupérez Vallejo, E. Marcos de León, P. Galindo Rubín, C. Galindo Rubín, C. Garcés Zarzalejo y P. Ortega García

Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: Presentamos varón de 27 años con dolor en muslo derecho de años de evolución desencadenado con el ejercicio. No posee antecedentes médicos de interés. Jugador de futbol aficionado.

Material y método: El paciente acudió a urgencias por dolor intenso en muslo desencadenado con el ejercicio, mejorando con el reposo, y hematoma en región anterointerna del mismo. La clínica era de años de evolución, aunque la intensidad del dolor había aumentado en el último año, e incluso tenía dolor con las actividades cotidianas. El paciente estaba afebril con neurovascular distal normal. Presentaba una gran asimetría respecto el muslo contralateral. Se realizó ecografía que salvo el hematoma fue normal, así como radiografías simples de fémur que también fueron normales. El paciente se sometió a una RMN que constató una hipertrofia de cuádriceps, descartando lesiones tumorales como el sarcoma de partes blandas. Se realizó medición de presiones basales y post-ejercicio siendo estas muy elevadas. Se diagnostica de síndrome compartimental crónico de compartimiento anterior de muslo. Se propone al paciente la fasciectomía.

Resultados: Se realiza fasciectomía de compartimento anterior de muslo, sin complicaciones postoperatorias. El paciente a los 3 meses estaba asintomático, desarrollando sin dolor las actividades cotidianas de la vida diaria.

Comentarios y conclusiones: El síndrome compartimental crónico de la región anterior del muslo es una entidad rara, que muchas veces como en nuestro caso pasó desapercibida hasta que la intensidad del dolor y la limitación funcional eran importantes. Es necesario si hay

hipertrofia muscular el diagnóstico diferencial con el sarcoma de partes blandas. En casos leves-moderados, la abstención de ejercicio intenso es suficiente, en nuestro caso con ya presiones compartimentales ya altas en reposo, fue necesaria la fasciectomía. El resultado de la misma fue excelente.

CC-317. SÍNDROME COMPARTIMENTAL CRÓNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Medina León, M.I. Matamoros Hermoso y F. Camacho Serrano

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: El síndrome compartimental se define como el conjunto de síntomas que expresan un problema entre un compartimiento osteoaponeurótico y su contenido. Las manifestaciones de este síndrome pueden ser de forma aguda o crónica. Se produce un aumento de presión en el espacio tisular que provoca un compromiso en la circulación y la función local.

Material y método: Varón 32 años. Alérgico a AAS. Antecedentes personales: HTA, dislipemia y DMI. Paciente que acude a Servicio de Urgencias por dolor en cara anterior tibia derecha de 6 días de evolución, que disminuye en reposo y provoca claudicación menor a 300 m. La clínica y las pruebas complementarias hicieron sospechar el caso de síndrome compartimental crónico agudizado.

Resultados: Se decidió realizar fasciotomía del compartimiento externo y anterior el día siguiente al ingreso debido a la gravedad de la sintomatología. El paciente experimentó gran mejoría clínica, desapareciendo completamente el dolor que presentaba al ingreso.

Comentarios y conclusiones: Aunque lo frecuente es su aparición en deportistas, sobre todo corredores, es importante tener en cuenta este diagnóstico en pacientes con dolor crónico en pierna e impotencia funcional en los que se han descartado otros diagnósticos más frecuentes (por ejemplo TVP). El diagnóstico es fundamentalmente por la clínica (dolor que aumenta de forma progresiva con esfuerzos cada vez menos importantes) y se confirma con la medición de la presión intra-compartmental (normal 0-8 mmHg). Se debe sospechar el diagnóstico ya que su no tratamiento precoz puede llevar a secuelas graves.

CC-318. ÚLCERA NEUROPÁTICA SOBRE RODILLA DE CHARCOT EN PACIENTE PARAPLÉJICO

P. Sánchez Angulo, F. Cebrán Córdoba, S. Amor Jiménez, L.R. Meseguer Olmo, V. Castillo Meseguer, P. Martínez Sáez y M.A. Sánchez Cañizares

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: La artropatía de Charcot se presenta en pacientes con enfermedades del SNC y en pacientes con afectación de nervios periféricos. Se presenta el caso de un paciente parapléjico con una úlcera en su rodilla afectada por una artropatía de Charcot.

Material y método: Para la resolución del caso se procedió a desbridamiento quirúrgico y colocación de un dispositivo de vacío por aspiración para favorecer la granulación del lecho. A las dos semanas se procedió a realizar colgajo dermogrado de rotación con eje vascular de safena interna y cobertura del defecto con injerto de piel libre.

Resultados: El proceso se resolvió satisfactoriamente siendo el paciente dado de alta y seguido de cerca en consultas externas para ver evolución del colgajo que únicamente presentó una pequeña área de necrosis en la zona del injerto libre.

Comentarios y conclusiones: Los sistemas de aspiración vacío son una excelente herramienta para acelerar la curación de heridas complejas acelerando la aparición de tejido de granulación como lecho de métodos de cobertura de las mismas. Como complicaciones destacan la hipoproteinemia en tratamientos largos y los defectos propios de la técnica.

CC-319. AFECTACIÓN NEUROLÓGICA TRAS ACCIDENTE DE MOTOCICLETA

V. García Virto, F. Yagüe Solís, R. Hernández Ramajo, O. Faour Martín, F. del Canto Iglesias, B. García Medrano, D.C. Noriega González y J.J. Noriega Trueba

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La prevalencia de lesiones espinales en pacientes politraumatizados es del 6%. Es importante distinguir entre una lesión medular completa y una parcial, para establecer el pronóstico funcional global del paciente. El objetivo es mostrar un caso de afectación neurológica de etiología múltiple.

Material y método: Varón de 43 años que sufre accidente de motocicleta, presentando TCE, fracturas costales y contusión pulmonar bilateral, portando collarín cervical. En la exploración neurológica movilidad y ROT conservados en EEII y ausentes en las EESS. Tras estudios complementarios se observó fractura T1, con fracturas de elementos posteriores de C5 a C7 con edema medular desde C2 hasta T1, existiendo dudosas lesiones radiculares de C7-T1. Se intervino quirúrgicamente, realizándose descompresión y fijación transpedicular C5-T4. En exploraciones posteriores se comprobó plejía bilateral de EESS con hiporreflexia, disestesias difusas y alodinía. Tras estudios con EMG y RMN se diagnóstico de déficit neurológico en EESS de etiología mixta, con componente medular, radicular y afectación del plexo braquial bilateral.

Resultados: El paciente realizó tratamiento rehabilitador y analgésico, mostrando una mejoría progresiva tanto electromiográfica como clínica, con movilidad 4/5 de EESS, con ROT conservados y sin alteraciones sensitivas.

Comentarios y conclusiones: Los accidentes de tráfico son la causa más frecuente de lesión medular traumática, siendo la región cervical la más afectada (50-65%). La lesión del plexo braquial bilateral es característica de traumatismos por accidente de motocicleta, sobre todo en hombres jóvenes (15-35 años). El diagnóstico se realiza con la exploración, las pruebas de imagen y la EMG. El control evolutivo de la recuperación nerviosa se basa en la exploración neurológica y la comparativa de los PEM, PES y EMG. El tratamiento se basa en la estabilización quirúrgica de la lesión vertebral, el control del dolor mediante fármacos como la gabapentina o los antidepresivos tricíclicos y el inicio precoz de la rehabilitación para la estimulación motora.

CC-320. VALGO-ANTECURVATUM DE FÉMUR DERECHO EN NIÑO RUSO DE 5 AÑOS CON RAQUITISMO

F.J. Lara Pulido, J.M. Beltrán Caro, S. Sedeño López, M. Martínez Vázquez y S. Franco Jiménez

Hospital Infanta Elena. Huelva.

Introducción y objetivos: Hasta hace poco, el raquitismo secundario a déficit de vitamina D era considerado en España una curiosidad médica más que una realidad clínica. Sin embargo, datos recientes muestran un "resurgir" de esta enfermedad en la infancia. Las deformidades severas de miembros inferiores como secuela de raquitismo son frecuentes y en muchos casos subsidiarias de tratamiento quirúrgico.

Material y método: Se presenta el caso de un niño de 5 años de raza blanca procedente de Rusia, adoptado por una familia española que presenta un fémur derecho con deformidad en valgo y antecurvatum y tibia vara izquierda.

Resultados: Se realiza una osteotomía varizante recurvante del fémur derecho en un mismo tiempo quirúrgico. Tras año y medio de evolución, el paciente no presenta dolor, deambula con total normalidad y las radiografías de control muestran la consolidación ósea de la osteotomía.

Comentarios y conclusiones: El raquitismo, enfermedad metabólica de los niños en crecimiento, está causado por la falta de aporte o de utilización de la vitamina D3, o por el déficit de calcio4. Provoca una desmineralización del tejido óseo y del cartílago de crecimiento con dolor óseo, deformaciones de los miembros, retraso del crecimiento, fracturas patológicas, etc. Sin embargo, la enfermedad se puede evitar con medidas simples higiénicas, dietéticas o con suplementos vitamínicos.

CC-321. SINUS PILONIDAL INTERDIGITAL. UNA RARA ENFERMEDAD PROFESIONAL

I. Eraso Lara¹, A. Tejero Ibáñez², F. Bravo Corzo¹ y J. Fernández Chueca²

¹Hospital de Navarra. Pamplona. ²Hospital Reina Sofía. Tudela.

Introducción y objetivos: El sinus pilonidal interdigital se define como un tricogramuloma adquirido de origen ocupacional debido a la penetración de fragmentos pilosos en el espacio interdigital.

Material y método: Presentamos un caso de sinus pilonidal interdigital de mano dominante en un varón de 27 años de profesión peluquero que acudió a nuestra consulta por presentar una fistula a nivel de segundo espacio interdigital de mano derecha, de cuatro años de evolución.

Resultados: Bajo anestesia troncular se realizó extirpación en cuña de la lesión, con posterior cierre por planos. La evolución del paciente se desarrolló sin complicaciones hacia la curación en 15 días, siendo dado de alta a los tres meses.

Comentarios y conclusiones: El mecanismo de formación del sinus por pelos fue descrito por primera vez por Hodges en 1880. Sin embargo son Allington y Templeton en 1942 los primeros que describen esta entidad como enfermedad profesional en peluqueros, que se presentaba como una fistula interdigital crónica. Posteriormente distintos autores han ido aportando casos aislados a la literatura. Se trata de una entidad de escasa incidencia en nuestro medio y se presenta en las áreas interdigitales de las manos, principalmente de los peluqueros, aunque también aparece en esquiladores de ovejas, ordeñadores y cuidadores de perros, entre quienes se considera una enfermedad profesional.

CC-322. SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

M. Abeal López, R. Alonso Vidal, I. Lauzirika Uranga, J. Hoyos Cillero y A. Lauzirika Uranga

Hospital de Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: Se expone el caso clínico de un paciente con síndrome de embolia grasa. Valoramos la evolución de este síndrome y sus posibles tratamientos quirúrgicos posteriores.

Material y método: Se presenta el caso clínico de un paciente, que tras caída de 20 metros sufre múltiples fracturas, entre ellas pelvis y fémur, y el cual desarrolla un síndrome de embolia grasa previo a la estabilización quirúrgica mediante enclavado endomedular. Inicialmente presenta estado vegetativo que evoluciona a rigidez espástica de extremidades inferiores tratada mediante alargamiento de isquiotibiales.

Resultados: Tras combinación de tratamiento quirúrgico y rehabilitador se recupera deambulación con flexo-extensión de rodilla completa.

Comentarios y conclusiones: El síndrome de embolia grasa es una complicación potencial de las fracturas de huesos largos tras recuperación neurológica de estos pacientes es posible la recuperación funcional mediante tratamiento de las secuelas.

CC-323. PSEUDOARTROSIS DE EXTREMO PROXIMAL DE TIBIA. POSTINFECCIÓN

M.I. Holgado Álvarez, A. Cienfuegos López, L. Traverso Guerrero y J. Díaz del Río

Hospital Universitario Virgen del Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Paciente de 34 años, con antecedente de fractura abierta tipo II de la clasificación de Gustilo de extremo proximal de tibia y presenta a los años deformidad con desviación en varo de rodilla derecha de 29°, dolor que no mejora con tratamiento analgésico y marcha en estepaje por lesión crónica de nervio ciático poplíteo externo. Refiere antecedentes de infección por Acinetobacter dos meses postquirúrgicamente que se trató con antibiótico combinado imipenem y ofloxacino. Los objetivos son corregir la movilidad del foco y estimular la proliferación celular usando TGF beta y PDGF obtenidos a partir de sangre circulante y aloinjerto de esponjosa de banco de huesos. Osteosíntesis con placa rígida y cobertura muscular del foco.

Material y método: Intervención quirúrgica consistente en limpieza del foco mediante osteotomía valgizante con extracción en cuña del foco pseudoartróstico y osteotomía distal de peroné para poder realizar reducción abierta. Osteosíntesis con placa de compresión dinámica de 8 agujeros y tornillos. Se aporta injerto esponjoso alogénico y matriz ósea desmineralizada así como factores de crecimiento. Inmovilización con vendaje enyesado inguinopédico.

Resultados: Se aprecia abolición de movimientos de extensión producto de la parálisis de nervio ciático poplíteo externo que presentaba previo a la intervención. También presenta limitación a la flexión dorsal del pie, así como rigidez en equino. Tras meses de evolución no presenta dolor, una extensión completa con flexión de 110° y correcta deambulación.

Comentarios y conclusiones: Los factores que influyen en la aparición de pseudoartrosis tipo hipertrófica en pata de elefante son fracturas de alta energía, fracturas abiertas, infección del foco dentro del periodo de consolidación del callo, movilización del foco. La vascularización del foco no se vio muy afectada.

CC-324. PARÁLISIS MUSCULAR AGUDA NO TRAUMÁTICA EN URGENCIAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO DE PPH

M. Menéndez García, I. Sancho González, M. Ercilla Oyarzábal, D. Sánchez Guardamino, M. Brun Sánchez, J. Ruiz Ruiz, M. Gutiérrez Santiago y A. Hidalgo Ovejero

Hospital Virgen del Camino. Clínica Ubarmin. Toledo.

Introducción y objetivos: La parálisis periódica hipopotasémica es una enfermedad rara, autosómica dominante, manifestada como debilidad súbita flácida y arrefléctica en las cuatro extremidades, de predominio proximal, respetando musculatura bulbar y respiratoria, por lo que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de cualquier episodio de parálisis motor agudo en gente joven.

Material y método: Paciente extranjero con AP de tiroiditis en tratamiento con eutiroideos y B-bloqueantes, de 27 años, que acude a Urgencias, después de ejercicio intenso levantando pesos y descanso posterior, por parálisis súbita en ambos miembros inferiores, que le impone la deambulación sin otra sintomatología acompañante, y es valorado por el servicio de COT. Presenta fuerza disminuida bilateralmente en cintura pélvica y musculatura aductora de I/V, imposibilidad para flexión dorsal 1.º dedo pie derecho, ausencia de reflejo rotuliano bilateral y disminución del reflejo bicipital izquierdo. Sensibilidad conservada en todos los territorios. Marcha no explorable por imposibilidad para la deambulación. Ligero temblor distal ECG: Ritmo sinusal con T isodifásica en todas derivaciones, Rx columna lumbar y cervical: Normal, LAB: destaca ión sérico de Potasio de 1,8 mmol/L (3,5-5).

Resultados: Es valorado por el servicio de Medicina Interna e ingresa en observación para vigilancia y tratamiento de hipopotasemia muy severa. Se administran 60 mEq de CLK con fluidoterapia corrigiéndose la cifra de potasio, y recuperando totalmente la movilidad, fuerza y reflejos de las extremidades. Se realizó ingreso en M. Interna con el diagnóstico de PPH asociada a tiroiditis, y fue valorado puntualmente por los servicios de COT y Endocrinología, mejorando claramente tras el control de sus niveles de hormonas tiroideas.

Comentarios y conclusiones: Debemos incluir el posible diagnóstico de PPH entre los casos agudos de paraparesia aguda en Urgencias distinguiéndolo de simuladores, cuadros neurológicos como la miastenia gravis, Guillain-Barré y otras mielopatías agudas.

CC-325. EVOLUCIÓN A 20 AÑOS DE FRACTURA DE CUELLO DE RADIO

Alsina Pujol, M.X. Llauradó Barenys, E. Valera Costa, A. Chiquillo Llauradó, G. Calbet Moncusí, J. Coloma Saiz y A. Ruiz Guillén

Hospital Universitari Sant Joan. Reus.

Introducción y objetivos: Las fracturas de cabeza o cuello de radio representan del 2 al 5% de todas las fracturas. Debido a los pocos casos publicados de pseudoartrosis a este nivel en la bibliografía consultada presentamos un caso de pseudoartrosis de cuello de radio de 20 años de evolución con poca repercusión funcional.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 48 años tratada en nuestro centro hace aproximadamente 20 años por una lesión de Monteggia asociada a fractura de cabeza de radio. El tratamiento quirúrgico consistió en la reducción abierta y osteosíntesis del cúbito con placa y el radio con aguja de Kirschner. En los controles posteriores se observa una correcta consolidación de la fractura del cúbito mientras en el caso del radio se produce una pseudoartrosis.

Resultados: Dada la poca repercusión funcional y la ausencia de dolor se decide no realizar tratamiento quirúrgico secundario. Actualmente, la paciente presenta un balance articular prácticamente simétrico al contralateral y sin dolor.

Comentarios y conclusiones: La pseudoartrosis de cuello de radio es infrecuente y son pocos los casos publicados. En la bibliografía consultada se recomienda el tratamiento quirúrgico en casos de dolor persistente, deformidad, o limitación del balance articular. Se ha descrito que aquellos casos poco sintomáticos pueden beneficiarse de una actitud conservadora.

CC-326. MORFEA DE EXTREMIDAD SUPERIOR

L.M. Romero Muñoz, S. Amillo Garayoa y B. Vázquez García

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La morfea es un proceso infrecuente, caracterizado por afectación de la dermis profunda, tejido subcutáneo, fascias, musculatura superficial y tronco nervioso.

Material y método: Varón de 16 años, con limitación funcional de miembro superior izquierdo desde 10 meses antes, con pérdida de fuerza y retracciones en muñeca y dedos de la mano. Molestias iniciales similares en brazo derecho. Dolores musculares y contracturas en piernas. Además, dos lesiones cutáneas blanquecinas en hombro izquierdo. En la exploración la patología afectaba fundamentalmente a extremidad superior izquierda: arreflexia bicipital y braquioradial, reflejo tricipital 2/4, paresia 4+/5 para flexo-extensión de antebrazo y limitación de movilidad de muñeca de 35°, retracción de musculatura flexora de mano y atrofia y paresia 4-/5 en interóseos dorsales. Consistencia gomosa en musculatura del antebrazo. Dos placas blanquecinas cutáneas en hombro izquierdo.

Resultados: Analítica general, CK, VSG y ecografía músculo-esquelética normales. Datos neurofisiológicos de atrapamiento cubital izquierdo en arcada aponeurótica cíbito-humeral con signos neurógenos crónicos en musculatura subsidiaria. En la cirugía se comprobó fibrosis intensa de fascias musculares, con atrapamiento del nervio cubital. Se realizó liberación y transposición de nervio cubital, desinserción de musculatura epitroclear, apertura de fascia antebracial y braquial anterior, y biopsia muscular que mostró signos de miositis y esclerodermia profunda. Se indicó tratamiento con corticoides y metrorexate, con evolución favorable.

Comentarios y conclusiones: La morfea profunda es la variante más infrecuente de la morfea localizada. Es una causa de afectación tanto muscular como nerviosa, que puede cursar con hallazgos de imagen y laboratorio normales, con riesgo de retraso diagnóstico y no instauración de tratamiento específico.

CC-327. GONALGIA ATRAUMÁTICA DE RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Sanz Ruiz¹, F. Chana Rodríguez¹, F. Vega Sanvicente¹, E. Vicente Herrera¹, J.M. Tabernero Fernández¹, J.M. Argüello Cuenca¹, A. Ortiz Espada² y J. Vaquero Martín¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Infanta Sofía. Madrid.

Introducción y objetivos: La mayoría de las masas diagnosticadas en nuestro medio son un hallazgo casual secundario a una consulta por otro problema. Una de las tumoraciones más frecuentes en la rodilla es la sinovitis villonodular, siendo una patología de origen benigno, pero que puede producir importantes secuelas, incluso malignizar en una lesión más agresiva.

Material y método: Se presenta el caso clínico de un paciente de 47 años que acude a nuestra consulta por una gonalgia sin antecedente relevante. A la exploración física se observa una disminución del rango articular así como una tumoración dolorosa en fondo de saco cuadripucital. Se realizó estudio radiológico con radiografía y RMN, diagnosticándose una sinovitis villonodular. El paciente fue intervenido, realizándose exéresis de la sinovial afectada, siendo necesario en el postoperatorio realizar una movilización bajo anestesia secundaria a limitación del rango articular.

Resultados: La sinovitis villonodular es una tumoración benigna, que debutó clínicamente con dolor y/o limitación funcional, siendo necesario el diagnóstico diferencial con otros tumores de partes blandas. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica ya sea artroscópica o abierta, siendo el pronóstico generalmente bueno, siendo la rigidez postoperatoria y la recidiva sus principales complicaciones y la malignización la más temida.

Comentarios y conclusiones: La sinovitis villonodular es un procedimiento benigno, con buen pronóstico con tratamiento quirúrgico, cuyo principal importancia radica en el diagnóstico diferencial de una masa de partes blandas.

CC-328. ARTROPATÍA NEUROPÁTICA ASOCIADA A NEOPLASIA VESICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Bachiller Caño, J. Rodríguez Cros, A. Pérez Pons, J. Vázquez Ortiz, J.A. Mellado Navas y J. Rodríguez Miralles

Hospital General de Vic.

Introducción y objetivos: La artropatía neuropática (artropatía de Charcot) es una artritis progresiva y destructiva que se asocia a una pérdida de la sensibilidad superficial, profunda o de ambas. En la mayoría de casos aparece en pacientes con diabetes mellitus pero puede asociarse a otras enfermedades neurológicas, infecciosas o tóxico-metabólicas y ha sido informada como síndrome paraneoplá-

sico. La poca sintomatología dolorosa que contrasta con la gran deformidad articular (de localización preferente en tobillos y pies) y la importante destrucción radiológica son la base para establecer el diagnóstico.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 45 años de edad de nacionalidad polaca, que consulta por déficit sensitivo en región del tobillo bilateral con escasa alteración motora. Se practica estudio mediante EMG y TAC de tobillo bilateral (elevado grado de destrucción tibio-peroneo-astragalina) confirmándose el diagnóstico de artropatía neuropática y descartándose otras etiologías. De forma súbita presenta macrohematuria como debut de una neoplasia vesical infiltrante grado T4,N1,M3. El estudio de extensión gammagráfico mostró hipercaptación en cresta ilíaca izquierda y bilateral de tobillo.

Resultados: Se trata con RTU paliativa y ciclos de quimioterapia de resultado no satisfactorio siendo exitus al décimo mes del inicio del estudio.

Comentarios y conclusiones: La neoplasia vesical puede asociarse a un síndrome paraneoplásico, aunque con menos frecuencia que otras neoplasias urológicas como el carcinoma de células renales o el cáncer de próstata. Sí bien la mayoría de síndromes paraneoplásicos de los cánceres urológicos se derivan de la diferenciación neuroendocrina del tumor, se ha descrito neuropatía periférica sensitiva asociada al cáncer de vejiga. La aparición de una artropatía neuropática en la que pueden descartarse las causas más habituales debe hacer considerar la posibilidad diagnóstica de una neoplasia.

CC-329. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA MORDEDURA DE PERRO COMPLICADA TRAS UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN

A. Jiménez Martín, F.J. Santos Yubero, F. Romero Candau, R. Pérez Ferri, F.J. Najarro Cid, S. Pérez Hidalgo, G. Sobrá Hidalgo y L. Aguilar Fernández

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: La mordedura de perro es una lesión que afectaría al miembro superior en el 45,45% de los casos, miembro inferior (27,27%), cara (27,72%) o tórax (4,54%). La clínica más frecuente son los abscesos/celulitis (59,09%), adenopatías (18,18%) y las osteomielitis (13,63%). Nuestro objetivo es presentar un caso de una semana de evolución, con hematoma abscesificado.

Material y método: Varón de 45 años, con traumatismo por mordedura de perro en el muslo izquierdo. Tras 7 días con amoxicilina-clavulánico, se deriva a nuestro centro para valoración. Febrícula. Tumoración evidente en borde lateral de pierna izquierda. Hemograma y bioquímica dentro de la normalidad. Ecografía: cavidad quirústica de 6 x 2 cm en el muslo izquierdo.

Resultados: Dada la clínica y pruebas complementarias, procedemos al drenaje, lavado y legrado de la cavidad, con vendajes compresivos y drenajes. Tras 1 semana con amoxicilina-clavulánico el paciente mejora y camina sin dificultades.

Comentarios y conclusiones: Los agentes más habituales en estas lesiones son *Staphylococcus aureus* o *Pasteurella multocida* (93,75% de los aislamientos y productora de neumonías, peritonitis, u osteomielitis en mordeduras sobre prótesis de rodilla). Otros agentes descritos son: *Pseudomonas fluorescens*, (abscesos cutáneos y bacteriemias recurrentes); *Pasteurella canis*, (abscesos dérmicos y osteomielitis); *Bergeyella zoohelcum*, (celulitis, absceso en la pierna, tenosinovitis, septicemia, neumonía, meningitis o incluso cirrosis hepática); *Capnocytophaga canimorsus* (endocarditis con afectación especialmente valvular aórtica, en inmunocomprometidos, esplenectomizados o alcohólicos, aunque en inmunocompetentes también ha ocasionado abscessos cerebrales, embolismos o endoftalmitis endógenas con desprendimiento de retina posterior); *Haemophilus aphrophilus*, (abscesos cerebrales), *Actinomyces viscosus*, o *Cladosporium*.

CC-330. CALAMBRES TRAS HERIDA DE BALA HACE 20 AÑOS

G. Muñoz Sánchez, I. Espina Flores, M.A. Hernán Prado
y R. Llopis Miró

Hospital Santa Cristina. Madrid.

Introducción y objetivos: La afectación neurológica tras una herida de bala es frecuente, siendo en ocasiones la lesión que marca el pronóstico y obliga a plantearse la amputación del miembro. No es frecuente, sin embargo, la aparición de clínica neurológica debida a un cuerpo extraño tras años en los que el paciente ha estado asintomático.

Material y método: Se presenta a paciente varón, de 36 años, que recibió en la adolescencia una herida de bala (9 mm) en el brazo izquierdo. Tratado mediante curas, se encuentra asintomático durante 20 años. Inicia pasados éstos clínica de calambres y parestesias en territorio mediano en relación a la contracción activa del bíceps, objetivándose compresión del mediano por encima del codo mediante EMG.

Resultados: Intervenido quirúrgicamente, se realiza extracción de la bala que se encuentra localizada en la masa muscular, sobre el paquete neurovascular afecto. Postoperatorio con buena evolución de la herida, así como de la clínica neurológica, con déficit de 10° de extensión del codo.

Comentarios y conclusiones: La migración de cuerpos extraños es rara pero posible. Al tratarse de un paciente anteriormente más musculado, es posible que la atrofia posterior ayudara al contacto entre la bala y el paquete nervioso que inició la clínica.

CC-331. IMPLICACIONES DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

L.M. Romero Muñoz, J. Duart Clemente, C. Villas Tomé
y M. Alfonso Olmos

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: El hiperparatiroidismo primario es una enfermedad relacionada con la alteración del metabolismo del calcio, en la cual se produce un incremento del nivel sérico de paratohormona (PTH), lo que estimula la resorción ósea y, en consecuencia, una elevación del calcio sérico. El cirujano ortopédico interviene ocasionalmente en el manejo de los pacientes afectos de esta enfermedad, ya que presentan con frecuencia presentan fracturas patológicas similares a las observadas en la osteoporosis y se observan lesiones óseas específicas de esta patología (tumor pardo) que tienen un hiperparatiroidismo de base, siendo necesario de este modo el conocimiento de esta patología. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión del hiperparatiroidismo primario a través de pacientes representativos de esta patología con afectación significativa a nivel óseo valorados en nuestro centro.

Material y método: Hemos revisado 4 pacientes afectos de hiperparatiroidismo primario valorados en nuestro servicio.

Resultados: En todos los casos se observó una analítica con una calcemia elevada y en otro caso por una fractura patológica de tibia. El tratamiento en todos ellos fue la paratiroidectomía con la consiguiente estabilización de la calcemia y desaparición de los tumores pardos con una correcta evolución de los pacientes.

Comentarios y conclusiones: El diagnóstico del hiperparatiroidismo primario no debe pasar desapercibido por el cirujano ortopédico, ya que es la causa más frecuente de hipercalcemia en el paciente ambulatorio. El paciente que presenta una fractura patológica, debe ser estudiado mediante serología cálcica, si se observa un calcio sérico elevado o signos radiográficos patognomónicos de hiperparatiroidismo primario.

CC-332. SÍNDROME COMPARTIMENTAL POR SUCCIÓN

A. Mascarell Muñoz¹, C. Sánchez Monzó¹, R. Sánchez Mateo¹
y J. Sardá Gascón²

¹Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ²Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducción y objetivos: Se expone el caso de un varón de 26 años que acude a urgencias del hospital tras haber sufrido la succión de todo su miembro superior derecho por el sistema de depuración de una piscina pública.

Material y método: A su llegada presentaba una equimosis difusa que abarcaba en su totalidad el miembro en cuestión. Tras la estabilización del paciente por las alteraciones sufridas por pasar un tiempo cercano a los 2 minutos bajo el agua, y con el diagnóstico de síndrome compartimental realizado por cirugía vascular, se procede a su tratamiento quirúrgico de urgencia.

Resultados: En quirófano se confirma la instauración de un síndrome compartimental. Se procede a la liberación y descompresión de los diferentes compartimientos afectados a lo largo del miembro superior, con lo que se observa una mejoría inmediata *in situ*. Tras la confirmación de la resolución del síndrome compartimental con la intervención, se siguió la evolución inmediata del paciente, las curas periódicas y los parámetros analíticos relevantes. Una vez concluido el periodo más temprano de la evolución se contó con la ayuda de los servicios de rehabilitación para evitar posibles adherencias o déficit funcionales; y con el de cirugía plástica para la planificación de un cierre correcto de la herida quirúrgica.

Comentarios y conclusiones: A propósito de este curioso caso, y de la etiología tan poco frecuente de un síndrome compartimental, como es la de una succión masiva de todo un miembro; se expone, con ayuda de la iconografía oportuna, la evolución del enfermo en cuestión. Además, se realiza una visión en conjunto de las diferentes causas posibles y maneras de resolver un síndrome compartimental urgente.

CC-333. FRACTURAS SUCESIVAS EN PACIENTE CON HIPERPARATIROIDISMO

I. Gorostiaga Mendiola y A. Izaguirre Zurinaga

Hospital de Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: Mujer 65 años de edad que presenta fractura de fémur izquierdo tras caída casual.

Material y método: Se intervino a la paciente de forma programada realizando reducción y osteosíntesis con clavo endomedular tipo gamma 3. Durante su ingreso en el S.O. de Traumatología la paciente fue diagnosticada de sd. hiperparatiroidico.

Resultados: Durante el control postoperatorio la paciente sufrió fractura subcapital de la cadera derecha intervenida mediante hemiarthroplastia bipolar y posteriormente una fractura periprotésica sobre dicha cadera. Previamente a esta última intervención fue intervenida de forma programada para paratiroidectomía subtotal. La paciente ha presentado buena evolución posterior.

Comentarios y conclusiones: El hiperparatiroidismo es un síndrome que ha de ser diagnosticado y tratado con prontitud de cara a realizar un correcto seguimiento de las fracturas intervenidas en Cirugía ortopédica y Traumatología.

CC-334. REPARO DE EVENTRACIÓN POSTERIOR A INJERTO DE CRESTA ILÍACA CON ALOINJERTO

J. Morales Dávila, A. Zumbado Dijeres y J. Fondevilla Font

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Introducción y objetivos: Mujer, 53 años. No hábitos tóxicos. 11.2005: maxilectomía macizo central por carcinoma epidermoide grado intermedio de malignidad, radioterapia adyuvante. 3.2008: reconstrucción maxilar izquierdo (colgajo libre cresta ilíaca izquierda 9 x 4 más obli-

cuo interno, respeta espina ilíaca anterosuperior. Malla sobre cierre muscular, Injerto libre de cresta ilíaca a suelo de órbita por fallo de anastomosis vascular. 3.2008: fractura espina ilíaca anterosuperior izquierda. 12.2008: eventración abdominal y dolor-impotencia funcional miembro inferior izquierdo.

Material y método: Problemas: herniación, dolor e impotencia funcional. Tratamiento: Reparación de defecto con aloinjerto de cresta ilíaca. Reconstrucción de espina ilíaca antero superior con fijación de músculo sartorio. Reparo del defecto con malla de polipropileno. Tornillos de compresión y placa.

Resultados: Postoperatorio correcto. Reparo de la eventración. Alivio del dolor y no limitación funcional a la deambulación. Incorporación de aloinjerto y consolidación.

Comentarios y conclusiones: Prevención: colgajo monocortical. Paciente en riesgo o defecto mayor a 4 cm²: malla. Sutura de peristio, fascia e inserciones musculares. Utilizar porción anterior o posterior. Incisión 3 cm posterior EIA. Tratamiento quirúrgico: uso de mallas, uso de aloinjerto o autoinjerto, uso de cemento.

CC-335. ¿MIOSITIS OSIFICANTE?

F.J. Martín Ramos, A. Cienfuegos López, F.J. Manas Martínez, J. Angulo Gutiérrez, J.M. García Castro, A. Carmona Barahona, R. Mena-Bernal Escobar y F.J. Jiménez Gómez

Hospital Virgen del Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La miositis osificante es una entidad poco frecuente consistente en la formación de calcificaciones musculares alrededor de la diáfisis de huesos largos. Aunque suelen asentarse en partes blandas, a veces estas calcificaciones entran en contacto con el periostio. Aparecen tras traumatismos, incluso banales.

Material y método: A propósito de un caso: paciente varón de 43 años, fumador de 50-60 cigarrillos al día, bebedor importante, que presenta calcificaciones periarticulares severas en caderas y rodillas de ambos miembros inferiores, más una no articular en tercio medio diafisario femoral. Derivado desde el servicio de rehabilitación, con el diagnóstico de miositis osificante, para plantear tratamiento quirúrgico. Clínicamente el balance articular está gravemente mermado, lo cual hace al paciente altamente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Como otro antecedente a destacar, el paciente presentó hace 8 años una pancreatitis grave, que requirió ingreso en uci, y por la que estuvo inmovilizado 3 meses.

Resultados: El paciente fue comentado con el servicio de cuidados intensivos de nuestro hospital, que nos manifiesta la frecuencia con la que observan estos hallazgos, tras inmovilizaciones prolongadas por enfermedades graves. El caso fue comentado con el servicio de radio-diagnóstico, que nos prestará su ayuda para la realización de nuevas pruebas complementarias. El paciente sigue revisiones periódicas en nuestras consultas externas, para nuevas evaluaciones clínicas.

Comentarios y conclusiones: Por la presentación atípica de las lesiones, por la falta de un antecedente claro de traumatismo, y por la clínica del paciente, ponemos en duda el diagnóstico de partida. Pretendemos poner el caso en conocimiento del foro asistente, para plantear nuevos diagnósticos, y las diversas opciones terapéuticas posibles. Presentaremos toda la batería de pruebas clínicas y complementarias de que disponemos.

CC-336. SEUDOARTROSIS: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN ÁREA SANITARIA DE LUGO

R. Visiedo Robles, B. Longo Rubio, A. Sánchez Parada, M.L. Ibáñez Martín y L.A. Quevedo García

Hospital Xeral-Calde. Lugo.

Introducción y objetivos: La pseudoartrosis tiene una incidencia actual estimada del 3-4%, sobre todo en huesos largos (tibia, fémur y

húmero) y actualmente la mayoría en relación con fracturas abiertas, complejas (con varios focos), síntesis inadecuadas o defectuosas, Ver si la incidencia en el área sanitaria de Lugo y etiopatogenia corresponden con las de la literatura, así como los tratamientos realizados en cada caso.

Material y método: Revisión de 40 pseudoartrosis de 40 huesos largos (25 tibias, 10 húmeros y 5 fémures diafisarios medios) de origen multifactorial durante los últimos 5 años (2003-mediados 2009) agrupándolas por sexo, edad, mecanismo causante de fractura, tipo de fractura, infectadas o no y tipos de tratamiento a las que fueron sometidas.

Resultados: 52% de las pseudoartrosis en varones. 55% de los casos mayores de 60 años. Hueso afectado con mayor frecuencia tibia y peroné (34%) y fémur (28%). Más casos en fumadores. Menos número de cirugías necesarias en aquellas fracturas que inicialmente se trataron de modo conservador que las que se trajeron quirúrgicamente. Consolidación con una única cirugía fue más frecuente en aquellos pacientes donde se utilizó plasma rico en plaquetas (PRP) (76% frente a 42%). Consolidación final en un 76% de los pacientes con PRP frente a 55% de consolidación sin PRP. La mediana de consolidación de 64 semanas con PRP frente a 68 sin PRP. Por huesos una diferencia mayor: una mediana de 22 semanas en tibia y peroné con PRP frente una mediana de 48.

Comentarios y conclusiones: Los casos que continúan en pseudoartrosis a pesar de haber utilizado PRP sufren una pseudoartrosis séptica. No se ha encontrado ninguna complicación hasta el momento atribuible al uso de PRP. Influyen múltiples factores por lo que resulta muy difícil cuantificar la importancia de PRP.

OSTEOPOROSIS (CC-337–CC-343)

CC-337. BIOMARCADORES DE REMODELADO DEL HUESO Y FRACTURAS VERTEBRALES EN JÓVENES CON PATOLOGÍA DE RIESGO

S. Tejero García, D. Serrano Toledano, J. Lirola Criado y M. del Río Arteaga

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Diversos trabajos han documentado la elevada prevalencia de fracturas en pacientes jóvenes con patología crónica (parálisis cerebral, enf Duchenne, fibrosis quística (FQ), mielomenigocele...). Estas fracturas pueden deprimir la calidad de vida de los pacientes así como potenciar la morbilidad de su patología de base. Hasta ahora la densitometría ósea es la prueba de primera elección para controlar la masa ósea de estos pacientes. El presente trabajo pretende calcular la prevalencia de fractura vertebral en una población adulta con FQ además de analizar los marcadores de remodelado óseo.

Material y método: Se realizó un estudio analítico prospectivo transversal sobre 50 pacientes mayores de 16 años afectados de FQ. La DEXA se empleó para obtener la masa ósea de la columna lumbar, cadera y cuerpo completo. Se cuantificaron los niveles séricos de PINP, PICP y FAO como marcadores de formación de hueso. Como marcadores de destrucción ósea el β -cross-laps y la catepsina K. Las fracturas vertebrales se midieron mediante radiografía lateral de columna dorsal centrada en D8 por el método semicuantitativo de Genant.

Resultados: La mitad (25/50) de los pacientes presentó osteopenia y el 6% osteoporosis densitométrica. El 39% de los pacientes exhibió fractura vertebral de al menos 1° de Genant. Los marcadores de formación ósea, PINP y PICP, experimentaron aumentos del orden del 45-71% respectivamente, respecto a los valores normales. Los marcadores de resorción ósea β -cross-laps y catepsina K, también registraron

ron ascensos entre un 75% y un 103% respectivamente, respecto a los valores de referencia.

Comentarios y conclusiones: Los adultos con FQ presentan una alta prevalencia de fractura vertebral. Existe un desequilibrio de los marcadores de remodelado óseo a favor de la resorción del hueso en los adolescentes y adultos con FQ explicando la baja masa ósea de los pacientes.

CC-338. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA

R.J. García Renedo¹, J.J. Gil Álvarez², J. Serrano Escalante²
y S. Fornell Pérez²

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²HU Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El número de fracturas osteoporóticas que el traumatólogo tiene que tratar en los últimos años, ha aumentado de manera considerable. El problema de la prevención secundaria y el estudio de los factores de riesgo que intervienen en su aparición no debe ser ajeno al especialista en Cirugía Ortopédica.

Material y método: Estudio de nuestra población diana, analizando el impacto de estas fracturas en la población, valorar el grado de cumplimiento del tratamiento y la incidencia de refractura.

Resultados: Actuaciones coordinadas entre atención primaria y atención especializada destinadas a garantizar la prevención y la asistencia al anciano hasta su reincisión social y familiar.

Comentarios y conclusiones: Cualquier persona que sufra una fractura osteoporótica debería ser tratada frente a la osteoporosis y tomar medidas para evitar las caídas. No sólo se debe tratar la osteoporosis sino lo más importante, evitar la principal consecuencia de la osteoporosis, que son las fracturas. El traumatólogo debe tener una participación activa en la prevención secundaria familiarizándose con todas las medidas preventivas y transmitirlas adecuadamente en todos los foros donde tengan oportunidad.

CC-339. TRATAMIENTO CON TERIPARATIDA EN PACIENTE CON FRACTURA DE TOBILLO CON RETRASO DE CONSOLIDACIÓN Y OSTEOPOROSIS SECUNDARIA

J.J. López Martínez, F. García Zafra, L. Meseguer Olmo,
R. Rodríguez Martínez, A. Valcárcel Díaz, J.P. García Panos,
R. Cano Gea y R. Fernández Sánchez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Valorar tratamiento con teriparatida en pacientes con retraso de consolidación en fracturas.

Material y método: Mujer de 49 años. Fractura de tobillo suprasinésmal no desplazada tratada con férula en diciembre 2008. Revisión a la semana: ligero desplazamiento, manteniendo la longitud y orientación en plano coronal. Continúa con tratamiento ortopédico. 11 días: nueva revisión por dolor antepié. Cambio férula por botín. 1 mes: primera visita. Igual situación respecto al desplazamiento del control no consolidación. Continúa con férula. 6 semanas: retirada de yeso, movilización permitida sin apoyo. Cargas cíclicas en peso de baño (15 kg). 8 semanas: dolor en zona distal de la fractura. Permitido apoyo con carga parcial. 10 semanas: dolor y edema. Rx no consolidación. Rhb. 14 semanas: dolor y retraso consolidación. Imagen de osteoporosis regional (Sudeck). 6 meses: tendinitis tibial anterior. Consolidación según tac. Rx: en todas las revisiones. Tac a los tres meses: no consolidación y osteoporosis secundaria. Inicio tratamiento con teriparatida (forsteo).

Resultados: TAC a los 5 meses: imagen de consolidación casi completa. Mejoría total de la clínica de dolor e inflamación. 10 meses: clínicamente enferma asintomática.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento con teriparatida es beneficioso para pacientes con retrasos de consolidación en fracturas.

CC-340. IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS EN LAS OSTEOPATÍAS METABÓLICAS

M.R. Morro Martí¹, P. Peris Bernal², M. Llusa Pérez¹,
A. Domínguez Sevilla¹, E. Gil Rodríguez¹ e I. Centelles Bergareche¹

¹Hospital de Traumatología i Rehabilitació Vall d'Hebron. Barcelona.

²Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentar un caso clínico de osteoporosis en que la anamnesis es esencial para llegar al diagnóstico etiológico de la paciente.

Material y método: Paciente mujer de 78 años con antecedentes patológicos de tratamiento corticoideo prolongado por asma bronquial, gastrectomía subtotal, colecistectomía y menopausia precoz a los 38 años, que en 8 años sufre fracturas de estrés o por traumatismos banales de ambos peronés, uno de ellos bifocal; 3r metatarsiano del pie derecho; cúbito derecho diafisaria; fémur derecho pertrocanterea y diafisaria; ambas tibias, una de ellas bifocal y húmero bifocal. Las fracturas son tratadas de forma ortopédica o quirúrgica según el caso. Al realizarle un estudio metabólico óseo y una gammagrafía paratiroidea con MIBI donde se observa hipocaptación de la glándula paratiroidea inferior derecha es y diagnosticada de osteoporosis grave secundaria a déficit de vitamina D e hiperparatiroidismo.

Resultados: La evolución de la paciente ha sido satisfactoria desde el momento en que inició tratamiento sustitutivo con calcio, calcitriol y bisfosfonatos, no sufriendo más fracturas.

Comentarios y conclusiones: La osteoporosis es una enfermedad que puede tener diferentes etiologías y que no siempre se trata de mujeres postmenopáusicas o pacientes ancianos, pudiendo en muchas ocasiones expresarse como consecuencia o asociadas a otras patologías del metabolismo óseo. En este caso existe una osteopatía por hipovitaminosis D con hiperparatiroidismo secundario por insuficiencia renal de etiología medicamentosa, que conduce a una osteoporosis grave. En esta paciente habría que haber considerado sus antecedentes de gastrectomía previa y colecistectomía como posibles causas de malabsorción de la vitamina D, y menopausia precoz y tratamiento prolongado con corticoides como causas de osteoporosis. Todo ello nos habría conducido a un diagnóstico mucho más precoz y posiblemente evitar la cadena de fracturas que se fueron produciendo durante todos estos años.

CC-341. DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL EN MIEMBRO INFERIOR TRAS ENCLAVADO ENDOMEDULAR DE FÉMUR

F. Camacho Serrano, A. Corrales Díaz, N. Medina León,
I. Nieto Díaz de los Bernardos y A. Delgado Gherzi

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: El clavo Gamma 3 largo, es una esperanza técnica para el tratamiento de las fracturas subtrocantéricas comminutas en el anciano, presentando bajo índice de complicaciones. Los posibles factores etiológicos involucrados en la no consolidación de este tipo de fracturas pueden ser: fractura inestable, comminuta o afectación de la cortical postero-medial, reducción y/o fijación inadecuada, mala calidad ósea.

Material y método: Presentamos un caso clínico de una paciente de 86 años de edad sin antecedentes personales de interés con una fractura persubtrocantérica de cadera (32 C1 AO) tras caída desde su propia altura que requirió tratamiento con enclavado endomedular. En revisiones se aprecia dolor e impotencia funcional así como ausencia de consolidación por fracaso de la cortical medial, por lo que se decide iniciar tratamiento con teriparatida.

Resultados: A los 4 meses del postoperatorio, se observa mejoría clínica y radiológica permitiendo la carga parcial de forma progresiva. A los 8 meses, la paciente presenta dolor leve y camina con bastones, observando en el control radiológico callo óseo en la cortical medial.

Comentarios y conclusiones: Existen diferentes tratamientos médicos indicados en pacientes con fracturas osteoporóticas, pero la teriparatida es el recurso más eficaz para tratar fracturas recientes cuando es necesario inducir la neoformación de hueso, ya que estimula directamente la actividad de los osteoblastos.

CC-343. FRACTURAS SUBTROCANTÉREAS DE FÉMUR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS

H. Mínguez Pérez

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: Los bifosfonatos se emplean como primera línea de tratamiento en la osteoporosis. Actúan disminuyendo la resorción ósea, aumentando la densidad y la mineralización ósea. Han demostrado disminuir las fracturas, fundamentalmente en huesos largos, en más de un 50%. El objetivo de este estudio es demostrar la asociación entre los bifosfonatos y un incremento en las fracturas subtrocantéreas de fémur.

Material y método: Se trata de un estudio retrospectivo. Revisamos a través del Archivo de Historias clínicas de un Hospital de la Comunidad de Madrid todas las fracturas subtrocantéreas de fémur de los últimos 10 años (1999-2009). Comprobamos que presentaron esta fractura mediante la radiografía que se realizaron en el momento de la fractura. Revisamos la historia para comprobar si estaban tomando bifosfonatos previamente y la duración del tratamiento.

Resultados: Para la realización del estudio empleamos el OR. Se demuestra asociación entre el consumo de bifosfonatos y este tipo de fractura.

Comentarios y conclusiones: Hemos conseguido demostrar asociación entre las fracturas subtrocantéreas de fémur y el consumo prolongado de bifosfonatos. Nuestro estudio no permite demostrar relación causal.

laciones inestables con una evolución satisfactoria temporal ya que subyace el trastorno sensitivo de la enfermedad de base y aboca a futuras cirugías.

Comentarios y conclusiones: En conclusión, la artropatía neuropática diabética es una enfermedad de gran dificultad diagnóstica, por lo que, ante la presencia de edema indoloro y deformidad del pie en un paciente diabético de larga evolución, y la ausencia de una prueba diagnóstica definitiva hemos de sospechar la posibilidad de neuroartropatía de Charcot.

CC-345. ARTRODESIS METATARSOFALÁNGICA DEL PRIMER DEDO CON PLACA DORSAL EN HALLUX RIGIDUS Y PIES COMPLEJOS. NUESTRA EXPERIENCIA

L. Mendieta Axpe, E. García Castro, P. Igado Insa, A. Argoitia Ituarte, N. Gorostiaga Pérez, J.M. Alfonso Lerga, J.M. Legórburu Ortega y A. Gómez Moneo

Hospital Txagorritxu. Vitoria.

Introducción y objetivos: El hallux rigidus es una artrosis osteofítica de la cabeza del primer metatarsiano, la base de la falange proximal y los sesamoideos incluyendo a la cápsula articular y tegumentos de la articulación metatarsofalángica. Cursa con dolor a la flexión dorsal y limitación de la extensión del hallux. Radiológicamente aparecen osteofitos marginales, disminución del espacio articular y un característico osteofito dorsal. El objetivo es comprobar el resultado de la placa dorsal para conseguir artrodesis metatarsofalángica en pies complejos.

Material y método: Se presentan los resultados de 14 pacientes intervenidos de artrodesis MTF del primer dedo con placa dorsal entre marzo 2005 y marzo 2008 en nuestro servicio, siendo el 50% hombres y mujeres. Respecto a la patología presentada 10 eran hallux rigidus y 4 recidivas de hallux valgus. En la cirugía en 8 casos se colocó un tornillo interfragmentario además de la placa dorsal, en un caso se colocó una grapa de memoria interfragmentaria además de la placa dorsal y en el resto sólo la placa dorsal.

Resultados: En nuestra serie conseguimos un 80% de consolidación metatarsofalángica y un 78,5% de satisfacción del paciente con los resultados estéticos y funcionales obtenidos.

Comentarios y conclusiones: Nuestra serie es escasa aunque consideramos que nuestros resultados son aceptables comparándolos con la bibliografía. La artrodesis metatarsofalángica con tornillos cruzados obtiene también un alto grado de satisfacción para el paciente según la bibliografía y es más económica siempre que se artrodese la articulación con un valgo y flexión anteroposterior adecuados. La placa dorsal ofrece la ventaja de que la posición de la articulación a artrodesar viene conformada.

CC-346. DEDO PLANTAR TRAS RETRACCIÓN CRÓNICA POR QUEMADURAS

S. García Mata

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción y objetivos: La retracción de partes blandas tras quemaduras puede originar deformidades óseas, pero es excepcional enfrentarse a un dedo gordo de pie en posición plantar de forma crónica. Objetivo: evaluar la posibilidad de reparación quirúrgica.

Material y método: Niña de 9 años de origen africano con dedo gordo de pie en posición plantar crónica tras quemaduras varios años antes. Se realizó liberación y reducción quirúrgica con colocación de injertos de piel en las zonas descubiertas. No hubo alteraciones vasculares ni nerviosas. Se mantuvo la estabilidad con agujas de Kirschner durante 6 semanas, y 3 meses de plantilla de soporte digital.

Resultados: Tanto la reducción como su estabilización a 1 año de evolución son correctas, en posición anatómica. Puede realizar vida deportiva normal.

PIE-TOBILLO (CC-344–CC-396)

CC-344. PIE DE CHARCOT

J.L. Romero Ballarín, V. González Sastre, P. López Cuello, E. Solís Tamargo, R. Iglesias Colao y A. Murcia Mazón

Hospital de Cabueñas. Gijón.

Introducción y objetivos: La neuroartropatía de Charcot es una forma crónica de artropatía degenerativa asociada a la pérdida de sensibilidad dolorosa, térmica o propioceptiva. La causa más frecuente hoy día es la diabetes mellitus; no obstante, la prevalencia sigue siendo baja debido al difícil diagnóstico. Esta pérdida de sensibilidad conlleva a que microtraumatismos repetitivos desarrollen microfracturas, fragmentación y esclerosis subcondral, características de la articulación de Charcot.

Material y método: Se describen 3 casos de artropatía neuropática diabética en pacientes que acuden por importante deformidad y escaso dolor (2 pie de Charcot y 1 fractura-luxación de Lisfranc). El diagnóstico se realiza con radiología simple y dada la evolución de la enfermedad se propone tratamiento quirúrgico para estabilizar las lesiones mediante osteosíntesis ya que en las etapas iniciales la presencia de hiperemia y fragmentación hace imposible realizar artrodesis.

Resultados: Los pacientes tratados de la artropatía diabética evolucionada requieren cirugía de realineamiento y/o artrodesis de articu-

Comentarios y conclusiones: Grandes deformidades en dedos de pies tras retracciones por quemaduras pueden ser abordadas y resultas mediante cirugía cuidadosa sin afectación vascular o nerviosa.

CC-347. MACRODACTILIA EXOSTÓSICA DE PRIMER RADIO DEL PIE. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

S. Amor Jiménez, F. Cebrián Córdoba, P. Sánchez Angulo, P. Martínez Sáez y M.A. Sánchez Cañizares

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: La macrodactilia exostósica es una rara anomalía de origen desconocido que puede afectar tanto a los dedos del pie como de las manos.

Material y método: Se presentan dos casos de pacientes afectos con macrodactilia exostósica del primer dedo sometidos a reconstrucción quirúrgica.

Resultados: Se consiguió un alineamiento corrigiendo la anatomía normal del dedo mejorando del dolor y con una buena funcionalidad así como de su calidad de vida.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico de cada caso debe ser personalizado atendiendo a la edad del paciente, el grado de hiperplasia y los dedos comprometidos para lograr un resultado funcional y estético adecuado con la consiguiente mejoría de su calidad de vida.

CC-348. PROCESO CALCÁNEO LARGO EN ADOLESCENTES

S. García Mata y M. Menéndez García

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción y objetivos: El dolor de pie en adolescentes precisa de un exhaustivo diagnóstico diferencial. La sinostosis calcáneo-escafoidea es una de ellas. Dicha entidad provoca rigidez dolorosa con "contractura peroneal". El proceso calcáneo demasiado largo es una entidad sin contractura peroneal ni fusión calcáneo-escafoidea, pero de conflicto: proceso calcáneo-escafoideas y cabeza astragalina.

Material y método: Presentamos dos chicas de 13 y 14 años de edad con dolor crónico de tobillo. Se descartaron procesos traumáticos, osteocondritis, infecciones, tumores y coaliciones tarsianas. Presentaban TLCP (Too Long Calcaneal Process) o proceso calcáneo picudo, descrito por Pouliquen. Se realizó resección quirúrgica de dicho proceso con interposición grasa.

Resultados: Ambas pacientes quedaron sin dolor residual tras la cirugía y 3 semanas de inmovilización. Pudieron retornar a la realización de actividades deportivas. A diferencia de las coaliciones tarsianas no existe fusión calcáneo-escafoidea fibrosa ni ósea.

Comentarios y conclusiones: El proceso calcáneo demasiado largo es una entidad rara pero que puede provocar conflicto de espacio articular con dolor crónico de pie-tobillo. La resección del mismo provoca la eliminación de la sintomatología.

CC-349. OSTEOTOMÍA DISTAL OBCLICA DE PRIMER RADIO EN EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS. RESULTADOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS EN 150 PACIENTES

D. Serrano Toledano, R. Moreno Domínguez, S. Tejero García, J.F. Lirola Criado, A. Liñán Padilla, E.M. López Pliego, S. Chacón Cartaya y G. del Castillo Blanco

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El hallux valgus es la deformidad más frecuente del antepié. Se han descrito varias técnicas quirúrgicas para su tratamiento. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el resultado

funcional y radiológico de la osteotomía distal oblicua de primer radio como tratamiento quirúrgico del hallux valgus.

Material y método: Se revisaron de forma retrospectiva 150 pacientes intervenidos en los últimos 9 años en los que se aplicó dicha técnica, tanto de forma primaria como secundaria a cirugías previas, para el tratamiento del hallux valgus. Todos los sujetos se valoraron radiológica y funcionalmente (mediante escala AOFAS).

Resultados: La gran mayoría de los pacientes muestran un resultado funcional bueno o muy bueno tras la aplicación de la cirugía (lo que se refleja en una mejora de alrededor de 15 puntos en la escala AOFAS si comparamos los datos pre y postquirúrgicos). Radiológicamente se obtuvieron correcciones significativas de los ángulos intermetatarsiano, DMAA y metatarsofalángico.

Comentarios y conclusiones: La osteotomía distal oblicua de primer radio obtiene magníficos resultados clínicos y radiológicos. Nuestra experiencia nos permite afirmar que es una técnica quirúrgica efectiva, segura y recomendable para el tratamiento del hallux valgus. Sería conveniente en un futuro realizar estudios comparativos entre intervenciones quirúrgicas aisladas de primer radio y combinadas con intervención de radios menores.

CC-350. METATARSALGIAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS: RESULTADOS CLÍNICOS DE 200 OSTEOTOMÍAS DE WEIL

R. Moreno Domínguez, D. Serrano Toledano, S. Chacón Cartaya, E.M. López Pliego, S. Tejero García, F.J. Lirola Criado y G. del Castillo Blanco

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La metatarsalgia es la localización más frecuente de dolor en el pie y por ello existen varias técnicas para su manejo. En este estudio presentamos los resultados obtenidos tras la aplicación de la osteotomía de Weil abierta, para el manejo de las metatarsalgias mecánicas evolucionadas, desde el punto de vista funcional.

Material y método: Presentamos 200 pacientes intervenidos en los últimos 9 años a los que se realizó dicha técnica, tanto en metatarsalgias primarias, como en secundarias a cirugías previas. Los resultados clínicos se evalúan mediante la aplicación de la escala AOFAS. Reflejamos de igual manera los datos epidemiológicos de la muestra.

Resultados: La mayoría de los pacientes, con claro predominio femenino, muestran resultados clínicos muy buenos o excelentes, tras la aplicación de la cirugía, reflejados en un aumento de > 20 puntos de media en la escala AOFAS pre y post-quirúrgica. La aparición de complicaciones fue meramente anecdótica.

Comentarios y conclusiones: La osteotomía de Weil supone una excelente alternativa quirúrgica a las metatarsalgias refractarias a tratamiento ortopédico, siempre y cuando la indicación de la misma sea la correcta. Sería conveniente en el futuro, complementar con estudios comparativos entre diversas técnicas, para perfilar las indicaciones y los resultados, de cada una de ellas.

CC-351. COLGAJO CUTÁNEO DE PERFORANTES PARA COBERTURA DE LA PLANTA DEL PIE

J. Arranz López, D. Pescador Hernández y E. Elena Sorando

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: En las últimas dos décadas, el desarrollo de las técnicas micro quirúrgicas ha hecho que cada vez existan más posibilidades de cobertura en zonas anatómicas difíciles como la región plantar distal. La llegada de los colgajos basados en perforantes ha hecho que el abanico de posibilidades se abra aún más, tanto en forma de colgajos libres como pediculados.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente que sufrió una lesión compleja traumática plantar con fractura luxación de la primera articulación metatarsofalángica y avulsión de partes blandas correspondientes al primer radio, que exponían la articulación, la falange proximal y el sistema musculotendinoso.

Resultados: La baja morbilidad de la técnica utilizada, el menor tiempo operatorio, así como el resultado funcional y estético hacen que este tipo de colgajos se deban considerar en las técnicas de reconstrucción para cobertura plantar.

Comentarios y conclusiones: La aplicación de esta técnicas dio lugar al empleo de colgajos libres tanto musculares como fasciocutáneos para defectos en esta zona. Sin embargo, hoy día se sigue admitiendo que la mejor cobertura plantar es la de la propia zona anatómica.

CC-352. ROTURA INVETERADA DEL TENDÓN TIBIAL ANTERIOR.

AUTOINJERTO RECTO INTERNO

J. del Río Hortelano, M. Sobrini Sagaseta de Ilurdoz,
L. Olivares Crespo, T. Vivanco Jodar y C. Martí López Amor

Clinica Ruber. Madrid.

Introducción y objetivos: Se trata de una paciente que sufre herida por un cristal en cara ant-interna 1/3 distal pierna izquierdo. Valorada en un servicio de urgencias se sutura plano cutáneo + vendaje. Acude a la consulta 3 meses después por pérdida de fuerza en la dorsiflexión de pie-tobillo. Se diagnóstica clínicamente de rotura inveterada Tendón tibial anterior 1/3 medio que se confirma con RNM tobillo con una retracción de unos 3 cm entre los cabos.

Material y método: La paciente fue intervenida mediante autoinjerto tendinoso de Recto interno pierna ipsilateral. La paciente permaneció 6 semanas inmovilizada.

Resultados: Tras un periodo de rehabilitación la movilidad de tobillo se ha recuperado completamente con fuerza de dorsiflexión similar al pie contralateral. Se realiza RNM a los 4 meses de la cirugía confirmando la integración tendinosa.

Comentarios y conclusiones: La mayoría de las lesiones tendinosas cuando son completas son fácilmente diagnosticables mediante la exploración física. Pruebas de imagen como la ecografía y la RNM nos ayudan a confirmar el diagnóstico. Entre los métodos de reconstrucción secundaria están Las plastias tendinosas de avance, los autoinjertos tendinosos y las transferencias tendinosas completas o parciales (extensor del Hallux). En nuestro caso el resultado obtenido es satisfactorio sin debilitar estructuras tendinosas vecinas y manteniendo una función completa de pie y tobillo.

CC-353. FIJADOR EXTERNO ORTHOFIX EN OSTEOMIELITIS CRÓNICA DE TOBILLO: ARTRODESIS EN 2 TIEMPOS

M.M. Fernández Lopesino, J.A. Herrera Molpeceres,
I.J. Rivera Vaquero y F. Tomé Bermejo

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: En la osteomielitis crónica los antibióticos sistémicos llegan al foco de forma escasa, esto hace que no se pueda erradicar sin tratamiento quirúrgico. Se presenta el caso de un paciente varón de 54 años, fumador, diabético de larga evolución, con hepatopatía crónica enólica, en seguimiento durante años por necrosis de astrágalo y dolor en tobillo izquierdo.

Material y método: El paciente debutó con una tumoración en cara interna de tobillo izquierdo. Se realiza estudio radiológico simple y de RNM donde se objetiva una colección líquida, anfractuosa, de señal heterogénea compatible con absceso, localizada a nivel de la articulación tibioastragalina y tejidos circundantes. El paciente se mostró afebril en todo momento, con parámetros tipo VSG y PCR ligeramente elevados y sin leucocitosis.

Resultados: Ante estos hallazgos se decide drenaje quirúrgico y toma de biopsia para la valoración histológica y microbiológica. Los hallazgos fueron compatibles con osteomielitis crónica, sobre necrosis previa de astrágalo (enfermedad de Mouchet). Se realizó un primer tiempo quirúrgico consistente en limpieza quirúrgica implantándose un Fijador externo Orthofix. El paciente se mantuvo en descarga y con 6 semanas de tratamiento antibiótico iv y 6 semanas de antibioterapia oral. En un segundo tiempo se realizó artrodesis de tobillo vía anterior, aplicando compresión a través del fijador externo así como el principio de osteogénesis por distracción mediante osteotomía tibial proximal para equilibrar la discrepancia de longitud de MMII.

Comentarios y conclusiones: El tratarse de un paciente de alto riesgo, tanto por su patología de base como por la neuropatía diabética, nos hizo plantear la amputación como una de las posibilidades más razonables. Sin embargo, la edad y la decisión del paciente, nos llevó a tratar de preservar el miembro, a la espera de objetivar los resultados de un segundo tiempo quirúrgico, que permitirán al paciente reiniciar la deambulación.

CC-354. ARTRODESIS DE TOBILLO CON CLAVO RETRÓGRADO.

RESULTADOS E INDICACIONES

P. Torres Lozano, M. Gabaldón Martínez, S. Losa Palacios,
G. Plaza Fernández, J.V. Ramírez Villaescusa, T. Ros Ample
y M.D.M. Pardo Coello

Hospital Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: Exponer la experiencia de nuestro hospital en artrodesis tobillo con clavo retrógrado, analizando sus indicaciones y resultados funcionales.

Material y método: Estudio retrospectivo de 5 casos clínicos de pacientes intervenidos en nuestro centro de artrodesis de tobillo con clavo retrógrado con un año mínimo de seguimiento. Valorar resultados radiológicos y clínicos (escala AOFAS), comparándolos con la literatura existente.

Resultados: De los 5 pacientes intervenidos el 80% artrodesaron al año seguimiento, con una escala AOFAS media de 68. Sólo 1 paciente presentó complicación mayor (pseudoartrosis séptica) que precisó retirada del material.

Comentarios y conclusiones: En nuestra experiencia, la artrodesis de tobillo clavo retrógrado es una cirugía con buenos resultados como cirugía de rescate en caso de artrosis postraumática de articulaciones tibio y subastragalina. La puntuación de la escala AOFAS media y el porcentaje complicaciones es similar al existente en la literatura.

CC-355. INESTABILIDAD TIBIOPERONEA INFERIOR. ESTABILIZACIÓN ARTROSCÓPICA CON TIGHT-ROPE

P. Igado Insa¹, A. Argoitia Ituarte¹, N. Gorostiaga Pérez¹,
L. Mendieta Axpe¹, E. García Castro¹ y X. Goikoetxea Uriarte²

¹Hospital Txagorritxu. Vitoria, ²Hospital de Cruces. Bilbao.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso clínico de una mujer joven con dolor incapacitante en tobillo izquierdo en el que la artroscopia sirvió para completar el diagnóstico y llevar a cabo un tratamiento mínimamente invasivo de la patología que presentaba la paciente.

Material y método: Mujer de 34 años, que tras una lesión en su tobillo izquierdo producida en su infancia comienza con dolor incapacitante. A la exploración clínica: laxitud articular, sin clara inestabilidad de tobillo. Se realizan las pruebas diagnósticas (Rx, RM, TAC y gammagrafía) y se interviene mediante artroscopia de tobillo, apreciándose sinovitis y cierta inestabilidad tibio-peronea inferior. Se procede a intentar estabilizarla mediante el sistema Tight-Rope.

Resultados: En nuestro caso el sistema *Tight-rope* fue una alternativa técnicamente sencilla para la estabilización de la tibio-peronea inferior, cuyo resultado a largo plazo debe ser validado.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones de la tibio-peronea inferior se producen en rotación externa y pueden estar asociadas a fracturas de tobillo. Su valoración cuidadosa es recomendable con vistas a evitar secuelas en la estabilidad del tobillo. La artroscopia puede servir para diagnóstico de inestabilidad tibio-peronea inferior, siendo más sensible que la radiología.

CC-356. TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS MEDIANTE OSTEOTOMÍA DE SCARF

R.J. García Renedo¹, A. Carranza Bencano², L. Pérez Carro¹, S. Plaza García¹ y B. Busta Vallina¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El Hallux Valgus (HV) es la deformidad más frecuente del pie. En la mayoría de las ocasiones el HV conlleva una patología asociada del resto de los dedos por lo que siempre hay que valorarlo en conjunto y nunca de forma aislada. Su corrección ha planteado y aun plantea diferentes posibilidades quirúrgicas siempre orientadas a actuaciones sobre la estructura ósea dirigidas a la corrección del varo del primer metatarsiano y el valgo del primer dedo.

Material y método: Presentamos un estudio realizado sobre 132 pacientes a los que se le ha realizado una osteotomía oblicua distal del primer metatarsiano, de forma aislada o asociada a una osteotomía de Akin y/u osteotomía de Weill dirigida a corregir los diferentes ángulos que se encuentran alterados en esta patología. Se ha llevado a cabo un estudio pormenorizado de la historia clínica; un comparativo de la medición de los ángulos (DMAA e intermetatarsiano) en el estudio radiológico pre y postoperatorio y una encuesta de valoración de resultados en base a la escala AOFAS.

Resultados: Los pacientes referían estar extremadamente satisfechos y se volverían a operar en un 63%, muy satisfechos pero no se volverían a operar un 19%, insatisfecho pero se volverían a operar un 8% e insatisfechos y no se volverían a operar un 8%.

Comentarios y conclusiones: La longitud del primer metatarsiano y la fórmula metatarsiana y digital nos ayudará a indicar el tipo de osteotomía a realizar, con las posibles repercusiones biomecánicas. El objetivo final será conseguir una fórmula metatarsiana index plus minus y la cabeza de M1 centrada sobre los sesamoideos.

CC-357. HEMANGIOPERICITOMA EN EL PIE. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Torres Claramunt, G. Pidemunt Molí, J.F. Sánchez Soler, S. Zabala Ferrer y A. Ginés Cespedosa

Hospital del Mar y de la Esperanza. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las tumoraciones de aparición en el pie son poco frecuentes. El hemangiopericitoma es un tumor poco frecuente de estirpe vascular (pericitos o células de Rouget). Estos tumores se localizan con más frecuencia en zonas palpebrales u orbitales, óseas o pulmonares. Reportamos un caso de aparición de este tumor vascular a nivel del pie.

Material y método: Paciente varón de 77 años intervenido de tumor faríngeo hace 10 años sin nuevas recidivas, y de hernia inguinal bilateral. Remitido a nuestras consultas para estudio de dolor y tumoración en pie de 5 meses de evolución. Tumor blando que afecta antepié entre 2.^º y 3.^º metatarsianos plantar y que se introduce por 1.^º espacio interdigital. La radiología muestra una imagen en sacabocados a nivel lateral de epífisis distal de 1.^º MTT. El estudio de imagen se completó con una RMN que informaba de tumor sólido en íntima relación con

flexores en localización descrita y que sugería el diagnóstico de tumor células gigantes.

Resultados: Intervenido con abordaje plantar longitudinal sobre 2.^º mtt prolongando por 1.^º espacio interdigital, con exéresis del tumor. La anatomía patológica con estudio inmunohistoquímico objetivó el diagnóstico de hemangiopericitoma con metaplasia adiposa. Tras 12 meses de seguimiento clínicamente sin dolor y no ha habido recidiva local del tumor.

Comentarios y conclusiones: El hemangiopericitoma tiene un origen en las células de la adventicia de los vasos que se dividen anárquicamente. La aparición de este tumor es muy excepcional a nivel del pie. Su tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

CC-358. LUXACIÓN TIBIOASTRAGALINA TRAUMÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Carmona Barahona, M.I. Holgado Álvarez, F.J. Revuelta Romo y F.J. Mañas Martínez

Hospital Nuestra Sra. de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La luxación tibioastragalina o tibiotarsiana es rara y se produce sin fracturas asociadas del tobillo. Aquí presentamos un caso con fractura de astrágalo asociada.

Material y método: Varón, 45 años, sin antecedentes de interés que sufre caída desde 1 metro de altura. Exploración: dolor y gran deformidad Y tumefacción en tobillo, con aparato neurovascular distal conservado. Radiografías: luxación tibioastragalina interna. Mecanismo de acción: caída desde altura con apoyo del pie en flexión plantar e inversión.

Resultados: Reducción cerrada con ayuda de infiltración anestésica intraarticular e inmovilización botín de yeso. TAC de control: reducción y fractura asociada de astrágalo en porción inferointerna. Tras un periodo de inmovilización de 6 semanas con carga parcial progresiva a partir de las 2 semanas, la evolución es favorable, no observándose secuelas en el momento actual.

Comentarios y conclusiones: La luxación tibiotarsiana aislada (sin fractura) presupone al menos la ruptura de un ligamento lateral y una diástasis tibioperonea considerable. La luxación tibioastragalina sin fractura más frecuente es la interna, seguida por la externa, postero-interna y posterior. Las luxaciones rotatorias y anterior son raras. Se desgarra la cápsula tibioastragalina y la lesión inicial se localiza en el lado anteroexterno, con rotura de: cápsula anteroexterna, ligamentos peroneoastragalino y peroneocalcáneo, ligamento anular anterior del tarso y retináculo peroneo. Los resultados a largo plazo son satisfactorios, pudiendo aparecer como secuelas, cuando la inmovilización es demasiado breve, una laxitud articular que favorece los esguinces de repetición e incluso la relajación. Estas secuelas tienen como tratamiento la intervención de Watson-Jones, que une sólidamente el astrágalo al maléolo externo, utilizando el tendón del peroneo lateral corto como ligamento pasivo. Si se desarrolla una artrosis, la artrodesis tibiotarsiana da un pie sólido e indoloro.

CC-359. PSEUDOARTROSIS DE TOBILLO EN PACIENTE CON NEUROPATÍA DIABÉTICA

A. Cienfuegos López, M.I. Holgado Álvarez, F.J. Revuelta Romo y J. Angulo Gutiérrez

Hospital Nuestra Sra. de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Paciente de 46 años, diabético de larga evolución, tras accidente casual sufre fractura de pilón tibial con fractura transíndesmal de peroné izquierdo. Se decide tratar en primer tiempo con reducción abierta y osteosíntesis con placa y tornillos. En los seguimientos postoperatorios se evidencia retardo de la consolidación con desplazamiento de maléolo tibial por inicio de la carga antes

de lo indicado. El paciente comenzó a deambular sin dolor por su neuropatía diabética. En segundo tiempo se con fijador externo y fijación del maleolo tibial. Tras retirada de fijador externo se observa fracaso de la consolidación y luxación de la articulación TPA.

Material y método: A la exploración el paciente presenta una deformidad con lesiones tróficas de la piel, y desviación en varo del tobillo. Déficit sensitivo distal. Tratamiento definitivo con artrodesis de la ATPA. Extracción de material de osteosíntesis empleado previamente, con resección del maléolo interno, osteotomía tibial y peroné distal alineando el eje tibioastragalino. Se introduce clavo retrógrado por calcáneo según técnica habitual, aportando injerto esponjoso alogénico. Se inmoviliza al paciente con férula pédica posterior.

Resultados: Se consigue una correcta alineación del eje tibioastragalino. Tras meses de evolución de objetiva artrodesis de la articulación a través de los controles radiológicos así como total incorporación a sus actividades de la vida cotidiana.

Comentarios y conclusiones: La pseudoartrosis consiste en la ausencia de consolidación y la aparición de una pseudoarticulación en el antiguo trazo de una fractura que presenta una movilidad anormal. La incidencia de esta complicación es alrededor del 3%. Existe multitud de factores que influyen en la aparición de esta complicación. A destacar fracturas de alta energía, fracturas abiertas, infección del foco dentro del periodo de consolidación del callo (tibia alrededor de 20 semanas), movilización del foco.

CC-360. COMPLICACIÓN VASCULAR EN PACIENTE INTERVENIDO DE PIE

A. Alavedra Massana, J. Gasch Blasi, S. Pino Sorroche y J.A. Hernández Hermoso

Consorci Sanitari de Terrassa.

Introducción y objetivos: La historia clínica y exploración física sistemáticas nos ayudan a minimizar problemas en la cirugía. Se presenta un caso clínico de intervención quirúrgica de metatarsalgia con complicación vascular posterior.

Material y método: Varón de 53 años que consulta por metatarsalgia central y 2º dedo en martillo del pie derecho, de 1 año de evolución, tratado de forma conservadora sin mejoría. Como antecedentes refiere artritis gótica, tabaquismo, sobrepeso e hipertensión arterial de detección reciente. La exploración destaca callosidades centrales y 2º dedo en martillo. Se aprecia buena coloración distal, sin alteración del trofismo de los dedos. Estudio radiológico: índice plus bilateral y luxación 2º articulación metatarsofalángica derecha. Con el diagnóstico de metatarsalgia central y 2º dedo en martillo, se realiza una osteotomía de Weil a nivel de 2º, 3º y 4º metatarsianos con osteosíntesis y corrección del 2º dedo en martillo.

Resultados: A las 4 semanas se observa una supuración seropurulenta de la herida quirúrgica con bordes macerados y mal olor que precisa desbridamiento. El empeoramiento progresivo de la herida, las lesiones dehiscentes con bordes isquémicos, el edema con cianosis del tercio distal del pie y la nueva exploración con ausencia de pulsos poplíticos y distales hacen sospechar patología vascular. Se solicita una arteriografía, siendo informada como arteriopatía ateromatosa difusa. Se realiza un by-pass femoropopliteo, mejorando la clínica vascular distal tras el mismo. La cicatrización completa de las heridas se consigue a los 6 meses. El paciente refiere desaparición de la metatarsalgia y solicita realizar la misma intervención en el pie contralateral.

Comentarios y conclusiones: Es esencial ser sistemáticos y no olvidar la exploración neurovascular con la palpación de pulsos distales. Si hay ausencia, se aconseja la realización de Ecodoppler y la planificación de la cirugía con el aviso del riesgo de posibles complicaciones graves.

CC-361. INFECCIÓN EN PLASTIA DE TENDÓN AQUÍLEO

E. Gil Rodríguez, A. Arias Baile, C. Amat Mateu, P. Corona Pérez-Cardona, E. Guerra Farfán, X. Flores Pérez-Cardona y J. Nardi Vilardaga

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: El tratamiento quirúrgico de las roturas agudas del tendón Aquileo proporciona unos resultados funcionales a largo plazo que van de buenos a excelentes. Sin embargo, éstos buenos resultados se asocian con una relativamente elevada incidencia de complicaciones postoperatorias, siendo la infección una complicación grave.

Material y método: Varón de 55 años que en septiembre de 2009 tras rotura aguda del tendón de Aquiles izquierdo es intervenido realizándose una plastia de éste. Durante el postoperatorio presentó dehiscencia de la herida resistente al tratamiento antibiótico. Los cultivos del exudado fueron positivos para *Proteus mirabilis* y *Corynebacterium*. En enero de 2009 se realizó desbridamiento con resección de totalidad del tendón aquileo izquierdo. Los cultivos intraoperatorios fueron positivos a *Streptococcus viridans* y *Corynebacterium* cambiándose la antibioterapia por linezolid en función del antibiograma.

Resultados: El paciente presentó sufrimiento cutáneo en zona distal de la herida quirúrgica con buena evolución. Se trató con bota ortopédica y antibioterapia con linezolid hasta completar los 3 meses.

Comentarios y conclusiones: En las roturas agudas del tendón aquileo en las que optamos por un tratamiento quirúrgico debemos prestar atención al cuidado de la herida por la elevada frecuencia de complicaciones como el sufrimiento cutáneo, la dehiscencia de la herida y la infección. En las infecciones que afectan al tendón de Aquiles tendríamos que plantear, además de antibioterapia, la resección de la totalidad del tendón porque éste actúa como un secuestro probablemente por la escasa vascularización tendinosa.

CC-362. PIE PLANO-VALGO-ABDUCTO PROGRESIVO TRAS ESGUINCE DE TOBILLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Martín Magaña¹, E. Martínez Jiménez¹, J.J. Mas Martínez², A. Aroca Cabezas¹, R. Navarro Ortiz¹, F. Martínez López¹ y F. Paulos dos Santos¹

¹Hospital General Universitario de Alicante. ²Traumavist. Clínica Vistahermosa. Alicante.

Introducción y objetivos: Exponer un caso atípico de pie plano-valgo-abducto progresivo, el estudio clínico-radiológico realizado y el tratamiento efectuado, con resultado satisfactorio.

Material y método: Se describe el caso de una paciente de 70 años que acude a urgencias por esguince de tobillo con mecanismo de eversión, pruebas radiológicas aparentemente normales, y que es tratada de forma conservadora que desarrolla en las semanas siguientes clínica compatible con pie plano-valgo-abducto doloroso.

Resultados: Tras el pertinente estudio clínico y de imagen, se diagnosticó disfunción del músculo tibial posterior por fractura-arrancamiento de su inserción distal en el hueso escafoides tarsiano. Se intervino quirúrgicamente a los 3 meses de la lesión inicial, efectuándose reinserción mediante arpones, artrorriasis, descarga inicial y carga parcial progresiva con plantillas de soporte del arco interno y fisioterapia. A los 6 meses de la cirugía, la paciente presenta remisión completa de la clínica y únicamente refiere leves molestias en el seno del tarso.

Comentarios y conclusiones: La causa más frecuente de pie plano-valgo del adulto es la disfunción del músculo tibial posterior. Ésta suele ser crónica, evolucionando sobre la base de factores sistémicos, microtraumatismos repetidos sobre un tendón de reconocida vascularización precaria, y factores anatómicos que conllevan su sobrecarga. Con menor frecuencia, la disfunción es causa de una rotura aguda,

traumática, que desemboca en una deformidad del pie en plano-valgo-abducto rápidamente progresiva. Al tratarse de una deformidad reductible, se consideró el tratamiento quirúrgico habitualmente recomendado en casos de disfunción crónica del tibial posterior estadio II, entre las que se contemplan la reinserción, la tenodesis, la trasposición, la artrorriasis, osteotomías de calcáneo y, en algunos casos, la artrodesis subastragalina o astrágalo-escafoidea. En este caso en particular, el diagnóstico relativamente precoz, impidió la evolución de la deformidad hacia la irreductibilidad y un tratamiento poco cruento satisfactorio.

CC-363. LUXACIÓN PURA DE TOBILLO

R. Alonso Vidal, M. Abeal López, J. Hoyos Cillero,
I. Gorostiaga Mendia, A. Izaguirre Zurinaga y R. Mongil Escudero

Hospital de Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: Se expone el caso de una paciente con luxación pura de tobillo tras accidente deportivo sin lesiones óseas asociadas.

Material y método: Paciente de 21 años que presenta luxación pura de tobillo tras traumatismo. Se realiza tratamiento mediante reducción cerrada e inmovilización con férula de yeso.

Resultados: Tras seguimiento en consultas la paciente ha recuperado fuerza y movilidad completa de tobillo que le permite una correcta deambulación.

Comentarios y conclusiones: La luxación pura de tobillo es una patología poco frecuente, con buenos resultados tras tratamiento conservador. Es necesario descartar lesiones asociadas.

CC-364. LUXACIÓN DEL TENDÓN DEL TIBIAL POSTERIOR

A. Tejero Ibáñez¹, I. Eraso Lara² y F. Bravo Corzo²

'Hospital Reina Sofía. Tudela. ²Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un varón de 48 años que tras un accidente de motocicleta con atrapamiento del tobillo izquierdo, sufrió una rotura del retináculo del tibial posterior con luxación del mismo, asociado a una rotura del ligamento deltoideo.

Material y método: Mencionada asociación no ha sido descrita en ninguno de los casos de la literatura. El diagnóstico se estableció por la clínica y la exploración. La realización de una resonancia magnética nuclear (RMN) del tobillo lesionado confirmó el diagnóstico.

Resultados: El tratamiento consistió en una sutura directa del retináculo del tendón del tibial posterior en su inserción en la tibial, asociado a la sutura del ligamento interno. Se inmovilizó con yeso durante 6 semanas, comenzando tras este periodo una pauta de fisioterapia. La recuperación fue completa sin ninguna secuela a las 12 semanas, revalidando el paciente en la actualidad una actividad sin limitaciones.

Comentarios y conclusiones: La luxación del tendón del tibial posterior es una entidad muy rara, cuya etiología más frecuente es la traumática. Un diagnóstico precoz de la lesión es fundamental para que con un tratamiento, generalmente quirúrgico, se llegue a una recuperación total.

CC-365. OSTEOTOMÍA DIAFISARIA DEL QUINTO MTT EN PIE HENDIDO DEL ADULTO

G. Muñoz Sánchez, I. Espina Flores y R. Llopis Miró

Hospital Santa Cristina. Madrid.

Introducción y objetivos: La deformidad del pie hendido bilateral es poco frecuente, requiriendo desde la infancia intervenciones para facilitar el apoyo y la adaptación al calzado.

Material y método: Se presenta un paciente en la 5.^a década de la vida, con pie plano hendido bilateral y dolor por hiperapoyo en metatarsianos externos, mayor en pie con mejor potencia muscular. En el estudio radiológico se evidencia a nivel externo hipoplasia del 4.^º MTT con 5.^º MTT desviado a externo y 5.^º dedo luxado. Se realiza osteotomía diafisaria del 5.^º MTT con corrección angular y síntesis, consiguiéndose la reducción del 5.^º dedo.

Resultados: Tras un postoperatorio sin incidencias con carga desde el inicio, se evidencia consolidación ósea a las 4 semanas, con mejora clínica y radiológica del apoyo metatarsal y dedo. Tras 3 meses de evolución el paciente no refiere dolor.

Comentarios y conclusiones: Las deformidades complejas de la infancia presentan distintas evoluciones en la edad adulta complicadas, fundamentalmente, por el aumento de peso y la rigidez articular. Soluciones sencillas pueden, en ocasiones, mejorar la adaptación a la marcha y al calzado.

CC-366. OSTEOTOMÍA DE APERTURA TIBIAL MEDIAL EN MALUNIÓN EN VARO DE FRACTURA DEL PILÓN TIBIAL

M. de Frías González, F. Sanz Hospital, C. Martín López,
P. Guerra Vélez, D. López González y J. Sanjurjo Portus

Hospital Sanitas La Moraleja. Madrid.

Introducción y objetivos: La malunión es una complicación que aparece tras una incorrecta reducción de la fractura o una síntesis insuficiente que permite el desplazamiento secundario. En las fracturas de pilón tibial puede afectar a la alineación extraarticular del tobillo, a la superficie articular tibio-peroneo-astragalina.

Material y método: Paciente varón de 53 años con deformidad en varo de tobillo DCH, 14 meses antes fue intervenido de fractura pilón tibial y fractura del maleolo peroneo, de más de un mes de evolución, mediante reducción abierta y osteosíntesis del peroné con placa y tornillos y con tornillos interfragmentarios de la fractura tibial. 2 años antes había sufrido una fractura metafisaria distal de tibia y una fractura transíndesmal de peroné de la misma extremidad que fueron tratados de forma ortopédica. Tras la consolidación de las fracturas en la radiología simple se aprecia una desviación en varo de la articulación tibio-astragalina de 17°.

Resultados: Se realiza osteotomía de apertura metafisaria tibial medial, aporte de autoinjerto cortico-esponjoso y osteosíntesis con placa LC-DCP. El postoperatorio cursa sin complicaciones y se mantiene la inmovilización 10 semanas y la descarga 2 semanas más. A los 6 meses de la intervención la alineación del tobillo es correcta, la osteotomía está consolidada, no tiene dolor, el balance articular del tobillo es de 10° flexión dorsal y 30° flexión plantar.

Comentarios y conclusiones: La correcta reducción articular y el manteniendo de la columna medial de la tibia son fundamentales para prevenir la malunión de las fracturas del pilón tibial. La complicación más frecuente es el desarrollo de osteoartrosis precoz el tobillo. Las osteotomías correctoras deben ser realizadas una vez conseguida la consolidación ósea y antes del desarrollo de cambios degenerativos. En el caso presentado la segunda fractura sobre el mismo tobillo y la síntesis a mínimo llevaron a una mala alineación.

CC-367. MELORREOSTOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Almenara Fernández¹, A. Peiró Ibáñez¹, I. Gracia Alegría¹,
N. Ibáñez Aparicio¹, F. Santolaria Gómez² y J. Majó Buigas¹

'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Hospital de Palamós. Girona.

Introducción y objetivos: La melorreostosis es una displasia mesenquimal y trastorno óseo esclerotizante infrecuente. Aparece en los huesos largos de las extremidades y huesos cortos de manos y pies. El

gen implicado en su patogénesis es el LEMD3 (MAN1). Puede comportarse asintomáticamente o producir dolor articular, rigideces, deformidades, limitación del movimiento y diferencia de longitud de las extremidades, debido a la aparición de contracturas, angulaciones y osificaciones de partes blandas. Radiológicamente, aparece una hiperostosis cortical con engrosamiento a lo largo del eje mayor óseo. En casos más complejos, emplearemos la cirugía correctora como mejor opción terapéutica.

Material y método: Varón de 57 años con dolor plantar izquierdo, deformidad y queratosis en el tercer metatarsiano de dos años de evolución. Rx: Imágenes densas esclerosantes que fusionan el segundo y tercer metatarsianos, hiperostosis y exostosis de las falanges proximales. RMN: Deformidad y fusión parcial diafisaria del segundo y tercer metatarsiano. GGO: Hiperreactividad debida a la calcificación distal del tercer metatarsiano. Se interviene quirúrgicamente: Exostosectomía con posterior estudio anatómo-patológico de la muestra, informada como fragmentos de hueso esponjoso y cartílago hialino maduro, compatible con exostosis.

Resultados: Dos días después de la intervención, el paciente es dado de alta a domicilio, con control álgico y movilidad del pie correctos. Al cabo de un mes, se observa disminución de la cabeza del segundo metatarsiano. No presenta dolor a la deambulación en carga, y utiliza calzado normal.

Comentarios y conclusiones: A pesar de la infrecuencia y naturaleza benigna de esta patología, se recomienda tratarla quirúrgicamente cuando las lesiones provoquen dolor crónico, deformidades, contracturas e isquemia de las extremidades. La resección de estas lesiones suele dar buenos resultados con completa resolución de los síntomas.

internas, las cuales presentan un 60-80% de dolor y rigidez articular. Presentamos el caso por la escasa frecuencia de esta lesión (luxación externa de tercer grado cerrada), y por la evolución satisfactoria sin rigidez.

CC-369. PSEUDOARTROSIS EN CIRUGÍA PERCUTÁNEA

N. Muñoz García, J.F. Fajardo Romero, A. Santacruz Arévalo y J.A. Herrera Molpeceres

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: La técnica percutánea es uno de los avances de los últimos años en cirugía del pie. A pesar de sus buenos resultados en manos expertas, no está exenta de complicaciones.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 49 años, sin antecedentes personales de interés, que es sometida a cirugía percutánea del pie para resolución de metatarsalgia debida a cambios artrósicos, para lo cual se realiza la técnica de osteotomía de Weil.

Resultados: La paciente presenta en su evolución una pseudoartrosis de la osteotomía del segundo metatarsiano que es solucionada realizando cirugía abierta con legrado de foco de pseudoartrosis, aporte de injerto óseo y síntesis con una placa. La paciente evoluciona favorablemente presentando síntesis de la fractura y desaparición del dolor.

Comentarios y conclusiones: La técnica percutánea en cirugía del pie aporta un nuevo campo de innovación y experiencias no exentos de complicaciones atípicas que daban ser resueltas. Así pues, a veces la cirugía abierta puede ser su complementaria en casos como el presentado.

CC-370. TRATAMIENTO DE LESIONES CONDRALES DE ASTRÁGALO MEDIANTE MOSAICOPLASTIA CON SUSTITUTO OSTEOCONDRAL SINTÉTICO (TRUFIT®)

R. Lax Pérez, J.E. Salinas Gilabert, M.L. Aguilar Martínez, F. Lajara Marco, A. García Gálvez, L. Izquierdo Plazas, D. Coves Mojica y J.A. Lozano Requena

Hospital Vega Baja. Orihuela.

Introducción y objetivos: La osteocondritis (O.C) de astrágalo es una patología infrecuente. Aparece en pacientes jóvenes, siendo la causa más común la traumática. Plantea diagnóstico diferencial con la fractura osteocondral, la osteocondrosis y displasia epifisiaria hereditaria. La clasificación más utilizada es la de Berndt y Harty que distingue cuatro grados.

Material y método: Varón de 35 años, con dolor crónico en tobillo izquierdo de meses de evolución, tras un traumatismo previo diagnosticado de esguince de tobillo. A la exploración física presenta tumefacción, con flexo-extensión completa, aunque dolorosa. En la radiografía se observa una lesión en la cúpula supero-externa del astrágalo, que corresponde a una OC grado III de Berndt y Harty. Se completó el estudio con la TAC y RMN.

Resultados: En quirófano BAR e IP, se realiza en un primer tiempo artroscopia de tobillo, con importante sinovitis articular y tamaño de la lesión osteocondral de 8 x 2 mm. En un 2º tiempo, por abordaje antero-externo se realiza: desbridaje de la lesión y mosaicoplastia con el nuevo sustituto osteocondral sintético (Trufit®) de 7mm. Se mantiene inmovilización del tobillo con férula posterior durante las 3 semanas. Se permite movilizaciones activas del tobillo y la carga a los 3 meses. A los 6 meses de la intervención, el paciente no refiere dolor y presenta un balance articular completo.

Comentarios y conclusiones: Se han propuesto diversas técnicas quirúrgicas para tratar la OCD del estrágalo, siendo la última tendencia, restablecer la anatomía astragalina y de la cubierta de cartílago hialino. En lesiones osteocondrales de astrágalo estudios III-IV y de alre-

CC-368. LUXACIÓN SUBASTRAGALINA LATERAL CERRADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Brun Sánchez, J. Ruiz Ruiz, D. Sánchez-Guardamino Sáenz, M. Menéndez García, M. Gutiérrez Santiago, M. Ercilla Oyarzábal, I. Sancho González y F. Martínez de Lecea Placer

Hospital Virgen del Camino-Clinica Ubarmin. Pamplona.

Introducción y objetivos: La luxación periastragalina es una lesión muy poco frecuente (1% de las luxaciones del cuerpo), consistente en una luxación de las articulaciones astrágalo-calcánea y astrágalo-escapoidea de forma concomitante. Respetando la articulación tibio-astragalina, que no se lesionó. Suele ser secundaria a traumatismos de alta cinética, y se da con más frecuencia en adultos jóvenes de sexo masculino. Esta lesión se puede producir por mecanismos de inversión (luxación subastragalina medial 85%), o eversión (luxación subastragalina lateral 15%). En un 40% del total de los casos, se trata de lesiones abiertas, más frecuentemente asociadas al patrón de luxación subastragalina lateral.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 34 años de edad, que tras traumatismo de alta cinética, presenta dolor e impotencia funcional de tobillo derecho. A la inspección deformidad, con el pie hacia externo y prominencia de la cabeza astragalina en la cara medial del pie. Sin déficit sensitivo-motor ni vascular distal. La radiología simple mostró luxación externa grado III de Marotte. Se procedió a la reducción de urgencia.

Resultados: El postoperatorio no presentó ningún problema, y casi dos años después, el paciente no presenta limitación de la movilidad ni signos de necrosis avascular, aquejando únicamente molestias tras ortostatismo prolongado.

Comentarios y conclusiones: La gravedad de estas lesiones radica en el alto índice de complicaciones asociadas, como pueden ser: infección, la cinética y el mecanismo lesional, las lesiones asociadas, la necrosis cutánea, la limitación de la movilidad, la necrosis avascular... En el caso de luxaciones externas, el pronóstico es peor que en las

dedor de 1 cm² de tamaño se recomiendan las técnicas de sustitución/reparación de la lesión mediante injerto osteocondral autólogos o sintéticos. Los sustitutos sintéticos OBI constituyen una alternativa ideal para llenar defectos de composición exacta evitando la morbilidad de las zonas donantes.

CC-371. CIRUGÍA DE REVISIÓN DE ARTRODESIS DE TOBILLO CON FIJADOR EXTERNO

R. Lax Pérez¹, M.J. Ros Nicolás², F. Lajara Marco¹, M.L. Aguilar Martínez¹, A. García Gálvez¹, J.E. Salinas Gilabert¹, S. Arlandis Villarroya¹ y J.A. Lozano Requena¹

¹Hospital Vega Baja. Orihuela. ²Hospital Virgen del Rosell. Cartagena.

Introducción y objetivos: La articulación de tobillo es la que con más frecuencia requiere artrodesis, siendo la principal indicación la artrosis postraumática. Se han descrito diferentes técnicas según la vía de abordaje y el método de fijación (externo o interno). Se consigue la artrodesis en 80-90%, pero entre 11-40% presentan no consolidación (complicación más frecuente). Presentamos un caso de pseudoartrosis en artrodesis de tobillo, que fue solucionado mediante la utilización de fijador externo tipo Ilizarov.

Material y método: Varón de 66 años con AR y artrosis en tobillo izquierdo, que fue tratado con artrodesis mediante 3 tornillos de esponjosa e injerto autólogo. A los 18 meses de evolución, se evidenció pseudoartrosis mediante estudio gammagráfico y RMN, manifestada clínicamente con dolor y limitación funcional.

Resultados: Se procedió a la revisión de la artrodesis, realizando EMO de los tornillos, refrescamiento de los bordes óseos y colocando FE tipo Orthofix con triple aro. A los 4 meses se retiró el FE y se colocó una botina de yeso, manteniéndola otros 2 meses y permitiendo el apoyo con ayuda de muletas. A los 7 meses se consiguió la consolidación radiológica y clínica.

Comentarios y conclusiones: La cirugía de revisión para lograr la artrodesis de tobillo es un procedimiento técnicamente difícil y con alta probabilidad de complicaciones. El fijador externo circular proporciona una opción de reconstrucción excelente en pacientes con pseudoartrosis, infección, osteopenia, discrepancia de longitud de la pierna o compromiso de los tejido blandos que impiden las técnicas convencionales.

CC-372. OSTEONECROSIS DE ASTRÁGALO

B.C. Zorzo Godes, C. Ortega Sánchez, A. Ortega Briones, S. Bartolomé García, M. Zurrón Lobato y A. Guijarro Valtueña

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: La osteonecrosis del astrágalo es una complicación frecuente las fracturas-luxaciones del cuello y cuerpo del astrágalo, que pueden alcanzar hasta el 78%, dependiendo del tipo de fractura.

Material y método: Se realiza revisión bibliográfica de esta lesión con apoyo iconográfico a propósito del siguiente caso: Paciente de 55 años que como antecedentes de interés presenta hábito tabáquico, dislipemia y flutter auricular común que acude a consultas de nuestro servicio por dolor, tumefacción e impotencia funcional de 1 año de evolución tras traumatismo banal con objeto pesado. En la radiología simple se observa esclerosis de la cúpula astragalina. En la tomografía computadoraizada se comprueba una desestructuración del astrágalo. En la resonancia magnética se evidencia la necrosis avanzada (grado III-IV) del cuerpo del astrágalo. El paciente es intervenido mediante extirpación de astrágalo necrótico, osteotomía de peroné distal, maléolo tibial, aporte de aloinjerto con artrodesis tibiocalcanea, inmovilización suropédica y descarga completa.

Resultados: A las 6 semanas el paciente no refiere dolor alguno y en la radiología simple se objetiva inicio de consolidación. Se mantiene la inmovilización permitiendo el apoyo durante 5 semanas más, permaneciendo asintomático y observándose consolidación franca. El paciente se reincorpora a su actividad diaria previa sin dolor.

Comentarios y conclusiones: La resonancia magnética es una prueba especialmente sensible para la detección de esta complicación y el grado de afectación. La cirugía está indicada solamente en los casos en los que el dolor o la impotencia funcional no mejoran con el tratamiento conservador.

CC-373. TRATAMIENTO DE HALLUX VALGUS MEDIANTE OSTEOTOMÍA BASAL ADITIVA DE PRIMER METATARSIANO CON INJERTO AUTÓLOGO

F. Ortiz Carrellán, F. Jiménez Gómez y A. Carmona Barahona

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: El hallux valgus es la deformidad más frecuente del pie, en la mayoría de las ocasiones lleva asociada patología del resto del antepié. Su corrección plantea diferentes posibilidades quirúrgicas sobre estructuras óseas o de partes blandas, dirigidas a la corrección del varo del primer metatarsiano y valgo del primer dedo. Una opción es la osteotomía basal aditiva del primer metatarsiano, que en pacientes con index minus puede ayudar a mejorar la metatarsalgia asociada, al alargar el primer radio y disminuir su insuficiencia. El motivo de este estudio es valorar si se cumplen estos objetivos con este procedimiento.

Material y método: Presentamos los resultados de un grupo de pacientes en donde se practicó una osteotomía basal aditiva de primer metatarsiano con injerto autólogo asociada a una osteotomía de Akin o Keller. Se realiza un estudio de la historia clínica y radiológico pre y post operatorio analizando especialmente la corrección de los ángulos radiológicos (DMAA e intermetatarsiano), el grado de consolidación de la osteotomía, la incorporación del injerto y la disminución de la metatarsalgia asociada.

Resultados: Los pacientes presentaron consolidación del injerto en todos los casos, con mejoría del ángulo intermetatarsal y corrección del varo del primer metatarsiano. También presentaron una mejoría de la metatarsalgia asociada, pero en ningún caso la mejoría completa de la misma.

Comentarios y conclusiones: La longitud del primer metatarsiano y la fórmula metatarsiana deben indicarnos la osteotomía a realizar. El objetivo del tratamiento con la osteotomía basal aditiva será conseguir un ángulo intermetatarsiano correcto así como una fórmula metatarsal correcta con una rápida consolidación de la osteotomía y tratamiento de la metatarsalgia asociada. En nuestra serie se obtienen buenos resultados en estos objetivos, pero no logramos una mejoría de la metatarsalgia asociada de forma completa.

CC-374. ROTURA BILATERAL DE AQUILES POR TRATAMIENTO CON LEVOFLOXACINO

V. Altemir Martínez, A. Gómez Ribelles, F. Pérez Villar, P. Forcadà Calvet, S. Gros Aspiroz y J.J. Fernández Martínez

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: El uso de quinolonas para tratar infecciones respiratorias adquiridas en la comunidad se ha generalizado, por lo que aumenta el riesgo de aparición de efectos adversos, entre otros tendinopatías aquileas.

Material y método: Varón, 58 años, con antecedente de neoplasia de pulmón y neumonectomizado tres años atrás. Remitido a nuestra consulta por el neumólogo, tras 2 semanas de tratamiento con levofloxacin presenta dolor en cara posterior de ambos tobillos y dificultad

para la deambulación, sin antecedente traumático, con tumefacción y hematoma. Ante la sospecha clínica, se realiza RM que informa de rotura bilateral y asimétrica de ambos tendones de Aquiles, se instaura tratamiento conservador y se decide conjuntamente con el servicio de neumología la suspensión del tratamiento antibiótico.

Resultados: La rotura de ambos tendones se resolvió satisfactoriamente con tratamiento conservador, se realizaron RM de control y el paciente fue dado de alta.

Comentarios y conclusiones: La tendinopatía por levofloxacino es una patología infrecuente, inferior al 0,1%, y la rotura tendinosa se encuentra por debajo de 4 por millón de prescripciones, mayor frecuencia en hombres (3:1), mayores de 50 años y asociado a otras patologías como alteraciones renales, tratamiento conjunto con corticoides..., se presupone una susceptibilidad individual por lo que contraindica la nueva administración de quinolonas. La evolución es favorable en el 75% de los casos de tendinitis y en el 48% de las roturas con un tiempo de recuperación entre 4-180 días siendo lo más frecuente entre 30-60 días.

CC-375. FRACTURA AVULSIÓN DE LA TUBEROSIDAD DEL CALCÁNEO TRATADA DE FORMA ORTOPÉDICA

A. Pérez Fernández, O. Pablos González, X. Cabo Cabo, J.L. Agulló Ferrer, S. Pedrero Elsus y F. Portabella Blavia

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: La fractura avulsión de la tuberosidad del calcáneo es una lesión infrecuente. Si las fracturas acontecidas en el calcáneo suponen un 1,2% del total, las avulsiones de la tuberosidad superior por el Aquiles suponen de un 1,3 a un 2,7% de éstas. Presentamos un caso tratado de forma ortopédica.

Material y método: Se trata de una paciente mujer de 81 años, afecta de Alzheimer en fase inicial, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por talalgia izquierda súbita. El dolor se inicia al subir un escalón, con impotencia funcional inmediata. En el estudio radiográfico se objetiva arrancamiento de la tuberosidad postero-superior del calcáneo izquierdo, con moderado desplazamiento.

Resultados: Dados los antecedentes y edad de la paciente se indica tratamiento con botina de yeso en discreto equino. Se realizan ese mismo día radiografías y una TAC con la inmovilización, apreciando la reducción parcial, pero suficiente, de la fractura. Continúa el tratamiento con botina durante 2 meses, hasta la consolidación del arrancamiento. Al alta, a los 6 meses de la lesión, presenta deambulación sin cojera, muy satisfecha de la evolución de su lesión.

Comentarios y conclusiones: La fractura avulsión por el Aquiles de la tuberosidad superior del calcáneo es una lesión infrecuente. En los casos de desplazamiento sin aposición de los fragmentos se debe indicar tratamiento quirúrgico, para descender el fragmento y estabilizarlo en el foco lesional con la osteosíntesis apropiada. En los pacientes ancianos, con factores de riesgo para la cirugía y/o el procedimiento anestésico, puede indicarse un tratamiento ortopédico.

CC-376. ARTRODESIS TIBIO-ASTRÁGALO-CALCANEANA POR ENCLAVIJAMIENTO INTRAMEDULAR RETRÓGRADO

E. Carvalho Tavares Albuquerque Pais, J. Lemos Ferreira, J. Pires Garcia, J. Azevedo Filipe y O. Tarquini Madeira

Hospital Sousa Martins. Guarda. Portugal.

Introducción y objetivos: Las fracturas conminutas del cuerpo del astrágalo tienen una alta incidencia de progresión a la necrosis avascular. La necrosis avascular del astrágalo constituye un importante desafío terapéutico. El colapso, la reducción del potencial para la regeneración ósea, así como la deformidad de las superficies articulares impiden un adecuado resultado quirúrgico.

Material y método: Los autores presentan un caso clínico de una paciente de 35 años de edad, víctima de una caída de altura, que ha provocado una fractura conminuta del cuerpo del astrágalo. Fue realizada una reducción abierta, fijación con alambres K, injerto y aplicación de una tala de yeso. A los 4 meses del post-operatorio, se presentaba con retro-pie rígido en varo y medio-pie adulto. La radiografía mostraba una necrosis posterior con reabsorción ósea y la pérdida de las articulaciones tibio-astragalina y sub-astragalina. Ante esto, y entre las diversas técnicas quirúrgicas, se optó por la artrodesis con enclavijamiento retrógrado tibio-astrágalo-calcáneo.

Resultados: Fueron realizados controles clínicos y radiológicos con periodicidad mensual. Al año de seguimiento se verificó una evolución favorable con consolidación de la artrodesis, un buen resultado funcional, ausencia de dolor y marcha sin apoyo.

Comentarios y conclusiones: La necrosis avascular post-traumática del astrágalo es una de las complicaciones más frecuentes de fracturas conminutas del astrágalo. Su tratamiento plantea grandes desafíos a la Ortopedia y hay varias técnicas quirúrgicas disponibles en la actualidad. La técnica quirúrgica adoptada se eligió por las siguientes razones: 1) Las malas condiciones de la piel y tejidos blandos. 2) El perfil psicológico de la paciente. 3) Con vista al aumento de la estabilidad. 4) Precocidad de la carga. En conclusión, los autores consideran que se ha obtenido un buen resultado funcional después de la artrodesis con clavo de fijación retrógrada tibio-astrágalo-calcáneo.

CC-377. LUXACIÓN PURA DE TOBILLO: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

F. Bravo Corzo¹, I. Eraso Lara¹, A. Tejero Ibáñez² y C. Rodríguez Larraz¹

¹Hospital de Navarra. Pamplona. ²Hospital Reina Sofía. Tudela.

Introducción y objetivos: La luxación tibioastragalina se combina la mayoría de los casos con fracturas de uno o ambos maléolos, de acuerdo a los mecanismos lesionales descritos por Lauge-Hansen, sin embargo, la luxación de tobillo sin fractura es una patología poco frecuente, encontrando en la literatura alrededor de unos 100 casos, la mayoría de ellos descritos como casos aislados.

Material y método: El objetivo de esta comunicación es aportar tres nuevos casos de luxación pura de tobillo.

Resultados: Bajo sedación se realizaron maniobras de reducción de tobillo ayudados de la flexión de rodilla. Después de conseguida la reducción se comprobó la estabilidad de la articulación, que era correcta, y se hicieron controles intraoperatorios con escopia de la anatomía y la estabilidad del tobillo.

Comentarios y conclusiones: Se exponen la clínica, la radiología y el tratamiento que se ha aplicado en cada paciente, así como la evolución a largo tiempo.

CC-378. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS SUBASTRAGALINA MEDIANTE ARTRODESIS SUBASTRAGALINA ARTROSCÓPICA

F. Espí Escrivá, D. Crespo González, C. Juando Amores, V. Estrems Díaz, A. Bru Pomer y R. Sanchis Amat

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y objetivos: La artrodesis subastragalina es la técnica de elección en el tratamiento de la artrosis subtalar existiendo diferentes técnicas quirúrgicas para realizarla siendo la vía artroscópica la utilizada por nuestro servicio en los últimos años dentro de la tendencia actual de la cirugía mínimamente invasiva.

Material y método: Realizamos estudio retrospectivo de 10 pacientes con el diagnóstico de artrosis subastragalina intervenidos en nuestro servicio mediante artrodesis artroscopia entre los años 2006-2008 con un seguimiento medio de 18 meses. Técnicamente destacar la posición

del paciente en decúbito lateral, la necesidad de amplitud de quirófano por la necesidad de combinar la torre de artroscopia con el fluoroscopio, la fijación de la articulación mediante 2 tornillos canulados a compresión posteroanteriores y el no aporte de injerto óseo tras la cruentación articular. Se realiza evaluación clínica-radiológica y funcional pre y postquirúrgico siguiendo escala AOFAS.

Resultados: La causa más frecuente de la cirugía fue la artrosis subtalar como secuela de fractura calcáneo (90%) siendo la edad media de los pacientes de 50,6 años. La tasa de consolidación fue del 90% siendo el periodo de consolidación media de 12 semanas manteniendo en descarga durante 4 semanas utilizando posteriormente ortesis de carga tipo Walker.

Comentarios y conclusiones: La artrodesis subastragalina artroscópica es una técnica difícil que requiere una curva alta de aprendizaje que al gran resultado clínico en cuanto a mejoría del dolor, añade la poca morbilidad y mayor confort postoperatorio por la vía artroscópica.

CC-379. TRATAMIENTO DE HALLUX VALGUS EN PIE MULTIOPERADO POR POLIOMIELITIS

G. Muñoz Sánchez, I. Espina Flores y R. Llopis Miro

Hospital Santa Cristina. Madrid.

Introducción y objetivos: La poliomielitis, sin ser un problema médico actual, mantiene en este momento un grupo de pacientes diagnosticados y tratados en la niñez que, de adultos, son un hándicap a la hora de tratar también problemas frecuentes. Lejos de los criterios unitarios, el tratamiento individualizado se plantea como la principal opción.

Material y método: Presentamos una paciente de 41 años con antecedente de polio en la infancia y cirugías múltiples a nivel de retropié, con hiperapoyo importante a nivel de 1º MTT como consecuencia de un hallux valgus.

Resultados: Intervenida mediante osteotomía de Scarf, presenta una evolución satisfactoria de la herida con una deambulación y adaptación al calzado óptima en 6 semanas.

Comentarios y conclusiones: Las secuelas de la polio y de los tratamientos previos realizados no son la única patología que el paciente puede presentar. Si bien la diferencia de anatomía y la deficiente calidad ósea presentan un problema a la hora del tratamiento de las deformidades habituales, el apoyo limitado requerido y la tolerancia al dolor de este tipo de pacientes los hace buenos candidatos a un tratamiento sencillo individualizado.

CC-380. PSEUDOARTROSIS METATARSIANOS EN WEIL PERCUTÁNEO

G. Muñoz Sánchez, I. Espina Flores y R. Llopis Miro

Hospital Santa Cristina. Madrid.

Introducción y objetivos: La cirugía percutánea, es una técnica cada vez más empleada por cirujanos y más solicitada por pacientes en deformidades del antepié. Su empleo generalizado aumenta el número de complicaciones.

Material y método: Presentamos los casos de dos pacientes tratadas de metatarsalgia por cirugía percutánea. En el primer caso se trata de una mujer joven tratada mediante Weil de 2º y 3º MTT, que a los 18 meses de la cirugía presenta pseudoartrosis clínica y radiológica, con dolor e hiperapoyo en 4º MTT. La segunda paciente presenta dolor en todo el antepié, con apoyo ausente en 2º MTT, tras Weil de 1-4º MTT hace 27 meses.

Resultados: Mediante cirugía abierta, se refrescan las superficies de las osteotomías corrigiendo el ángulo y realizándose síntesis ósea, encontrándose fibrosis extensa en el antepié. La consolidación se consigue a las 5 semanas, aunque la recuperación del edema y la rigidez es lenta, consiguiéndose un apoyo correcto, a pesar del déficit de flexo-extensión de las AMF.

Comentarios y conclusiones: La cirugía percutánea de pie requiere una correcta indicación y técnica quirúrgica. Los casos que requieren reintervención presentan una fibrosis masiva difusa que complica la cirugía y el postoperatorio. El diagnóstico y tratamiento precoz es esencial, facilitando la cirugía y disminuyendo las deformidades secundarias.

CC-381. PRESENTACIÓN DE UN CASO DE OSIFICACIÓN DE TENDÓN PERONEO LATERAL LARGO

J. Ruiz Ruiz, M. Brun Sánchez, D. Sánchez-Guardamino Sáenz, M. Menéndez García, M.M. Gutiérrez Santiago, M. Ercilla Oyarzábal, I. Sancho García y J.J. Sánchez-Villares Rubalcaba

Hospital Virgen del Camino-Clínica Ubarmín. Pamplona.

Introducción y objetivos: La osificación tendinosa es una patología muy poco frecuentes de manera aislada. Suele asociarse a patologías reumáticas como la dermatomiositis o calcinosis cuti. También es frecuente encontrarla en tendinitis crónicas. La mayoría de las veces se localiza en estructuras de gran tamaño como tendón de Aquiles o rotuliano.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 46 años sin antecedentes de interés que es atendido en nuestra consulta por un dolor en pie y tobillo de un año de evolución sin antecedente traumático previo. A la exploración destaca inflamación de tendones peroneos desde zona de maleolo externo y debilidad para la eversión del pie. Ante la sospecha de rotura del tendón peroneo lateral largo se realiza resonancia magnética que confirma la presunción diagnóstica. Se decide cirugía de reconstrucción. Durante la misma se aprecia un osículo contenido en tendón peroneo lateral largo que se extirpa. Además, se realiza regularización de tubérculo óseo hipertrófico en astrágalo. No se aprecia rotura tendinosa.

Resultados: La evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria, pudiendo ser dado de alta al día siguiente. Al mes de evolución no presentaba dolor y el rango de movimiento era normal.

Comentarios y conclusiones: Como se puede observar en el caso clínico descrito, la osificación tendinosa es, en algunas ocasiones, difícil de diagnosticar incluso con pruebas de imagen, llegando a ser necesario recurrir a la cirugía para el diagnóstico definitivo de estas lesiones.

CC-382. RECONSTRUCCIÓN DE ROTURA INVETERADA DE TENDÓN DE AQUILES CON TENDONES DE LA PATA DE GANSO

M.E. Monge Vázquez, A. Aguilar Ezquerra, S. Aldabas Soriano, C. Bejarano Lasunción, S. Rebollo González, J. Muñoz Marín, A. Peguero Bona y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón de Aquiles acontece en 18/100.000 personas. Las roturas inveteradas son aquellas de duración superior a 4 semanas sin tratamiento y suponen el 25%, siendo diagnosticadas tardíamente debido a una clínica inespecífica. Se han descrito técnicas para su reparación, incluyendo trasferencias tendinosas de los tendones flexores profundos o del peroneo corto, así como colgajos fasciocutáneos de fascia lata, trasplante alogénico de tendón o uso de materiales sintéticos.

Material y método: Se describe el uso de plastia de tendones del semitendinoso y recto interno de la pata de ganso para reconstruir una rotura inveterada de 3 meses de evolución del tendón de Aquiles en un paciente de 50 años sin antecedentes médicos de interés. El paciente, bajo anestesia raquímedular, primero es colocado en decúbito supino realizándose isquemia preventiva de la extremidad con un manguito de presión para la extracción de tendones del semitendinoso y recto interno. Despues se coloca en decúbito prono para exponer el tendón de Aquiles por medio de un abordaje posterior sobre el ten-

dón, que presenta una rotura completa y tejido fibroso resecable. Se tuneliza la plastia de los dos tendones juntos por un ojal latero-lateral en el espesor del cabo proximal del tendón de Aquiles, y se realiza una sutura a cabo distal abierto en boca de pez con el pie en equino. Posteriormente se inmoviliza 6 semanas en equino.

Resultados: Durante el seguimiento postquirúrgico a las 6 semanas el paciente ha evolucionado de forma favorable clínicamente, observándose un aumento de la flexión plantar en ausencia de dolor.

Comentarios y conclusiones: Existen diferentes opciones quirúrgicas para la reparación de la rotura inveterada del tendón de Aquiles. La reparación por medio de plastia de tendones de la pata de ganso, demuestra a corto plazo una buena opción.

CC-383. LUXACIÓN MEDIOTARSIANA MEDIAL ROTATORIA

INVETERADA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

M.T. Meléndez Valladar, M.P. Sánchez Sanz, A. Rodríguez Garzón, G. Azuara Dapia, A. Pardo Gómez y A. Utrillas Compaire

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción y objetivos: La articulación mediotarsiana está formada por la articulación astrágalo-escafoidea y calcaneo-cuboidea. La luxación aislada de la articulación astrágalo-escafoidea sin luxación subastragalina o fractura tarsal es muy rara. La luxación rotatoria es una variante muy infrecuente donde la dirección de las fuerzas hacen que la articulación astrágalo-escafoidea rote medial o lateralmente sin luxación de la articulación subastragalina porque el ligamento interóseo astrágalo-calcáneo permanece intacto.

Material y método: Mujer de 50 años atendida tras sufrir un traumatismo con flexión-inversión del pie izquierdo. Realizada exploración clínica y radiológica se diagnostica de fractura sin desviar de cuboides. Al realizar control radiológico a las seis semanas se aprecia luxación medial de la articulación astrágalo-escafoidea. El TAC confirma la luxación astrágalo-escafoidea con fractura intraarticular de la cabeza del astrágalo, fractura de escafoideas y fractura de cuboides con afectación articular con el calcáneo y 4.^º y 5.^º metatarsianos y subluxación subastragalina.

Resultados: La paciente es intervenida quirúrgicamente mediante un doble abordaje medial y dorsal. Se reduce la luxación, se cruentan las superficies articulares de astrágalo y escafoideas, se rellena el espacio con injerto de cresta ilíaca y se estabiliza con dos tornillos.

Comentarios y conclusiones: Los traumatismos de la articulación mediotarsiana han sido clasificados por Main y Jowett según la dirección de la fuerza aplicada y por tanto de la dirección del desplazamiento. Los de estrés medial comprenden el 30% de los mismos. Nuestra paciente, presenta una luxación mediotarsiana medial rotatoria, variante en la que el pie rota medialmente sobre el eje de rotación del ligamento interóseo astrágalo-calcáneo que permanece intacto, previniendo así la luxación subastragalina. El caso que presentamos es el primer caso descrito de luxación mediotarsiana medial rotatoria inveterada, en el que la luxación astrágalo-escafoidea se acompaña de fractura del cuerpo del cuboides, de la cabeza del astrágalo y del escafoideas por impactación.

CC-384. LUXACIÓN PERIASTRAGALINA AISLADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Llaurado Poy¹, O. Izquierdo Corres², E. Cassart Masnou¹, L. Torrededía del Río¹, J. Salazar Fernández de Erenchun¹, G. Casellas García¹ y J. Asencio Santotomás¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Hospital de Sant Boi. Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentar las características clínicas y radiográficas de la luxación periastragalina mediante 3 casos descritos

en nuestro servicio, así como los estabilizadores de la articulación subastragalina.

Material y método: Se presentan 3 pacientes con luxación periastragalina aislada postraumática, uno de los cuales cursó con luxación abierta. Dos pacientes fueron tratados de forma ortopédica con reducción cerrada y estabilización con vendaje enyesado y un paciente requirió reducción abierta sin necesidad de osteosíntesis.

Resultados: El resultado funcional de todos ellos ha sido satisfactorio alcanzando la reincorporación laboral y deportiva en todos los casos.

Comentarios y conclusiones: La luxación aislada de la articulación subastragalina es muy infrecuente. En la mayoría de los casos la reducción cerrada es satisfactoria alcanzando un nivel funcional óptimo.

CC-385. PIE EQUINO-VARO PARALÍTICO COMO SECUELA DE FRACTURA-LUXACIÓN L4. CORRECCIÓN ORTOPÉDICA CON TRIPLE ARTRODESIS MODELANTE

P. Barrio Sanz, O. Faour Martín, M. González Salvador, V. García Virto, M. Plata García, R. Hernández Ramajo, F. Yagüe Solís y E. Imaz Corres

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: El pie equino-varo es peor tolerado que el pie equino puro, que a menudo es compatible con una deambulación correcta. Presentamos un caso tratado mediante triple artrodesis de pie.

Material y método: Paciente varón que en el año 2000, a los 9 años de edad, sufre una fractura-luxación L4, produciéndole una paresia bilateral de ambos tobillos y pies con afectación de músculos tibial anterior y pedio. Macroscópicamente presenta unos pies equinos-varos, con adductus leve del antepié y dedos en garra, lo que provoca una deambulación difícil. En 2002 se realiza transposición del tendón tibial posterior al dorso del pie, seguido de yesos progresivos, férulas antiequino y tratamiento rehabilitador, consiguiéndose mejoría parcial. El apoyo aumentado en borde externo de los pies, así como la alteración sensitiva y motora, provocan úlceras de hipertensión con infecciones repetidas polimicrobianas que requieren tratamiento antibiótico. En 2007 se realiza una triple artrodesis con efecto antiequino en pie derecho. La infección persistente provoca una osteomielitis crónica por contigüidad, con osteólisis de la base de 4.^º y 5.^º metatarsianos de pie izquierdo, obligando a realizar una limpieza quirúrgica previa a la triple artrodesis, que se realizó finalmente en 2009, una vez remitida la infección.

Resultados: Esta cirugía permite al paciente un mejor apoyo del pie, mejorando la deambulación. Actualmente camina sin bastones y con apoyo plantigrado.

Comentarios y conclusiones: La triple artrodesis de pie afecta a las articulaciones subastragalina, calcaneo-cuboidea y astrágalo-escafoidea. Su indicación principal es la artrosis subastragalina y mediotarsiana, aliviando el dolor y fijando retropié y mediopié en una posición funcional. Pero también puede ser útil para corregir el pie equino-varo y mejorar su funcionalidad, ya que realinea el escafoideas frente a la cabeza del astrágalo, alinea las columnas interna y externa y aumenta el ángulo de divergencia calcáneo-astragalina.

CC-386. CIRUGÍA DEL ANTEPIÉ: ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES

R.J. García Renedo¹, A. Carranza Bencano², J.J. Fernández Torres², J.J. Gil Álvarez² y G. Gómez del Álamo¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las fracturas de estrés engloban un amplio grupo de fracturas que incluyen las fracturas por sobrecarga y por

insuficiencia ósea. El diagnóstico de este proceso requiere una alta sospecha clínica debido a la baja sensibilidad de la radiología convencional al inicio de la sintomatología. Las lesiones causadas por alteración de la biomecánica son la causa más frecuente de complicaciones y la que conlleva mayor número de secuelas.

Material y método: El acortamiento de uno o más metatarsianos pueden ser la causa de una metatarsalgia y de la deformidad dolorosa en los dedos del pie. Se presenta las complicaciones de un paciente tras realizar cirugía de antepié, con metatarsalgia de transferencia asociadas a fracturas de estrés, como secuela del tratamiento quirúrgico.

Resultados: En nuestro caso el primer metatarsiano estaba acortado tras realizar osteotomía correctora, manteniendo la superficie articular y modificando su orientación espacial, presentando una fórmula metatarsal "index minus" por lo que la carga se transfiere a los metatarsianos centrales y se produce una metatarsalgia propulsiva del tercer rocker.

Comentarios y conclusiones: El trabajo pretende enfatizar sobre las complicaciones y secuelas que pueden aparecer tras la cirugía del antepié y reducir el número de pacientes insatisfechos.

CC-387. IMPINGEMENT DE TOBILLO: SECUELA DEL ESGUINCE DE TOBILLO

R.J. García Renedo¹, A. Carranza Bencano², J.J. Fernández Torres², G. Castillo Blanco² y L. Pérez Carro¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El síndrome del *impingement* de partes blandas fue descrito por Wolin (1991) donde describía una lesión de aspecto meniscoide en el receso peroneo-astragalino.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 36 años, con fractura no desplazada de maléolo peroneo izquierdo, que evoluciona con síndrome de *impingement* posterior de tobillo, describiendo la técnica artroscópica empleada y discutiéndose las indicaciones para las distintas vías de abordaje.

Resultados: Son muchas las causas que provocan dolor en la cara posterior del tobillo siendo el diagnóstico y tratamiento complicado por las propias características anatómicas del tobillo.

Comentarios y conclusiones: La historia clínica y la exploración junto a las pruebas de imagen nos llevará a un diagnóstico preciso.

CC-388. FRACTURA SAGITAL DE LA CABEZA DEL CUARTO METATARSIANO

R.Y. Santana Suárez¹, P. Álvarez Díaz², R. Cugat Bertomeu², X. Cuscó Segarra², R. Seijas Vázquez², O. Ares Rodríguez², L. Valencia Sola³ y L. García Bordes⁴

¹Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. ²Fundación García Cugat. Hospital Quirón. Barcelona. ³Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria. ⁴MC-Mutual. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas de la cabeza del 4.^º metatarsiano se producen típicamente tras caídas desde alturas o por estrés como principales causas. Estas fracturas con un trazo sagital son poco frecuentes y hay descritos múltiples tratamientos para su osteosíntesis.

Material y método: Se describe el caso de un paciente de 30 años que acude a urgencias por dolor, deformidad e impotencia funcional en la unión metatarsofalángica del 4.^º radial del pie derecho. Se le realiza una radiografía antero-posterior que nos muestra una fractura en el plano sagital de la cabeza del 4.^º metatarsiano derecho. Se le practica una reducción cerrada con control radioscópico que nos da una imagen de correcta alineación de los fragmentos y estabilidad. Posterior-

mente se le coloca una inmovilización. El paciente evoluciona favorablemente y se da el alta hospitalaria.

Resultados: El paciente se sigue en consultas externas y al mes se retira la inmovilización. Al segundo mes no presenta dolor y movilidad completa de la articulación. La imagen radiográfica es de consolidación ósea.

Comentarios y conclusiones: Se presenta un tipo de fractura inusual en esta localización de la cabeza del 4.^º metatarsiano con un trazo de fractura raro y además observamos con satisfacción la correcta alineación tras una reducción cerrada sin necesidad de realizar una cirugía.

CC-389. LESIONES POR ARMA DE FUEGO Y ARTRODESIS DE TOBILLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Estella Nonay, A. Torres Campos, L. Castán Bellido, L. Malo Finestra, J. Albareda Albareda y F. Seral Íñigo

Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La gravedad de las lesiones por arma de fuego viene condicionada por el tipo de arma utilizada y por la distancia y diseminación de los proyectiles al alcanzar el objetivo. La pauta a seguir en este tipo de lesiones debe incluir siempre el desbridamiento de los tejidos, el lavado quirúrgico de la lesión, la retirada de cuerpos extraños, la reparación de los tejidos blandos gravemente dañados y la fijación de las lesiones óseas.

Material y método: Se presenta este caso clínico de herida por arma de fuego en la articulación del tobillo donde se realizó inicialmente una cirugía de control de daños.

Resultados: El paciente en un segundo tiempo fue intervenido mediante artrodesis de tobillo que le permite realizar una vida prácticamente normal.

Comentarios y conclusiones: En las afectaciones articulares la artrodesis suele ser la solución definitiva y no existen técnicas estandarizadas para el tratamiento de estas heridas. En este caso, la colocación inicial de un fijador externo contribuyó a la cicatrización adecuada de las partes blandas y a la resolución final del caso.

CC-390. CONDROMATOSIS SINOVIAL DE TOBILLO TRATADA MEDIANTE ARTROSCOPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Crespo González, M. Alfonso Porcar, J. Balaguer Andrés, C. Juando Amores, F. Espí Escrivá y A. Bru Pomer

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y objetivos: La condromatosis sinovial es una enfermedad proliferativa sinovial monoarticular en la que se produce una metaplasia cartilaginosa dentro de la membrana sinovial de las articulaciones, las bolsas serosas o las vainas tendinosas. Suele presentarse en hombres y la rodilla es la localización característica.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 35 años que acude a consultas externas.

s para valoración dolor y tumefacción de tobillo izquierdo de larga evolución, con frecuentes sensaciones de bloqueo del mismo. Como antecedentes de interés refiere esguinces de repetición controlados y tratados en su mutua.

Resultados: Tras observar en la radiografía simple la imagen de pequeñas calcificaciones o cuerpos libre articulares, se le practicó TAC evidenciando múltiples cuerpos libres intrarticulares alguno de ellos calcificados. Posteriormente se le realizó resonancia magnética en la cual se observó la invasión articular y periarticular de numerosos condromas siéndoles extraídos mediante artroscopia. Además se realizó una sinovectomía amplia de la articulación. Se mantuvo con deambulación asistida con carga con vendaje compresivo durante 5 días rein-

corporándose a su actividad laboral en 6 semanas tras proceso de rehabilitación.

Comentarios y conclusiones: Presentamos este caso tanto por su escasa incidencia y por lo infrecuente de su presentación a nivel del tobillo. Pensamos que en pacientes sintomáticos, la extirpación de los condromas y sinovectomía amplia vía artroscópica es la técnica de elección inicialmente.

CC-391. ARTROPATÍA EROSIVA EN PIE EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. García García, M. Meléndez Valladar, P. Sánchez Sanz, A. Pardo Gómez, A. Rodríguez Garzón, G. Azuara Dapia, S. Bazaga Díaz y I. Méndez Mesón

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Behçet es una enfermedad inflamatoria sistémica caracterizada principalmente por la aparición de úlceras urogenitales, uveítis y lesiones cutáneas. La artropatía erosiva en el contexto de la enfermedad de Behçet está descrita en la literatura, pero es poco frecuente.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 31 años diagnosticada por Reumatología de enfermedad de Behçet de curso atípico con manifestaciones en sistema esquelético exclusivamente en pie izquierdo muy incapacitantes. Radiológicamente presenta cambios degenerativos típicos de artrosis erosiva en articulaciones escafocuneanas y cuneometatarsianas. En diciembre de 2008 se realiza quirúrgicamente artrodesis escafocuneana e intercuneana, y se objetiva anquilosis de la 2.^a y 3.^a articulaciones cuneometatarsianas.

Resultados: A los 3 meses de la cirugía se comprueba consolidación radiológica de la artrodesis. Con fecha de julio de 2009, tras 7 meses de la cirugía, la paciente se encuentra asintomática habiéndose reincorporado a su puesto de trabajo habitual y realizando actividades de la vida cotidiana sin limitaciones.

Comentarios y conclusiones: La artropatía erosiva puede aparecer en el contexto de enfermedades reumáticas como la enfermedad de Behçet siendo origen de dolor e incapacidad, por lo que la opción quirúrgica con frecuencia se hace necesaria como parte de las medidas terapéuticas.



SELECCIONADO COMO CANDIDATO A MEJOR PÓSTER

CC-392. COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE HALLUX VALGUS Y GONARTROSIS

J.F. Sánchez Soler, A. Ginés Cespedosa, G. Pidemunt Moli, J. Leal Blanquet, L. Puig Verdi, E. Cáceres Palou y S. Zabala Ferrer

Hospitales Mar y Esperanza (IMAS). Barcelona.

Introducción y objetivos: El hallux valgus es una patología frecuente en el pie que causa incapacidad para los pacientes. La información sobre la reducción de la calidad de vida de estos pacientes es limitada en la literatura. El objetivo del estudio es comparar la calidad de vida de dos grupos de pacientes en lista de espera para hallux valgus y gonartrosis.

Material y método: Se determinó la calidad de vida de 61 pacientes en lista de espera de hallux valgus mediante el cuestionario SF-36. Criterios de exclusión: gonartrosis pendiente de cirugía, otra patología en el pie. Esta cohorte se comparó con otra cohorte de 200 enfermos con gonartrosis extraídos aleatoriamente de una base de datos prospectiva ya existentes de PTR. Se realizó un estudio comparativo de regresión lineal múltiple ajustado por edad.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas respecto a presencia de comorbilidades asociadas (test de Charlson) y sexo, sí hubieron diferencias respecto a la edad (la media para gonartrosis 72 años y hallux valgus 61 años). Los pacientes con hallux valgus tuvieron significativamente peor los dominios función social, rol emocional, salud mental, vitalidad, salud general y componente sumario de salud mental. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el rol físico y componente sumario de salud física. En cambio los dominios función física y dolor corporal fueron significativamente peores en los pacientes en espera de gonartrosis.

Comentarios y conclusiones: La discapacidad mental y en menor grado la física en los pacientes en lista de espera de hallux valgus es al menos comparable con la de pacientes en lista de espera por gonartrosis en nuestra muestra.

CC-393. RESULTADOS DE LA OSTEOTOMÍA DE SCARF EN EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS

R.J. García Renedo¹, A. Carranza Bencano², J.R. Prieto Montaña¹, L. Pérez Carro¹, B. Busta Vallina¹ y S. Plaza García¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El tratamiento del hallux valgus se ha desarrollado en los últimos años. Nuestro objetivo es evaluar los resultados de la osteotomía de scarf en el tratamiento del hallux valgus.

Material y método: Estudio prospectivo de 75 pacientes con hallux valgus con análisis de las puntuaciones preoperatorio y postoperatorio de la escala AOFAS y valoración radiológica mediante medición de los ángulos intermetatarsiano (IM), de hallux valgus (HVA) y distal de la articulación metatarso-falángica (DMAA) preoperatoria y postoperatoria.

Resultados: 52 pacientes mujeres y 23 hombres con una edad media de 56 años y seguimiento de 16 meses, con puntuación preoperatoria de 38,9 y postoperatoria de 91,8 puntos. Los resultados radiográficos medios postoperatorios fueron IM de 8°, HVA de 16° y DMAA 9°.

Comentarios y conclusiones: La osteotomía de scarf es una buena técnica para la corrección del hallux valgus aunque precisa de una elevada curva de aprendizaje.

CC-394. ¿ES NECESARIA LA ARTROPLASTIA DE RESECCIÓN O ARTRODESIS INTERFALÁNGICA PROXIMAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DEDOS EN MARTILLO DEL PIE?

S. Gil González, G. Pidemunt Moli, P. Rigol Ramón, S. de Zabala Ferrer y A. Ginés Cespedosa

Hospitales IMAS-IMIM de la Esperanza y del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: El tratamiento clásico de los dedos en martillo ha sido el acortamiento mediante la artroplastia de resección. El resultado de esta técnica resulta a menudo impredecible, siendo frecuente la tumefacción residual, el acortamiento excesivo o la recidiva. Igual que en la cirugía del hallux valgus, donde la preservación articular es prioritaria, en los dedos menores debemos optar por ser conservadores, obteniendo mediante el tratamiento de las partes blandas resultados mejores que con el tratamiento clásico.

Material y método: Presentamos un estudio prospectivo de 28 dedos en martillo, excluyendo los 4.^º y 5.^º dedos, los asociados a metatarsalgia, o patología sistémica basal que pudiera causar el cuadro. Hemos evaluado preoperatoriamente, a los 3 y 6 meses la repercusión clínica y funcional mediante escala AOFAS, reductibilidad, circunferencia digital IFP y longitud del dedo, así como presencia de complicaciones o recidiva. En el tratamiento de la deformidad, practicamos capsulotomía dorsal MTF y tenotomía del extensor, tenotomía del flexor, capsulotomía plantar interfalángica manual o abierta, deteniéndonos en

el paso en que la deformidad se corregía por completo. En caso de no corregirse realizamos artroplastia de resección IFP abierta.

Resultados: La presencia de deformidades causa desconfort en el paciente, mejorando significativamente la cirugía. El 82% de los dedos, siendo el 64% irreductibles, reducimos la deformidad mediante cirugía partes blandas. Este procedimiento no aumenta significativamente el diámetro del dedo ni altera su longitud, aunque los pacientes que presentaban flexión rígida IFP, mantienen la rigidez pero en mejor posición.

Comentarios y conclusiones: Dados estos resultados, consideramos que la artroplastia de resección debe ser eliminada como primer tratamiento quirúrgico de esta entidad, aunque la deformidad sea irreductible, debiendo actuar antes sobre las partes blandas, por su seguridad, eficacia y menor agresividad.

CC-395. SECUELA DE EPIFISIOLISIS DE TOBILLO: A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Tavares Sánchez-Monge¹, A. Palazón Quevedo², C. Martínez González³, A. Touza Fernández⁴ y T. Epeldegui Torre²

¹Hospital Río Hortega. Valladolid. ²Hospital Niño Jesús. Madrid.

³Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ⁴Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: Las secuelas más frecuentes de las epifisiolisis suelen ser el cierre precoz de la fisis, la necrosis epifisaria y la artrosis precoz por reducción insuficiente. Presentamos el caso de una secuela por una epifisiolisis no tratada con cierre fisario precoz y fragmento articular e inestabilidad de tobillo.

Material y método: Presentamos el caso de una niña de 15 años de edad, con tobillo inestable, fragmento articular y deformidad en valgo del tobillo derecho de 2 años de evolución. La corrección de las secuelas se consiguió mediante una cirugía a varios niveles.

Resultados: Se realiza cirugía para corrección del valgo de tobillo, extracción del fragmento articular y cierre de la mortaja, añadiendo una "osteotomía en caja" del peroné distal para aumentar la estabilidad del tobillo.

Comentarios y conclusiones: 1. La cirugía de secuelas de fracturas suele ser compleja y precisar de corrección a varios niveles. 2. En ocasiones es necesario desarrollar técnicas ingeniosas que permitan complementar las clásicas con el fin de lograr un buen resultado funcional.

CC-396. GRAVES DEFECTOS INVETERADOS DEL TENDÓN DE AQUILES. PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCIÓN

M. Núñez-Samper Pizarro

Hospital Virgen del Mar. Madrid.

Introducción y objetivos: Con escasa frecuencia vemos pacientes con severa pérdida de substancia en el tendón de Aquiles que no puede ser reparada con suturas termino-terminal o con procedimientos elementales. El origen de estas lesiones son fracasos de tratamientos quirúrgicos repetidos, error diagnóstico, o tendinosis quística degenerativa tratadas con repetidas infiltraciones con corticoides. Esta situación produce elongación progresiva de la brecha y disfunción del propio tendón de Aquiles con afectación del sistema aquileo-calcáneo-plantar. Desde el punto de vista terapéutico presentamos nuestra experiencia en estos casos mediante la plastia de Christiensen para defectos inferiores a 8 cm. Y el transplante osteotendinoso masivo de tendón de Aquiles criopreservado, procedente de donante, para casos con pérdida de substancia superior a 8 cm.

Material y método: Debido que esta grave patología es muy escasa, se presentan una serie de casos intervenidos quirúrgicamente por nosotros en los que hemos utilizado las técnicas descritas en el apartado anterior.

Resultados: Todos los pacientes tienen un seguimiento mínimo de un año y los resultados clínicos y funcionales han sido óptimos, valorados de forma individual.

Comentarios y conclusiones: Pensamos que estas técnicas solucionan la problemática que plantean estas graves lesiones. El transplante masivo osteotendinoso, estimamos que es una excelente solución para casos muy concretos, siendo la bibliografía mundial muy escasa para este último procedimiento.

RODILLA (CC-397–CC-461)

CC-397. VALORACIÓN DE PARÁMETROS ANGULARES TRAS CIRUGÍA DE LCA

A. González Jiménez, D. Cárdenas Vargas, L. Muñoz Núñez, J. Olmo Navas y J.P. Aguado Fernández

Hospital Central La Fraternidad. Madrid.

Introducción y objetivos: Existen diversos sistemas de valoración de la función propioceptiva de la rodilla tras la cirugía del LCA. Uno de ellos es la distancia de salto monopodal, incluido en la escala IKDC, parámetro que se normaliza tras un año de la cirugía. Objetivo: valorar si los parámetros angulares (ángulo de flexión y distancia angular) de ofrecen datos significativos sobre los resultados de la reconstrucción del LCA y si aportan información adicional sobre otras medidas utilizadas (distancia de salto monopodal).

Material y método: Valoramos 45 pacientes con edad media de 47 años tras un año de la intervención. Incluimos técnica HTH e isquiotibiales. Se pidió a los pacientes que realizaran un salto longitudinal con apoyo monopodal Mediante un programa informático llamado "KINEVIEW" que almacena el salto. Se midió el valor angular inicial y final de caída de flexión de la rodilla teniendo como referencias para dichos ángulos marcadores ubicados en trocánter mayor, cóndilo femoral externo y maléolo externo.

Resultados: Se analizaron las variables distancia de salto monopodal, y los parámetros angulares ángulo de flexión de rodilla tras caída y desplazamiento angular. Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre la distancia de salto, el ángulo de aterrizaje y el desplazamiento angular entre las rodillas operadas y sanas. Los resultados indicaron una correlación excelente intra e interexaminador (cociente de correlación de Pearson).

Comentarios y conclusiones: La función propioceptiva neuromuscular de la rodilla permanece alterada tras un año de la ligamentoplastia LCA, independientemente de la estabilidad obtenida tras la cirugía. Los parámetros angulares aportan información sobre la función neuromuscular a más de año de evolución pudiéndose emplear con propósitos clínicos.

SELECCIONADO COMO CANDIDATO A MEJOR PÓSTER

CC-398. LA OSTEOTOMÍA DE LA TTS NO ALTERA EL TRABAJO CONCÉNTRICO NI EXCÉNTRICO DE LA RODILLA CON ATR

V. León Muñoz¹ e I. Martínez González-Moro²

¹Hospital Vega del Río Segura. Murcia. ²Universidad de Murcia.

Introducción y objetivos: La realización de una osteotomía de la TTA, frente al abordaje de Coonse-Adams o al "snip" cuadripcital, ofrece más ventajas y altera en menor medida el curso postoperatorio. Se diseña un estudio prospectivo para confirmar o rechazar la siguiente hipótesis: la osteotomía de la TTA no altera significativamente el trabajo concéntrico y excéntrico del aparato extensor de la rodilla.

Material y método: Nueve osteotomías en pacientes con edad media de $69,4 \pm 9,8$ años. Rodilla contra-lateral: 6 rodillas sin intervención y tres portadoras de ATR por artrotomía para-rotuliana medial. Dinámometro Kin-Com AP de Chattanooga. Se valora, en sedestación, la flexo-extensión las rodillas a dos velocidades angulares ($60^\circ/s$ y $180^\circ/s$), en cada grupo muscular (cuádriceps e isquiosurales) obteniéndose la máxima fuerza en el rango de movimiento de 80 a 10° tanto de forma concéntrica como de forma excéntrica. Tras movimientos submáximos de calentamiento se solicitaron los esfuerzos máximos que se comprueban mediante las curvas fuerza/posición angular en el llamado método de superposición de curvas (overlay). De cada grupo muscular se ha extraído la fuerza máxima (peak force). Con estos datos se han obtenido las relaciones entre los grupos musculares antagonistas mediante el cociente tradicional (fuerza máxima de los isquiosurales/fuerza máxima del cuádriceps, ambos en concéntrico) y el funcional (fuerza máxima de los isquiosurales en excéntrico/fuerza máxima del cuádriceps en concéntrico).

Resultados: No existen diferencias significativas en ninguna variable entre ningún grupo.

Comentarios y conclusiones: La osteotomía de la TTA, en las exposiciones ampliadas de la rodilla, no altera, a medio y largo plazo, significativamente el trabajo concéntrico y excéntrico del aparato extensor de la rodilla portadora de ATR.

CC-399. RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO ROTULIANO MEDIANTE COLGAJOS MUSCULARES REGIONALES

J.L. Arranz López, D. Pescador Hernández, E. Elena Sorando y L. García Martínez

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Los defectos de la región rotuliana son una zona difícil de reconstruir. En esta zona han sido empleados los colgajos de vasto medial y vasto lateral aunque existen muy pocas publicaciones sobre los resultados funcionales de estos colgajos sobre la movilidad de la rodilla.

Material y método: Presentamos 5 casos complejos de reconstrucciones de rodilla y de la inserción distal del cuádriceps mediante el empleo del hemicolgajo de músculo vasto lateral de base distal con injerto cutáneo sobre el mismo.

Resultados: En todos los casos se logró una buena cobertura cutánea (100% de supervivencia). Los resultados funcionales fueron variables. Tras un periodo de rehabilitación de 1 año de media, la recuperación de la movilidad de la rodilla fue variable (de -20° de extensión hasta la anquilosis en extensión).

Comentarios y conclusiones: No hubo necrosis probablemente porque sólo se levantó la mitad distal del mismo basado en las 3 perforantes que han sido descritas por Wang y Masquelet (1999). Se discute en qué casos no es esperable un resultado funcional satisfactorio.

CC-400. ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA (ATR): ¿SE DEBE O NO RETIRAR LA COMPRESIÓN DEL MIEMBRO ANTES DEL CIERRE DE LA HERIDA QUIRÚRGICA? ESTUDIO PROSPECTIVO

M.M. Fernández Lopesino, I.J. Rivera Vaquero, J.A. Herrera Molpeceres y C. Martínez Velázquez

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Numerosos son los estudios en los que se parte de la hipótesis de si la retirada de isquemia y realización de hemostasia antes del cierre de la herida quirúrgica disminuye las pérdidas hemáticas en la cirugía protésica de rodilla.

Material y método: Hemos contrastado esta hipótesis en una muestra de 90 pacientes (90 PTR) pertenecientes a la población de Toledo, intervenidos entre enero y junio de 2007. En 53 pacientes (58,9%) se

retiró isquemia y se realizó hemostasia antes del cierre de la herida quirúrgica, mientras que en 37 (41,1%) se realizó un cierre sólido y se aplicó un vendaje compresivo tipo Robert Jones antes de la retirada de la isquemia. En todos los casos se dejaron uno o dos drenajes.

Resultados: 25 pacientes (27,8%) precisaron transfusión de sangre por anemia postquirúrgica: 2 pacientes precisaron una bolsa de sangre, 22 pacientes precisaron dos bolsas y un paciente recibió tres bolsas. Los criterios de transfusión fueron $Hb < 8\text{ g/dl}$ y/o clínica asociada a la anemia. Se ha comprobado que existe una relación estadísticamente significativa entre la retirada de isquemia y realización de hemostasia antes del cierre de la herida quirúrgica con la transfusión de sangre por anemia postquirúrgica, con $p = 0,012$ (Chi cuadrado de Pearson).

Comentarios y conclusiones: Concluimos pues, que la retirada de isquemia y realización de hemostasia, no sólo no contribuye a disminuir las pérdidas hemáticas en la cirugía de la PTR, sino que las aumenta (en nuestra muestra poblacional).

CC-401. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y DEL CIRUJANO EN LA CIRUGÍA PROTÉSICA DE RODILLA (PTR). ¿COINCIDEN LOS RESULTADOS?

M.M. Fernández Lopesino¹, A. Santacruz Arévalo¹, J.F. Fajardo Romero¹, A. Barriga Martín², S. Calero García¹ y E. Díaz Domínguez³

¹Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ²Hospital Nacional de Parapléjicos. Mutua Solimat. Toledo. ³FISCAM. Toledo.

Introducción y objetivos: Existe muy poca información publicada considerando parámetros subjetivos. Así, el objetivo de este estudio consiste en comparar las medidas de resultado subjetivas (paciente) con las objetivas (cirujano), y determinar si existe correlación significativa entre ellas, es decir, si la cirugía exitosa para el cirujano lo es también para el paciente.

Material y método: El diseño del estudio es longitudinal, de cohortes y prospectivo, llevado a cabo con 90 pacientes (90 PTR) pertenecientes a la población de Toledo, entre enero y junio de 2007. Se ha realizado una evaluación prequirúrgica y un seguimiento a 3 meses, 6 meses y 1 año. Las escalas subjetivas empleadas fueron: EAV, WOMAC y SF-12. Como escala objetiva se empleó la KSCRS.

Resultados: Los valores de la EAV y WOMAC disminuyen conforme aumentan los obtenidos en la KSCRS. Esta correlación tiene un carácter moderado ($-0,7 < r < -0,3$) y estadísticamente significativo a lo largo del seguimiento. En lo que respecta al SF-12, a medida que aumenta la puntuación de la KSCRS, mejora la puntuación obtenida. Esta correlación es pobre ($0 < r < 0,3$) y estadísticamente significativa para el SF-12 físico, sin embargo, no existe significación para el SF-12 mental.

Comentarios y conclusiones: Lo que se busca con la ATR no es sólo mejorar el balance articular, sino una mejoría en la calidad de vida global, mejorando el dolor, función y calidad de vida. En nuestro estudio, de estas tres dimensiones, la que ha manifestado mayor mejoría al final del seguimiento, ha sido el dolor, medido por la EAV.

SELECCIONADO COMO CANDIDATO A MEJOR PÓSTER

CC-402. GONARTROSIS EN MUÑÓN DE AMPUTACIÓN

R. Navarro Mont, J. Colado Domínguez, A. Roselló Añón, A. Álvarez Llanes, T. Mult Oltra y S. Cervelló López

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: Presentamos dos casos de gonartrosis en muñón de amputación. El objetivo del cartel es mostrar tratamiento

alternativo ante una artrosis de rodilla en muñón de amputación, como es la inyección intraarticular de plasma rico en factores plaquetarios (PGF).

Material y método: Ambos presentan dolor, limitación del uso de la prótesis, y disminución del rango articular. Tras el estudio radiológico simple del muñón se evidencia gonartrosis derecha del muñón a nivel de amputación por sobrecarga. Tras discutirse los casos en la Unidad de Sépticos y Nuevas Tecnologías se descarta la opción de artroplastia total de rodilla por el bajo stock óseo a nivel de tibia proximal para poder implantar el componente tibial y a demás, pacientes amputados son reacios a cualquier intervención sobre el miembro y demandan métodos alternativos.

Resultados: En ambos casos se opta por la infiltración intra-articular de plasma rico en plaquetas (PGF) según protocolo de la Unidad.

Comentarios y conclusiones: La gonartrosis en muñón de amputación, como en cualquier articulación requiere de sobrecarga mecánica durante un periodo de tiempo prolongado. Las opciones terapéuticas están limitadas por las características anatómicas del muñón y del nivel de amputación. En nuestro Unidad tenemos amplia experiencia en la infiltración de plasma rico en plaquetas en pacientes con gonartrosis con buenos resultados.

CC-403. ARTRITIS PSORIÁSICA: ¿UN NUEVO RETO EN LA RECONSTRUCCIÓN DEL LCA?

J. Campos Martins¹, T. Marques Granate² y P. Granate³

¹Centro Hospitalar Lisboa Zona Central. Portugal. ²Hospital Garcia Orta. Almada. Portugal. ³Hospital da Luz. Lisboa. Portugal.

Introducción y objetivos: La Artritis Psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por el desarrollo de patología articular asociada a la psoriasis. En la patogenia de la AP pueden estar involucrados factores genéticos y ambientales a través de mecanismos inmunológicos. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y radiológicos. Los criterios clínicos frecuentemente aceptados son: las lesiones articulares distales con distribución asimétrica y la osificación juxta-articular con FR negativo. En la clínica los pacientes refieren dolor y rigidez, matutina agravada con la inmovilización prolongada y mejora con el ejercicio físico. Están descritas la inflamación de los tejidos blandos (entesitis, tenosinovitis) así como disminución de la densidad mineral ósea, que lleva a una osteoporosis precoz con aumento del riesgo de fractura.

Material y método: Caso clínico de una paciente de 58 años de edad con diagnóstico clínico de rotura del LCA traumática confirmada por RNM. La exuberancia del proceso inflamatorio desarrollado, con repercusiones funcionales importantes condicionado el momento de la reconstrucción la cual se ha realizado a las 32 semanas. La paciente fue sometida a ligamentoplastia mediante la técnica H-T-H, habiéndose verificado intra-operatoriamente un proceso de sinovitis importante, mala calidad ósea así como un aspecto ligamentar heterogéneo, por lo que se realizó una biopsia sinovial.

Resultados: La paciente ha recuperado la estabilidad articular, sin embargo necesitó rehabilitación adaptada más prolongada y con resultados funcionales inferiores a los obtenidos por los pacientes de su rango de edad. La biopsia ha revelado agregaciones linfoides nodulares e proliferación vascular en el tejido subsinovicitario. Más tarde se ha verificado la presencia de lesiones cutáneas descamativas habiéndose diagnosticado psoriasis.

Comentarios y conclusiones: Las espondiloartropatías son patologías que condicionan al tratamiento médico y quirúrgico de las lesiones osteoarticulares. El diagnóstico precoz permite una adaptación del tratamiento para obtener el mejor resultado funcional posible.

CC-404. FRACTURA DE MESETA TIBIAL POR ARMA DE FUEGO. UN CASO POCO FRECUENTE

M.L. Galadí Fernández, D. Gallo Padilla y J.I. Eugenio Díaz

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Dentro de las fracturas de meseta tibial existen variantes muy infrecuentes, difíciles de clasificar y con escasas referencias bibliográficas sobre cuál debe ser su tratamiento. El objetivo de este cartel es presentar uno de estos casos, el tratamiento realizado y los resultados funcionales tras el mismo.

Material y método: Se presenta el caso clínico de un varón de 30 años que sufre una fractura de meseta tibial conminuta como consecuencia de un disparo por un arma de fuego. A su llegada a urgencias se le realizaron radiografías, tomografía axial computarizada y un angiograma, demostrándose la existencia de una fractura conminuta de meseta tibial sin afectación vascular. Se le administró la vacuna antitetánica y protocolo antibiótico de fractura abierta. Tras discutir el caso en sesión clínica se decidió que el tratamiento definitivo de la fractura se realizaría con un fijador externo tipo Tenox.

Resultados: Permaneció ingresado una semana. El fijador fue retirado a los 3 meses. El paciente presenta una flexión de rodilla de 130° y una extensión completa. Se encuentra sin dolor.

Comentarios y conclusiones: No hemos encontrado ningún caso similar en la bibliografía actual. El tratamiento utilizado ha sido muy novedoso y los resultados funcionales han sido excelentes.

CC-405. GANGLIÓN INTRAARTICULAR INVALIDANTE EN LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR

R.Y. Santana Suárez¹, R. Seijas Vázquez², X. Cuscó Segarra², L. Valencia Sola³, L. García Bòrdes⁴, P. Álvarez Rodríguez², B. Romero Pérez¹ y O. Ares Díaz²

¹Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. ²Hospital Quirón. Fundación García Cugat. Barcelona. ³Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria. ⁴MC. Barcelona.

Introducción y objetivos: Un ganglio puede aparecer como una lesión quística de un tendón de la vaina o cápsula de la articulación y contienen una sustancia cristalina, clara y gelatinosa. Los quistes ganglionares en el dorso de la muñeca y la palma de la mano son frecuentes en contraste con los situados en los ligamentos cruzados de la rodilla. Presentan una clínica de dolor insidioso que se localiza en el interior de la rodilla a partir de 30° flexión, a veces incapacitante. Respecto a las pruebas complementarias los ganglios son multilobulados y en la resonancia magnética muestran una quística de alta intensidad en T2.

Material y método: Se describe un caso inusual de un varón de 35 años, oficinista, sedentario, sin antecedentes personales de interés, que presenta clínica de varios meses de evolución de dolor interno en la rodilla derecha a la flexión a partir de 25°. En la exploración se sitúa el dolor a la flexión y todas las maniobras de flexión son positivas. Posteriormente se le realiza una radiografía que es negativa y una resonancia magnética que nos revela una imagen multilobulada en el ligamento cruzado posterior. Se le realiza una artroscopia y se extirpa la cápsula que envuelve al quiste.

Resultados: El paciente ha evolucionado satisfactoriamente. Ha vuelto a su vida diaria y el dolor no ha recidivado.

Comentarios y conclusiones: Este caso nos muestra un quiste ganglionar intraarticular con una clínica muy común e inespecífica pero con una solución por vía artroscópica correcta. Queremos hacer hincapié en esta comunicación en la baja incidencia de esta patología, la importancia diagnóstica de la resonancia magnética y la no existencia de un perfil de paciente para esta patología.

CC-406. TRATAMIENTO DE RESCATE DE LA MOSAICOPLASTIA EN OSTEOCONDITIS DISECANTE DEL CÓNDILO FEMORAL

V. Rodríguez Vega, C. Vidal Bujanda, A. Jorge Mora,
I. Auñón Martín y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: La osteocondritis disecante es una patología relativamente frecuente que puede encontrarse en diferentes localizaciones entre ellas los cóndilos femorales. Su causa todavía no se conoce con exactitud habiendo diferentes teorías para explicarla (traumatismos, isquemia, osificación anormal).

Material y método: Mujer de 40 años que presenta genu varo con dolor en rodilla derecha de larga evolución, diagnosticada de osteocondritis de cóndilo femoral medial mediante resonancia magnética. Fue intervenida realizándose mosaicoplastia y retirada de cuerpos libres intraarticulares. Al año de la cirugía la paciente refiere empeoramiento de su clínica y mayor impotencia funcional. Se decide nueva cirugía realizándose Artroscopia donde se encuentra defecto en la superficie articular del cóndilo medial se le realiza plastia Hemicap Arthrosurface® y osteotomía valgizante de tibia con placa Tomofix™.

Resultados: Tras la cirugía presenta un balance articular dentro de los rangos de la normalidad; refiere mejoría clínica y funcional y se ha reincorporado a su trabajo sin dolor residual.

Comentarios y conclusiones: Anatopatológicamente en la osteocondritis disecante se produce un área de necrosis en el hueso subcondral que se desprende lentamente produciendo cuerpos libres intraarticulares y expresándose clínicamente como dolor de rodilla similar al de una lesión meniscal. La plastia Hemicap puede considerarse como un tratamiento de primera elección pero también como un tratamiento de rescate.

CC-407. TRATAMIENTO DE FRACTURAS COMPLEJAS ALREDEDOR DE LA RODILLA MEDIANTE FIJACIÓN EXTERNA: NUESTRA EXPERIENCIA

J.P. García Paños, C. Salcedo Cánovas, A. Valcárcel Díaz,
R. Cano Gea, J.R. Fernández Sánchez, J.J. López Martínez,
R.A. Rodríguez Martínez y M. López Antón

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El objetivo de este estudio es analizar los casos de fracturas de alta energía alrededor de la articulación de la rodilla, tratados mediante técnica de fijación externa en nuestro servicio, sus resultados y complicaciones.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo, descriptivo sobre 30 pacientes afectos de fracturas alrededor de la rodilla de alta energía tratados mediante fijación externa en nuestro servicio entre 1994 y 2008. El seguimiento mínimo fue de 3 meses y máximo de 13 años. 12 (40%) eran fracturas distales de fémur (3 supracondíleas, 8 supraintercondíleas, 1 epifisiólisis femoral distal y 4 rodillas flotantes). 18 (60%) eran fracturas proximales de tibia agrupadas según la clasificación de Scatzker en grado IV (5), V (7) y VI (6). 21 (70%) eran fracturas abiertas, Gustilo I (5), II (9), IIIA (1), IIIB (4) y IIIC (2). El resto (9 casos) eran fracturas cerradas, clasificadas según Oestern-Tscherné en grado 0 (1), I (1), II (4) y III (3). Se utilizaron diversos montajes de fijación externa, técnicas de ligamentotaxis y asociación de osteosíntesis ad mínimum con tornillos canulados. Analizamos porcentaje y tiempo de consolidación, balance articular y complicaciones.

Resultados: Obtuvimos consolidación en 27/30 casos (90%) con un tiempo medio de 5,5 meses y 3 casos de pseudoartrosis que necesitaron nueva síntesis con aporte de injerto (2 casos en tibia proximal en un mismo enfermo y un caso en fémur distal). El balance articular medio fue 30 a 120 grados de flexión (extensión-flexión completa en 14/18 tibias y 7/12 fémures). Se necesitaron 4 artromiolisis. 6 casos de complicaciones de los pines, 2 por infección profunda y 6 superfi-

ciales. Un caso de artritis séptica. 2 lesiones nerviosas (ciático poplítico externo).

Comentarios y conclusiones: La fijación externa constituye una alternativa terapéutica adecuada en las fracturas de alta energía alrededor de la rodilla.

CC-408. ROTURA CONTENIDA DE ARTERIA POPLÍTEA TRAS MENISCECTOMÍA PARCIAL ARTROSCÓPICA DE UN MES DE EVOLUCIÓN

C. Rodríguez Moro¹, F. Sainz González^{1,2}, A. Pérez Piqueras^{1,2},
R. Tamburri Bariain¹, G. Ceballos González¹ y J. Areta Jiménez¹

¹Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. ²Hospital Madrid Norte. Madrid.

Introducción y objetivos: Las lesiones iatrogénicas de la arteria poplítea tras procedimientos artroscópicos son infrecuentes en la literatura y en su mayoría son pseudoaneurismas. Presentamos un caso de rotura completa contenida de arteria poplítea tras meniscectomía parcial artroscópica de un mes de evolución. Un precario flujo distal se mantuvo gracias a una rama geniculada.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 39 años con dolor en miembro inferior izquierdo, de un mes de evolución tras meniscectomía parcial artroscópica realizada en otro centro. En la exploración física presenta dolor espontáneo infrapoplítico, pulsos distales presentes disminuidos, normal coloración de piel. El diagnóstico de presunción se realizó mediante ECO-Doppler y angiografía que mostraban interrupción del flujo con una colección pulsátil de aspecto aneurismático enhueco poplítico y flujo distal a través de una rama geniculada. Se realizó abordaje para disección del paquete neurovascular y control proximal y distal. Se reparó el trayecto poplítico mediante una prótesis vascular de gore-tex. La evolución en el postoperatorio inmediato y tardío fue excelente desde el punto de vista clínico y radiológico.

Resultados: En la literatura aparecen escasas complicaciones vasculares asociadas a cirugía artroscópica de rodilla. En su mayoría son pseudoaneurismas. No se han encontrado roturas contenidas de arteria poplítea de presentación subaguda como la expuesta. Las pruebas diagnósticas incluida la angiografía no fueron concluyentes, fue precisa la visualización directa de la lesión poplítica para tener el diagnóstico de certeza y correlacionar los hallazgos angiográficos.

Comentarios y conclusiones: La cirugía artroscópica de rodilla es una técnica no exenta de graves complicaciones. En el seguimiento postoperatorio de la cirugía artroscópica deben valorarse los signos de hipoperfusión distal. El Eco-Doppler y la angiografía son los métodos diagnósticos de elección.

CC-409. REVISIÓN MÚLTIPLE DE UNA LIGAMENTOPLASTIA LCA

J. Campos Martins¹, T. Marques Granate² y P. Granate³

¹Centro Hospitalar Lisboa Zona Central. Portugal. ²Hospital Garcia da Orta. Almada. Portugal. ³Hospital da Luz. Lisboa. Portugal.

Introducción y objetivos: El fallo de una ligamentoplastia de LCA constituye un gran reto quirúrgico. Han sido diversas las causas atribuidas a ese fallo-material sintético utilizado, posición incorrecta de la plastia, o incluso un nuevo traumatismo. La discusión actual sobre la ventajas de las técnicas quirúrgicas más utilizadas en la Ligamentoplastia primaria, “Hueso-Tendón-Hueso” (HTH), “Isquio-Tibiales” (IT) y, más recientemente, la “técnica de duplo hace” se enfocan no sólo en los resultados funcionales inmediatos con también en las opciones quirúrgicas disponibles en el caso de que sea necesario una revisión de las mismas. El objetivo de esta comunicación es revisar, con base en un caso clínico peculiar dichas opciones y establecer protocolos para prevenir estas situaciones que aunque supongan un desafío quirúrgico son indeseables.

Material y método: Los autores presentan un caso clínico de un paciente de 37 años, con diagnóstico de rotura LCA postraumática operado en mayo 2007 (H-T-H). Por fallo de la plastia se ha hecho nueva plastia con la técnica IT (agosto 2008). Después de nuevo traumatismo (DEZ 2008), hace nueva rotura. Se ha realizado en un primer tiempo quirúrgico la remoción de la plastia anterior y se han rellenado los túneles femoral y tibial con injerto óseo autólogo. A los 6 meses se ha realizado nueva ligamentoplastia con tendón del cuádriceps.

Resultados: El postoperatorio inmediato ha transcurrido sin complicaciones. Realiza actualmente programa de rehabilitación.

Comentarios y conclusiones: La literatura confirma que los resultados funcionales después de una revisión son casi siempre peores a los de la intervención primaria, muchas veces agravados por la aparición simultánea de lesiones meniscales y del cartílago articular. La revisión de una ligamentoplastia obliga por veces a que se hagan 2 tiempos quirúrgicos, con resultados funcionales aceptables, con mejoría del cuadro doloroso y disminución de la inestabilidad articular. El análisis detenido de los hallazgos clínicos y de imagen en el pre-operatorio constituye la clave de una estrategia quirúrgica de suceso.

CC-410. ARTRITIS TIBIOPERONEA PROXIMAL

E.J. Salvador González, A. Sanz Laguna, P. García Ibáñez,
J.M. Nieto Carrizosa, J. Suárez Fernández, J.M. Ruiz-Andreu Ortega,
R. Carrillo Dutor y M.J. Gómez Cancho

Hospital de Móstoles. Madrid.

Introducción y objetivos: Paciente de 56 años diagnosticado de artritis reumatoide que en la exploración física presentaba una afectación global de la rodilla con limitación en los últimos grados de movilidad y un dolor muy selectivo en cara posteroexterna. Fue intervenido en otro centro en 2007 implantándose PTR. Tras la intervención se constató persistencia del dolor en el mismo punto sin ninguna mejoría. Seguido por el servicio de reumatología se sospecha ganglion intraCPE por lo que es remitido a nuestro servicio. Ante dicha sospecha se realiza una ecografía y EMG que lo descartan.

Material y método: Las sucesivas pruebas que aquí se muestran (Rx: desestructuración de la articulación tibioperonea proximal, PTR con componentes bien orientados y sin signos de movilización, Gammagrafía con captación a nivel de articulación tibioperonea proximal) y la clínica del paciente nos hicieron llegar al diagnóstico de artritis tibioperonea proximal. Se trató mediante la extirpación quirúrgica de la carilla articular de la cabeza del peroné.

Resultados: Tras la intervención el paciente es seguido en nuestras consultas durante meses objetivándose una rodilla estable, con rango de movilidad completo, y una total desaparición de la sintomatología álgica.

Comentarios y conclusiones: La afectación de la articulación tibioperonea proximal tanto artrítica como artrósica constituye una patología relativamente poco frecuente y puede pasar desapercibida. De este modo tras la implantación de una PTR puede persistir la sintomatología. Por ello consideramos obligatoria la exploración de la articulación tibioperonea proximal en aquellos pacientes que sufren una patología femorotibial.

CC-411. SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA CON PCA EPIDURAL POSTOPERATORIA.

A PROPÓSITO DE 3 CASOS

A. Mora de Sambricio¹, M. Rius Dalmau¹, A. Corral Munar¹
y A. del Río Mangada²

¹Hospital de Manacor. Palma de Mallorca. ²Hospital Son Llàtzer.
Palma de Mallorca.

Introducción y objetivos: La analgesia postoperatoria multimodal, que combina los fármacos analgésicos con el sistema de infusión epi-

dural PCA controlada por el paciente, ha demostrado un manejo óptimo del dolor con menores dosis y una sensible disminución de efectos colaterales. El síndrome compartimental es una complicación severa y potencialmente mortal de la artroplastia total de rodilla, caracterizada por un aumento de la presión intersticial dentro de un compartimiento miofascial, cuyo diagnóstico precoz se basa en la clínica de dolor.

Material y método: Presentamos 3 pacientes sometidos a una artroplastia total de rodilla bajo anestesia intradural, con analgesia epidural PCA postoperatoria, en los que la ausencia de síntomas retrasó el diagnóstico de un síndrome compartimental.

Resultados: Se afectó el compartimiento del glúteo mayor en un paciente obeso con escasos cambios posturales postoperatorios, iniciando el dolor a las 24 horas de la intervención. En los otros 2 pacientes se afectó el compartimiento anterior de la pierna, con dolor e incapacidad para la extensión, y también el compartimiento lateral en uno de ellos, desde los 4 días y las 24 horas de la cirugía respectivamente. Se midió la presión intracompartimental en el primer caso, no siendo necesaria en los otros dos. Tras la fasciotomía, la evolución fue favorable en el compartimento glúteo sin secuelas al año, y desfavorable en los otros dos casos, con necrosis isquémica y déficit funcional completo correspondiente a los territorios afectos.

Comentarios y conclusiones: Pese a la aceptación generalizada del tratamiento del dolor postoperatorio con analgesia multimodal con PCA, se debe seleccionar a los pacientes, estimar la dosis óptima analgésica para no enmascarar dolor anormal y alteraciones de la sensibilidad, y vigilar la evolución clínica, midiendo la presión los compartimientos ante la más mínima sospecha de aumento de la misma.

CC-412. TRATAMIENTO MEDIANTE TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA CON PLACA LISS EN FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS PERIPROTÉSICAS DE RODILLA: NUESTRA EXPERIENCIA

M. Rupérez Vallejo, J. Hernández Elena, M.A. Pascual Carra,
M.I. Pérez Núñez, C. Garcés Zarzalejo, A. Alfonso Fernández,
J. Manso Pérez-Cosío y S. García González

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: Evaluación clínica y radiológica de fracturas supracondíleas femorales sobre PTR.

Material y método: Estudio retrospectivo, 14 pacientes portadores de 14 fracturas cerradas supracondíleas, de baja energía y previamente deambulantes. Un paciente no completó el estudio. Clasificación de Lewis y Rorabeck tipo I: 2 casos, tipo II: 5 casos, tipo III: 6. Tipo de prótesis: unilaterales 6 pacientes y bilaterales 7 pacientes. Todas mujeres. Edad media 75 años (80-68), seguimiento medio 4,8 años (10-1). Antecedentes: obesidad (IMC > 30) 10 casos (88%), diabetes 2 (16%), osteoporosis diagnosticada 3 (24%). Tiempo medio de descarga 9 semanas. (16-4).

Resultados: Ningún paciente presentó infección. Tres pacientes presentaron pseudoartrosis, de ellos: 2 obesidades IMC > 32, 2 osteoporosis, 2 fracturas tipo III y 2 portadores de LISS corta. Sólo un paciente precisó reintervención quirúrgica con reosíntesis con placa LISS más larga y aporte de injerto, consolidando a las 28 semanas. Postoperatoriamente el alineamiento fue satisfactorio en 10 de los 13 pacientes. Desanclaje de tornillos proximales 1 caso. Tendinitis de la fascia lata que precisó EMO placa LISS en fractura consolidada, 1 caso. El paciente de mayor seguimiento, 10 años, era una fractura tipo III, presentó movilización y precisó recambio protésico a los 8 años postfractura. Los tres pacientes diagnosticados de osteoporosis presentaban fracturas tipo III. De los 13 pacientes, 11 consiguieron la misma deambulación previa.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de fracturas periprotésicas sobre PTR mediante técnica mínimamente invasiva con placa LISS

ha presentado resultados satisfactorios. Las pseudoartrosis han aparecido en pacientes previamente diagnosticados de obesidad y osteoporosis, en aquellos tratados con placa LISS corta (4 orificios) y en fracturas tipo III.

CC-413. ARTRODESIS DE RODILLA CON FIJADOR EXTERNO: NUESTRA EXPERIENCIA

J.P. García Paños, C. Salcedo Cánovas, A. Valcárcel Díaz, R. Cano Gea, J.R. Fernández Sánchez, J.J. López Martínez, R.A. Rodríguez Martínez y S. Illán Franco

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El objetivo de este estudio es analizar las artrodesis de rodilla llevadas a cabo en nuestro centro mediante fijación externa, su indicación, sus resultados y complicaciones.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo sobre 28 pacientes (4 varones, 24 mujeres) con artrodesis de rodilla mediante fijación externa entre 1996 y 2008. La media de edad fue de 66,8 años. El seguimiento mínimo fue de 6 meses y máximo de 12 años. Entre las técnicas empleadas de fijación externa encontramos sistemas diversos: compresor de Charnley, doble cuadro de Hoffmann-Vidal, Triax y Wagner monolaterales, sistemas circulares Ilizarov, semihíbridos Orthofix, transfixantes Triax o Hoffmann II en conformación bi o multiplanar y sistemas híbridos Tenxor. Analizamos la indicación de artrodesis, el índice y tiempo medio de consolidación, y las complicaciones.

Resultados: En 21 casos (76,5%) se indicó la artrodesis tras fracaso de prótesis total de rodilla con diagnóstico inicial de gonartrosis. En el 23,5% restante tras fractura irreconstruible femoral, artritis séptica secundaria a artroscopia, fracaso de prótesis tumoral y tuberculosis. En 22 casos tras fracaso protésico (16 séptico y 6 aseptico). En 8 casos tras prótesis primaria, en 13 tras prótesis de revisión y en uno tras prótesis tumoral. Se obtuvo un 76,4% de consolidaciones en primera intención, y un 19,6% tras reartrodesis (96% total de consolidaciones). El tiempo medio de consolidación fue de 5,7 meses (3-22 meses). Sólo un caso de no consolidación tras varios intentos de artrodesis que requirió amputación como salvamento de una extremidad séptica. En 17,6% se observó infección superficial de las fichas que requirió tratamiento antibiótico oral. En 12% apareció necrosis y dehiscencia de herida que necesitaron cobertura plástica.

Comentarios y conclusiones: La fijación externa constituye una alternativa para la artrodesis de rodilla en pacientes con fracaso séptico o aseptico tras artroplastia, con gran pérdida ósea o con grave destrucción articular.

CC-414. ¿CÓMO CALCULAR EL DESCENSO DE LA TTA?

V. León Muñoz

Hospital Vega del Río Segura. Murcia.

Introducción y objetivos: La rótula alta es, tras la displasia troclear, uno de los factores etiológicos más importantes de la inestabilidad rotuliana, puesto que aparece entre el 30% y el 50% de las inestabilidades rotulianas objetivas (IRO). En los casos en los que es necesario el descenso de la tuberosidad tibial anterior (TTA), ¿cómo se puede cuantificar el necesario descenso?

Material y método: Hemos determinado retrospectivamente, mediante la medición de las radiografías laterales de los casos de descenso de la TTA, si la corrección postoperatoria se ajusta al cálculo preoperatorio: AT deseable = $(AT/AP \text{ deseable} \times AT \text{ preoperatorio}) / (AT/AP \text{ preoperatorio})$; donde AT/AP deseable = 0,95.

Resultados: Distribución por sexos: 75% mujeres y 25% hombres. Edad media: 19,88 años ± 5,55 años. Clasificación de Maldaque: 68,8% tipo II, 25% tipo III y 6,3% tipo I. Displasia troclear: 50% tipo III, 31,3% tipo

I, 12,5% tipo II y 6,3% ausencia de displasia. Báscula rotuliana preoperatoria media: $28,38^\circ \pm 6,89^\circ$. TAGT preoperatoria media: $14,01 \text{ mm} \pm 4,72 \text{ mm}$. De las 16 rodillas intervenidas por IRO, 9 (56,25%) presentaban rótula alta. CD preoperatorio global medio: $1,22 \pm 0,25$. CD preoperatorio medio en los casos de patela alta: $1,4 \pm 0,15$. CD postoperatorio medio en los casos en los que se realiza descenso de tuberosidad tibial anterior: $0,97 \pm 0,12$.

Comentarios y conclusiones: Al contrastar dichas variables mediante la t de Student para una muestra, asumiendo como valor de prueba 0,95, no hemos obtenido diferencia estadísticamente significativa respecto al CD postoperatorio, evidenciando ello que, aplicando la fórmula para el cálculo cuantitativo del descenso, se ha alcanzado el objetivo terapéutico.

CC-415. BLOQUEO ARTICULAR DE RODILLA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE CONRADI (CONDRODISPLASIA PUNCTATA)

A. Valcárcel Díaz, C. Salcedo Cánovas, J.P. García Paños, J.J. López Martínez, J.J. Parrilla Riera, S. Vela Pardo, R. Rodríguez Martínez y R. Cano Gea

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El síndrome de Conradi es una enfermedad congénita del desarrollo. Se trata de una variedad de condrodisplasia punteada que se caracteriza clínicamente por afectación de huesos largos, calcificaciones periarticulares múltiples y rasgos faciales anómalo.

Material y método: Varón de 27 años de edad que acude a consulta de Traumatología por episodios repetidos de dolor, tumefacción y bloqueos de rodilla izquierda. En la radiografía simple se observa gran fragmento óseo (desprendimiento epifisario) dependiente de fémur distal. Se propone artroscopia de rodilla para liberación y extracción de fragmento óseo.

Resultados: Mediante artroscopia de rodilla se consigue la extracción de fragmento epifisario femoral. La evolución fue satisfactoria consiguiendo un balance articular aceptable y desaparición del cuadro inflamatorio.

Comentarios y conclusiones: El síndrome de Conradi es una enfermedad de mal pronóstico cuyo tratamiento es exclusivamente sintomático. La cirugía correctora de las malformaciones más severas puede estar indicada en los casos que sobreviven.

CC-416. ARTROFIBROSIS TRAS MENISCECTOMÍA ARTROSCÓPICA: UNA COMPLICACIÓN POCO COMÚN PERO SEVERA

M. Reverté Vinaixa, M. Casaccia Destefano, M. Stitzman Wengrowicz, J. Román Verdasco, E. Díaz Ferreiro, N. Joshi Jubert y J. Nardi Vilardaga

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La meniscectomía parcial artroscópica es una técnica relativamente sencilla y ampliamente utilizada para las lesiones meniscales pero no exenta de complicaciones. La rigidez de la rodilla es uno de los factores de riesgo. Puede llegar a ser severa y dolorosa y requerir movilizaciones bajo anestesia o liberación quirúrgica. Se presenta el caso de una paciente que tras una meniscectomía parcial por artroscopia desarrolló una artrofibrosis severa de la rodilla.

Material y método: Paciente de 40 años de edad con antecedentes quirúrgicos de meniscectomía parcial artroscópica, movilización forzada bajo anestesia tras 1 mes de la primera intervención, y artrolisis artroscópica al mes de la movilización. Acude a nuestro centro presentando una pérdida de la movilidad de la rodilla ($-20^\circ/30^\circ$), acompañada de dolor severo y cuadro inflamatorio sin signos de proceso séptico. Se realiza estudio por RMN y control analítico. Se realiza

artrolosis a cielo abierto remitiendo muestras a anatomía patológica y microbiología. Tras la extirpación completa del tejido de granulación, la paciente inició tratamiento fisioterápico riguroso acompañado de un tratamiento analgésico completo.

Resultados: La RMN no objetivó pérdida de densidad ósea pero si tejido de granulación ocupante de espacio. La artrotomía de la rodilla dejó al descubierto un importante tejido de granulación que recubría ambos ligamentos cruzados y meniscos. Así mismo se objetivaron lesiones condrales por compresión de dicho tejido. Los resultados clínicos y funcionales fueron aceptables: movilidad 0°/110°, dolor leve relacionado con la actividad física.

Comentarios y conclusiones: Aunque la meniscectomía parcial por artroscopia es un procedimiento relativamente sencillo, no está libre de complicaciones. La artrofibrosis no es una complicación frecuente tras realizar una meniscectomía artroscópica y por ello puede pasar desapercibida induciendo lesiones irreversibles. La artrofibrosis de rodilla debe tratarse precozmente tanto quirúrgicamente como fisioterápicamente con el fin de evitar lesiones condrales irreversibles.

CC-417. ARRANCAMIENTO DE ESPINA TIBIAL EN PACIENTE CON FISIS ABIERTA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO

P. García Ibáñez, P. Gray Laymon, J.M. Nieto Carrizosa, E. Salvador González, J. Suárez Fernández, J.M. Ruiz-Andreu Ortega, A. Sanz Laguna y R. Carrillo Dutor

Hospital General Universitario de Móstoles. Madrid.

Introducción y objetivos: Realizamos una revisión bibliográfica de la lesión del LCA con arrancamiento de la espina tibiales en pacientes con fisias abiertas y presentar un caso tratado en nuestro centro. El arrancamiento de espina tibial predomina sobre la lesión de la parte media del LCA en los niños prepúberes debido a la mayor debilidad del hueso situado en la inserción. El tratamiento conservador se reserva para los casos tipo I y II de Meyers (sin desplazamiento o este es mínimo). El tratamiento quirúrgico en la mayoría de los casos es artroscópico y se plantea cuando no se consigue la reducción del fragmento. Esto ocurre por la interposición de partes blandas o de coágulos en el lecho arrancado. Una vez conseguida la reducción la fijación puede ser necesaria si esta no se consigue mantener.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 9 años que acude a nuestro centro tras sufrir torsión de rodilla jugando al fútbol 8 días antes que fue diagnosticado de contusión e inmovilizado con férula. En la Rx simple se observa arrancamiento tipo III de Meyers por lo que se redujo y fijó con sutura reabsorbible, posterior inmovilización 6 semanas y tratamiento rehabilitador.

Resultados: Se logra buen anclaje del fragmento sin presentar complicaciones siendo el resultado comparado con los presentes en la revisión bibliográfica.

Comentarios y conclusiones: La lesión de LCA en pacientes con fisias abiertas es una patología poco frecuente pero que hay que tener en cuenta en la puerta de urgencias por sus repercusiones a largo plazo y los excelentes resultados que se obtienen si el manejo es correcto. El empleo de la técnica con sutura reabsorbible presenta la ventaja de no requerir una reintervención para EMO.

CC-418. FRACTURA DEL COMPONENTE TIBIAL EN UNA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

D. Gallo Padilla, J.I. Eugenio Díaz y M.L. Galadí Fernández

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: La evolución en el diseño de los implantes protésicos de rodilla ha conseguido unos resultados excelentes en el tratamiento de la gonartrosis avanzada, así como una mejora en la

calidad de vida de los pacientes tratados. La fractura del implante es una complicación poco frecuente, que obliga ineludiblemente a la reintervención quirúrgica.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 69 años, intervenida hacía cuatro años por gran impotencia funcional y gonartrosis avanzada. La intervención quirúrgica cursó sin complicaciones, recuperando la paciente una calidad de vida aceptable. El balance articular era de una flexión de 90° y un genu flexo de 5°. La evolución progresiva fue hacia el dolor y la disminución progresiva del balance articular y finalmente una fractura del implante tibial en su zona medial.

Resultados: Tras la cirugía inicial, radiológicamente la prótesis de rodilla tenía una orientación en varo, lo que aumentó considerablemente la sobrecarga del platillo en su zona medial, provocando finalmente la fatiga del implante y su fractura a los cuatro años tras la cirugía. En la cirugía de recambio protésico se apreció una calidad ósea deficiente, un aflojamiento del componente tibial con fractura de la zona medial y fractura-hundimiento de la meseta tibial interna con aspecto de pseudoartrosis. Se realizó una nueva artroplastia posterostabilizada, centrando el eje de carga y realineando las partes blandas, con un resultado inicial satisfactorio.

Comentarios y conclusiones: La mala alineación de partes blandas, la orientación en varo de los componentes y la mala calidad ósea de la paciente alteraron el eje de carga y llevaron a un aflojamiento de los componentes y, finalmente, a la fractura del componente tibial. Es fundamental el posicionamiento de la prótesis durante la cirugía, pues puede ser determinante para la duración del implante.

CC-419. LUXACIÓN ANTERIOR E INFECCIÓN EN UNA PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

I. Neira Borrajo, I. Espina Flores y R. Llopis Miro

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid.

Introducción y objetivos: La luxación anterior de rodilla después de una prótesis total es muy poco frecuente, generalmente se acompaña de complicaciones serias. La infección profunda es una de las más graves. Se presenta un caso en el que coincidieron ambas complicaciones.

Material y método: Paciente de 67 años intervenida de prótesis total de rodilla izquierda tipo Profix cementada. El primer día postoperatorio sufrió caída produciéndose una herida en la cicatriz quirúrgica; se comprobó la integridad del aparato extensor y la estabilidad de la rodilla. A las tres semanas comenzó con exudado de la herida, se pautó tratamiento empírico ambulatorio con cloxacilina. Tres días después acudió por dolor y sensación de inestabilidad de la rodilla tras giro brusco. Se inició tratamiento empírico con vancomicina y ciprofloxacino. Al día siguiente del ingreso y de manera espontánea sufrió luxación anterior de la rodilla. Se procedió a la reducción cerrada. Los cultivos fueron positivos para *Staphylococcus epidermidis* sensible a vancomicina. Tres días después se decidió nueva intervención. Bajo anestesia se comprobó que la rodilla era inestable. Se procedió a la extracción de la prótesis; se observó una fractura de la meseta tibial y se colocó un espaciador de cemento articulado. Se mantuvo inmovilización con una ortesis y descarga. Ocho días después se le dio de alta con linezolid oral, que se mantuvo durante 8 semanas. Dos meses después se colocó una prótesis de revisión tipo Legion.

Resultados: Al alta la paciente estaba asintomática, con una movilidad de la rodilla de 0-90°, persistiendo así hasta la actualidad.

Comentarios y conclusiones: La luxación anterior de una prótesis total de rodilla es una complicación muy rara y su tratamiento debe adaptarse a cada caso. El recambio protésico en dos tiempos combinado con antibioterapia específica es una opción adecuada de tratamiento para la infección protésica.

CC-420. FRACTURA TIBIAL DE ESTRÉS TRAS ARTROPLASTIA DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Merino Pérez, I. Herrera Cuevas, C. Cabello Castro,
I. Martín Egaña, I. Ibor Ureña y N. Hernández González

Hospital de Cruces. Bilbao.

Introducción y objetivos: Las fracturas de fatiga o de estrés alrededor de una prótesis de rodilla se han registrado como complicaciones en pacientes con artritis reumatoide, secundarias a hundimientos o desplazamientos del platillo tibial o en casos de disección del cóndilo femoral externo para la corrección de deformidades fijas en valgo.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente que debutó con una fractura de estrés en el tercio distal de su tibia, a los 7 años de la artroplastia total de rodilla. Se ha recogido de manera prospectiva su evolución clínica y radiológica.

Resultados: La cirugía de revisión y la osteosíntesis fracturaria en un único tiempo quirúrgico han permitido una rápida recuperación de la paciente.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de estrés alejadas de la prótesis suelen ser tratadas de manera aislada a la causa que realmente las está provocando. La valoración del implante perilesional es fundamental para el tratamiento de la causa de la fractura.

CC-421. COMBINACIÓN DE TÉCNICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ROTURA DEL TENDÓN ROTULIANO

M.I. Holgado Álvarez, A. Cienfuegos López, M. López Peláez
y J.M. Rodríguez de la Cueva

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón rotuliano es la tercera causa de disrupción del aparato extensor de la rodilla, siendo necesaria una fuerza 17,5 veces el peso corporal. Con mayor frecuencia a deportistas, sobre todo a personas afecta con una patología conocida como rodilla del saltador. Otras causas no traumáticas como infiltración de corticoides o enfermedades endocrino-reumatológicas.

Material y método: Paciente de 30 años, saltador de longitud como actividad profesional con rotura del tendón rotuliano tras aterrizar de un salto. Antecedentes de infiltración de corticoides en miembro afecto así como dolor al realizar batidas durante el ejercicio. No otras enfermedades. Al explorar el tendón en mesa de quirófano se aprecia sección en dos planos, el más profundo se desprende de TTA y el plano superficial del polo inferior rotuliano. Se repara quirúrgicamente y immobiliza con férula inguinopédica.

Resultados: Tras retirada de férula inguinopédica de tres semanas. Se somete al paciente a rehabilitación activa y pasiva, consiguiendo con ello 90° de flexión activa y 115° asistida, así como extensión completa a 6 meses.

Comentarios y conclusiones: Se ha observado, que se ha de realizar una reparación quirúrgica en la fase más aguda de la lesión y así prevenir también atrofias y contracturas del cuádriceps. Consiguiendo una pronta incorporación a la actividades de la persona. Blazina fue el primero que usa el término de rodilla del saltador (tendinopatía patelar, tendinosis patelar y tendinitis patelar) en 1973. Dentro de este cuadro, este paciente entra dentro del grado 4. Los deportistas experimentan mayor carga durante el aterrizaje que durante el salto porque existe una concentración excéntrica del músculo cuádriceps. A la hora de la reparación de la rotura aguda del tendón patelar de elección es el tratamiento quirúrgico.

CC-422. LUXACIÓN DE RODILLA SIN LESIÓN LIGAMENTOSA

M. López Franco, N. Martínez López, M.T. Muñoz Sicilia,
A. Ortiz Espada, J. del Río Hortelano y J. Escalera Alonso

Hospital Infanta Sofía. Madrid.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso infrecuente de luxación anterior de rodilla sin lesión de los principales ligamentos de la rodilla ni de los meniscos.

Material y método: Un varón de 31 años acudió a urgencias con dolor e impotencia funcional en su rodilla izquierda tras atropello. Tras diagnóstico de luxación anterior de rodilla mediante estudio radiográfico convencional, se redujo inmediatamente de forma cerrada, se comprobó un buen estado neurovascular distal y se inmovilizó con una férula inguinopédica. Se solicitó RMN que se informó como: integridad de los ligamentos de la rodilla salvo del tendón poplíteo y una fractura de meseta tibial externa con avulsión de las espinas tibiales más fractura comminuta de la cabeza del peroné. Se realizó reducción abierta y osteosíntesis con placa y tornillos de la fractura de meseta tibial y se inmovilizado con ortesis de rodilla con barras laterales y control de la flexo-extensión.

Resultados: El paciente no acudió a revisión hasta los 8 meses tras la cirugía. Presentaba una rodilla estable con flexo de 15° y una flexión activa y pasiva de 85° e importante hipotrofia muscular. Se decidió realizar una artroplastis artroscópica observando integridad de los ligamentos cruzados y de los meniscos.

Comentarios y conclusiones: En este caso de luxación anterior de rodilla, los ligamentos no se rompieron al haber cedido antes el hueso. La comminución de la cabeza del peroné no permitió la ligamentoplastia del tendón poplíteo en la cirugía inicial, lo que habría proporcionado mayor estabilidad a la rodilla. El retraso en la rehabilitación pudo ocasionar unos peores resultados pero permitió comprobar el buen estado de los ligamentos intrarticulares. Aunque lo normal es que la combinación de lesiones ligamentosas caracterice a las luxaciones de rodilla, este caso demuestra que estas graves lesiones son posibles sin las típicas lesiones ligamentosas.

CC-423. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DEL HOFFA. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Camacho Serrano, A. Corrales Díaz, N. Medina León,
M.A. García Frasquet, G. Carrascal Aldana y F. Ávila España

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los tumores de tejidos blandos de la rodilla reflejan las mismas características histológicas benignas y malignas que los que se encuentran en otras localizaciones anatómicas. Sin embargo su diagnóstico es más complejo debido a que es difícil diferenciarlas de otras lesiones deportivas más frecuentes, o de los cambios degenerativos que ocurren en la rodilla.

Material y método: Presentamos el caso clínico de una mujer de 48 años de edad que presenta dolor en cara anterior de rodilla, así como tumefacción y derrames de repetición.

Resultados: Se realizó una artroscopia diagnóstico-terapéutica en la que se observó proliferación del Hoffa con toma de muestras y estudios anatomo-patológicos revelando que se trataba de un fibrohistiocitoma.

Comentarios y conclusiones: Realizamos una revisión bibliográfica de esta patología poco frecuente en la rodilla realizando diagnóstico diferencial. Dentro del diagnóstico diferencial debemos incluir la condromatosis sinovial, la sinovitis yelonodular pigmentada o la lesión del círculo.

CC-424. HUNDIMIENTO DE PLATILLO TIBIAL BILATERAL PRECOZ

N. Muñoz García, S. Alonso Domínguez, E. Holgado Moreno
y F. Cotón Cabañero

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: La cirugía de revisión de la articulación de la rodilla supone un amplio campo quirúrgico con necesidad de experiencia y habilidad. La artroplastia primaria de rodilla es una de las

cirugías ortopédicas más habituales, pero la resolución de complicaciones posteriores sigue requiriendo su estudio y perfeccionamiento. Aquí se expone un caso interesante que ha requerido una cirugía de revisión bilateral.

Material y método: Paciente de 67 años sin antecedentes personales de interés que ingresa en nuestro servicio para extracción de material de osteosíntesis de rodilla izquierda por cirugía nueve años antes a causa de gonalgia izquierda. Además, en nuestro servicio es intervenido para artroplastia total de rodilla derecha, con buena evolución de la misma.

Resultados: El paciente se somete en otro hospital y a cargo de otro cirujano a artroplastia total de rodilla izquierda por gonartrosis. Tras unos meses de evolución, y a pesar de no existir errores en la colocación de la prótesis, el paciente presenta deformidad en varo bilateral y dolor, con hundimiento radiográfico de ambos plátanos tibiales, con lo que se decide realizar artroplastia de revisión bilateral implantando prótesis de tipo bisagra. El paciente es estudiado en busca de enfermedades responsables del deterioro óseo precoz, sin hallar resultados relevantes.

Comentarios y conclusiones: Tras un año de evolución, el paciente evoluciona favorablemente, presentando 110° de flexión y 0° de extensión. Se descarta patología metabólica u ósea alguna que justifique la deformidad precoz, siendo la cirugía de revisión en manos expertas la clave para la resolución del caso.

CC-425. TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD POSTRAUMÁTICA DE RODILLA

J.M. Nieto Carrizosa, C. Roselló Labrada, P. García Ibáñez, E.J. Salvador González, J. Suárez Fernández, J.M. Ruiz-Andreu Ortega, R. Carrillo Dutor y A. Sanz Laguna

Hospital de Móstoles. Madrid.

Introducción y objetivos: Las lesiones multiligamentarias de rodilla constituyen una severa patología que provoca secuelas de inestabilidad articular, condicionando importantes limitaciones en la actividad de los pacientes. Presentamos un caso tratado en nuestro servicio y comparamos el tratamiento con los revisados en la literatura.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente politraumatizado tras sufrir atropello que presenta fractura de fémur, ceja anterior de acetábulo, apófisis transversa L1, fractura luxación de hombro, TCE, inestabilidad de rodilla. RMN: rotura LCA, parcial LCP, LLI, menisco interno, microfracturas en cóndilo y meseta externas así como cabeza peroné. Se sintetiza de forma temprana la fractura femoral y se trata ortopédicamente la fractura-luxación de hombro y las fracturas en rodilla, acetábulo y L1. De forma diferida se realiza la reconstrucción en un solo tiempo del LCA y LLI con aloinjerto tendinoso y meniscectomía parcial (cirugía artroscópica y abierta). El LCP se encontró laxo pero competente, por lo que no se reconstruyó.

Resultados: Tras realizar tratamiento rehabilitador y seguimiento en nuestras consultas el paciente presenta buenos resultados funcionales sobre la rodilla, resultando esta asintomática, con un rango de movilidad completo y una estabilidad ligamentaria objetiva.

Comentarios y conclusiones: Existe discusión en la literatura sobre el momento más indicado para realizar el tratamiento de este tipo de inestabilidades: de forma aguda, subaguda o crónica. En nuestro caso y debido al politraumatismo sufrido se decidió realizar de forma diferida obteniendo con ello buenos resultados. En cuanto a la posibilidad de realizar en uno o dos tiempos la reconstrucción ligamentosa existen buenos resultados publicados con ambos métodos. Nosotros optamos por realizarlo en un solo tiempo para evitar mayores tiempos de inmovilización y recuperación, en un paciente en el que ya se estaba tratando su patología de forma diferida.

CC-426. PSEUDOARTROSIS EN FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE FÉMUR. ASOCIACIÓN TERAPÉUTICA CON TERIPARATIDA. CASO CLÍNICO

A. Hernaiz Alzamora, J. Hoyos Cillero e I. Mediavilla Arza
Hospital de Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: Mujer, 73 años, obesa, asma bronquial, PTC izquierda, tratamiento con dacortin, bifosfonatos y calcio. En noviembre 2005 tras caída casual presenta fractura supracondílea de fémur izquierdo tratada mediante placa tipo Judet. Se va de alta iniciando rehabilitación sin apoyo en carga.

Material y método: En revisión de 2007 la paciente presenta dificultad en la deambulación y dolor en rodilla sin traumatismo previo. En TAC se visualiza línea de fractura en el fémur distal en cara medial con ausencia de consolidación y esclerosis de los fragmentos óseos que están alineados. Ingresa para retirada de material de osteosíntesis por ruptura de material y pseudoartrosis. Se retira placa Judet y se coloca placa tipo DHAL con 4 cerclajes y factores de crecimiento en el foco de fractura. Se asoció teriparatida 20 µg/d y calcio-vitamina D, rehabilitación y reposo.

Resultados: En radiologías seriadas, se observa integración del injerto con callo de fractura a las 8 semanas. En la última revisión, la paciente deambula con apoyo de bastón.

Comentarios y conclusiones: El fracaso de osteosíntesis en fracturas incrementa con osteoporosis, favorecido por obesidad, fármacos o enfermedades que influyen la formación del callo de fractura. El uso de factores de crecimiento, y asociación de fármacos neoformadores de hueso, han posibilitado una excelente respuesta con incremento de la resistencia ósea en esta paciente.

CC-427. SUBLUXACIÓN ROTULIANA TRAS REVISIÓN DE ARTROPLASTIA DE RODILLA

C. Rodríguez Moro, M. de Antonio Fernández, R. Tambarri Barriain, G. Ceballos González, F. Carreres Colom, A. Orellana Gómez-Rico y F. González Rodríguez

Hospital Central de la Defensa. Madrid.

Introducción y objetivos: La revisión de la artroplastia total de rodilla es un reto quirúrgico de gran complejidad. La subluxación de rótula es una de las complicaciones derivadas de la cirugía que pueden presentarse en el postoperatorio de estos pacientes y que supone un reto en el manejo.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente con artroplastia total de rodilla 4 años antes en otro país, que consulta por gonalgia. Se diagnostica un aflojamiento aséptico por o que se indica cirugía de revisión. Cirugía y postoperatorio inmediato sin incidencias. A las 8 semanas presenta dolor retropatelar y sensación de inestabilidad. Se diagnostica subluxación rotuliana mediante estudio radiográfico. Se realiza cirugía de realineamiento rotuliano proximal según técnica de Insall y distal según técnica de Fulkerson.

Resultados: Uno de los objetivos principales de la revisión de artroplastia de rodilla debe ser el restablecimiento de la anatomía original y con ello recuperar la función articular y proporcionar un conjunto estable. Tomando como referencia la interlinea articular, el conjunto anatómico puede desplazarse proximalmente dejando una rótula baja, que clínicamente produce dolor y limitación a la flexión o desplazarse distalmente, un problema menos común, dando una rótula alta, lo que altera el mecanismo extensor y aumentando el riesgo de subluxación patelar.

Comentarios y conclusiones: La artroplastia de revisión de rodilla es una cirugía técnicamente exigente. La subluxación de rodilla tras este tipo de cirugía no es la más frecuente de las complicaciones y si provoca un mal resultado clínico y funcional de aquella. El diagnóstico es radiológico siendo sólo necesario el TC cuando la calidad de la técnica

radiológica es insuficiente. Existen múltiples opciones terapéuticas, en nuestra opinión la cirugía debe encaminarse a restaurar la alineación anatómica del aparato extensor.

CC-428. REPARACIÓN DEL APARATO EXTENSOR DE LA TIBIA EN PTR CON DESPRENDIMIENTO DE LA TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA

M. Rupérez Vallejo, C. Galindo Rubín, P. Galindo Rubín y L.S. Pérez Carro

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: Mujer de 78 años portadora de PTR que presenta en el postoperatorio una subluxación externa de la rótula tratada quirúrgicamente, y una posterior desinserción de la tuberosidad anterior que precisó reconstrucción con injerto autólogo.

Material y método: Paciente con prótesis LCCK por artrosis severa con genu valgo, con dolor postoperatorio y déficit de extensión diagnosticándose subluxación externa de rótula. Se decidió intervención quirúrgica con osteotomía y reanclaje de la tuberosidad anterior de tibia con cerclaje y tornillo. Tras 6 meses de rehabilitación con mejoría progresiva, aunque poca fuerza en extensión, se produce una desinserción de la tuberosidad anterior tibial. Se propone tratamiento con injerto autólogo tendón de Aquiles.

Resultados: Al año de evolución la paciente presenta buena reinserción de la TTA. A nivel funcional no se ha conseguido extensión completa y la fuerza en la extensión es débil.

Comentarios y conclusiones: Se trata de un caso poco frecuente de reparación del aparato extensor de rodilla por desinserción de la TTA en postoperatoria de osteotomía por subluxación de rótula. En nuestro caso ha habido un resultado estructural bueno pero un déficit en la extensión.

CC-429. EL RECAMBIO EN 2 TIEMPOS CON ESPACIADOR ARTICULADO DE CEMENTO CON ANTIBIÓTICO Y PRÓTESIS LCCK PARA PTR INFECTADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Kashihara¹ y K. Hasegawa Daimajin²

¹Hospital de Naze Tokushukai. Japón. ²Hospital General de Yao. Tokushukai. Japón.

Introducción y objetivos: La postoperatoria infección de PTR es una grave complicación que es difícil de tratar. Una paciente de crónica infección tras PTR primaria fue intervenida recambio en dos tiempos con espaciador articulado con cemento antibiótico.

Material y método: Mujer de 88 años se quejó de dolor de rodilla tras PTR que se le intervino hace 28 meses. La radiografía mostró radio-luencias de fémur y tibia y el cultivo del líquido articular resultó estafilococo coagulasa negativa. Se le diagnosticó infección crónica y se le intervino recambio en dos tiempos con espaciador articulado de cemento con antibiótico siguiendo el reemplazo de prótesis LCCK (Legacy Constrained Condylar Knee).

Resultados: A los dos años después del reemplazo la paciente deambula sin bastón ni dolor. La radiografía no presenta aflojamiento de prótesis ni reaparición de infección.

Comentarios y conclusiones: El uso de espaciadores articulados con cemento antibiótico permite mantener el largo de pierna, mejorar el balance articular de la rodilla, y movilizar activamente la rodilla a la espera del segundo tiempo quirúrgico disminuyendo la retracción ligamentosa y la contractura de partes blandas. El recambio con LCCK permitió una primera fijación rígida y una buena alineación de los componentes.

CC-430. LESIÓN OSTEOCONDRAL SECUNDARIA A LUXACIÓN DE RÓTULA EN PACIENTE JOVEN

D. Serrano Toledano, P. Barrena Sánchez, J.F. Lirola Criado, S. Tejero García, R. Moreno Domínguez, S. Chacón Cartaya, E.M. López Pliego y A. Amate Rivas

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Diversos estudios muestran la elevada incidencia de lesiones osteocondrales secundarias a luxación rotuliana en el paciente joven. Su forma de presentación como fallo articular asociado a hemartros y laxitud ligamentaria es frecuentemente motivo de errores diagnósticos. Nuestro objetivo es hacer especial hincapié en la sospecha de este tipo de lesiones ante la existencia de un hemartro de rodilla en el paciente joven.

Material y método: Se presentan 3 casos (2 mujeres y 1 hombre), con edades comprendidas entre los 14 y los 27 años que fueron atendidos de urgencia tras sufrir una torsión de rodilla. Tras evacuar hemartros se objetivan signos de laxitud ligamentaria (cajón anterior+, Lachmann +). No se aprecian hallazgos significativos en radiología simple. **Resultados:** En dos ocasiones, el paciente fue intervenido mediante artroscopia ante la sospecha de una rotura aguda del LCA observándose la integridad del ligamento y la presencia de una fractura osteocondral de cóndilo femoral externo. En el otro caso, la realización de RMN previa, confirmó la lesión, realizándose tratamiento conservador. El estudio posterior de las radiografías, la valoración del morfotipo y la exploración comparada de ambas rodillas orientaban hacia el diagnóstico.

Comentarios y conclusiones: Existe un alto porcentaje de lesiones osteocondrales secundarias a luxación rotuliana en el paciente joven con hemartros que son falsamente diagnosticadas de urgencia como lesión del LCA. Recomendamos evaluación minuciosa de la radiología simple y exploración comparada de ambas rodillas para realizar un correcto diagnóstico de la misma.

CC-431. LA RÁPIDA EVOLUCIÓN DE LA NECROSIS DE ÄHLBACK

E. Sirvent Díaz, A. Merino Rius, B. Rubio Gajo, S. Santana Zorrilla, E. Pradillos García, E. Martí Arasa, J. Nogales López y X. Mora Iter

Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

Introducción y objetivos: La necrosis idiopática del cóndilo femoral interno, o necrosis de Ählback, consiste en una patología poco frecuente y rápidamente progresiva que requiere de un estudio minucioso para la decisión del tratamiento más adecuado según el estadio en el cual se encuentre.

Material y método: Mujer de 63 años con antecedentes personales de psoriasis quién consulta en urgencias por gonalgia súbita sin antecedente traumático previo. Se practica radiología sin hallazgos significativos; se cataloga de artritis psoriásica siendo derivada a reumatología para su estudio y tratamiento. Dada la persistencia del dolor, tres semanas después regresa a urgencias y se practica nueva radiología, observando línea radiotransparente en cóndilo femoral interno sugestiva de osteonecrosis de Ählback grado II. Se trata mediante inmovilización inguinopédica y descarga total, y se deriva urgentemente a consultas externas de traumatología para control evolutivo. La paciente presenta una evolución tórpida, practicándose una RM que informa de evolución a estadio IV tras dos meses de tratamiento conservador.

Resultados: Dada la mala evolución con el manejo conservador, se decide tratamiento quirúrgico consistente en artroplastia unicompartmental de rodilla. Cinco meses después, la paciente se encuentra asintomática, libre de dolor, con buen balance articular y deambulación sin soporte.

Comentarios y conclusiones: La osteonecrosis de Ählback es una patología poco frecuente que requiere de tratamiento conservador en

estadios iniciales, pero tras el fracaso de dichas medidas, se prefiere un tratamiento más agresivo tal como la fijación quirúrgica del fragmento desprendido o la artroplastia de rodilla, preferiblemente unicompartmental.

CC-432. RUPTURA TARDÍA DEL TENDÓN CUADRICEPITAL POR INSERCIÓN EXCÉNTRICA DEL BOTÓN ROTULIANO EN PACIENTE PORTADOR DE PTR AFLOJADA

J. Ramoneda Salas, J.A. Hernández Hermoso, A. Sánchez González y R.C. Poy

Hospital de Terrassa.

Introducción y objetivos: La incidencia de la ruptura cuadricipital después de una prótesis total de rodilla, se ha estimado entre un 0,1% y un 2,5%. La supervivencia de la prótesis de rodilla en pacientes afectos de lupus es inferior que en artrosis primaria.

Material y método: Paciente de 69 años, afecta de lupus con protetización de rodillas y una cadera. Clínica: dolor rodilla derecha, inestabilidad y déficit de extensión de rodilla que imposibilita la deambulación. Movilidad pasiva de 0-. Radiográficamente se aprecia aflojamiento de componentes protésicos y horizontalización de rótula. Con ecografía se diagnostica una rotura del tendón cuadricipital y posible del rotuliano. Se realiza recambio de la PTR por prótesis LCCK de revisión. Se aprecia botón rotuliano que sobresale cranealmente 6-7 mm incidiendo sobre tendón cuadricipital con flexión de la rodilla. Se regulariza el componente rotuliano y se refuerza el aparato extensor con alioinjerto de tendón cuadricipital, rótula y tendón rotuliano según técnica de Dejour. En postoperatorio inmediato se inician ejercicios y se mantiene con férula en extensión diez semanas. Se autoriza carga a las 48h y RHB de trofismo.

Resultados: Al año de evolución, paciente asintomática, con rodilla normoaxada y estable. Balance articular activo de 0-110. Deambula sin ayudas por domicilio y con un bastón por la calle por la patología de base.

Comentarios y conclusiones: La rotura espontánea del tendón cuadricipital es una rara complicación generalmente asociada a enfermedades sistémicas. No hemos encontrado en la literatura ninguna referencia a rotura por inserción excéntrica del botón rotuliano. Entre las diferentes opciones reconstructivas del tendón del cuádriceps, el alioinjerto de aparato extensor es la opción que permitía el tratamiento simultáneo de la ruptura cuadricipital y la posible rotura de tendón rotuliano, que no se confirmó.

CC-433. PACIENTE CON FRACTURAS PERIPROTÉSICAS ALREDEDOR DE UNA PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

P. Guerra Vélez, D. García Fernández, J.M. Cano Egea, R. García Rodríguez, B. Gutiérrez Narvarte y A. Martín Fuentes

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: El incesante aumento de las prótesis totales de rodilla implica una posibilidad cada vez mayor de fracturas periprotésicas y la necesidad de conseguir tratamientos y técnicas quirúrgicas cada vez más efectivas.

Material y método: Paciente mujer de 77 años de edad a la que por gonartrosis izquierda se implanta una prótesis total de rodilla en junio de 2004. Un mes después la paciente sufre una caída casual y se produce una fractura periprotésica supracondílea de fémur distal izquierdo sin movilización de los implantes de la PTR. Se procede a osteosíntesis de la fractura mediante un clavo intramedular retrógrado corto con bloques tanto proximales como distales. La evolución de la fractura es satisfactoria con consolidación de la fractura sin aflojamiento de los componentes de la PTR. La punta del clavo llegaba aproximadamente a la mitad del fémur de la paciente. A los 4 años y

medio tras nueva caída la paciente sufre una nueva fractura en tercio medio de fémur izquierdo desde la zona de debilidad del bloqueo más distal del clavo. De nuevo es operada y por vía retrógrada se extrae el clavo intramedular y se pone otro más largo que llega al trocánter mayor.

Resultados: No hay ni aflojamiento ni desplazamiento de PTR. Se coloca ortesis externa larga. A los 2 meses y medio se permite la carga. Se pauta Forsteo® a los 7 meses postoperatorios, la fractura está consolidada y deambula con muletas sin dolor.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de las fracturas periprotésicas busca restaurar el estado funcional del paciente antes de la fractura. La etiología de las fracturas periprotésicas supracondíleas femorales es multifactorial y el tratamiento incluye inmovilización, enclavado retrógrado intramedular, reducción abierta y fijación interna y artroplastia de revisión. Las placas miniinvasivas recientemente se han añadido como opciones de tratamiento.

CC-434. LUXACIÓN ABIERTA DE RODILLA TRAS UN TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA

E. López Vinagre, L. Díez López, R. González Pacheco, A. Larrea Ruiz, J. Merino Pérez, M.A. Rodríguez Íñigo y G. Elorriaga Sagarduy

Hospital de Cruces. Bilbao.

Introducción y objetivos: La luxación traumática de rodilla es una lesión grave pero poco frecuente que suele ser consecuencia de un traumatismo de alta energía, y su importancia radica en que asocia afectación de las estructuras ligamentosas y en ocasiones lesión del nervio peroneo común y arteria poplítea.

Material y método: Se presenta el caso de un cazador que tras caer de una altura de 0,5 metros presenta una luxación abierta de rodilla izquierda sin fracturas asociadas. Se realiza una reducción inmediata en la sala de estabilización de la urgencia y se decide intervención quirúrgica urgente para limpieza, desbridamiento y colocación de fijador externo, después de haber sido descartada la presencia de lesión en la arteria poplítea por arteriografía.

Resultados: Tras seis semanas de inmovilización, se retira el fijador externo y se deriva al servicio de rehabilitación. 6 meses después la funcionalidad de la articulación es buena (según la escala Lysholm) y el paciente realiza las actividades de la vida cotidiana sin complicaciones.

Comentarios y conclusiones: La luxación de rodilla es una lesión poco común y que en escasas ocasiones se presenta como luxación abierta. El manejo requiere de una valoración urgente del estado arterial y una inmovilización precoz, preferiblemente con fijador externo. El seguimiento de los pacientes debe ser estrecho para evitar futuras complicaciones.

CC-435. OSTEOCONDITIS DISECANTE DE RODILLA CON AFECTACIÓN SIMULTÁNEA DE COMPARTIMENTO MEDIAL Y LATERAL. EVOLUCIÓN A 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO

M. Jordán Sales, F. Abat González, S. Cortés Alberola, M. Almenara Fernández, J.C. González Rodríguez, X. Aguilera Roig, F. Celaya Ibáñez y J.C. Monllau García

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona,

Introducción y objetivos: Se presenta un caso de presentación de osteocondritis disecante (OD) de rodilla con afectación simultánea de cóndilo femoral interno (CFI) y meseta tibial externa (MTE).

Material y método: Varón de 11 años que acude a consulta presentando gonalgia ocasional derecha con sensación de inestabilidad. Se realiza estudio radiográfico constatándose la existencia de una OD con doble localización simultánea de CFI y MTE. En estudio con Resonancia

Magnética (RM) se confirmó la doble OD presentando la lesión de CFI signos de inestabilidad. En cambio la afectación en MTE era estable. **Resultados:** Dada la edad del paciente y la clínica ocasional se realizó tratamiento conservador. Al año de seguimiento presentó reagudización de la clínica con dificultad para realizar actividad física, planteándose realizar artroscopia y efectuar perforaciones y/o fijación. En la preparación de la cirugía el paciente experimenta mejoría clínica, pudiendo reanudar actividad física sin problemas. Este cambio clínico se ha mantenido en el tiempo y en la actualidad a los 10 años de seguimiento el paciente está completamente asintomático. La evolución de la lesión tanto en radiografía como en RM ha sido a la desaparición de la lesión en CFI y la presencia de lesión quística subcondral sin afectación de la zona condral en MTE.

Comentarios y conclusiones: Es conocida la curación espontánea de la OD en el adolescente. Llama la atención este caso clínico por la doble afectación simultánea de los compartimientos internos y externos de la rodilla. Nos preguntamos si esta afectación quística subcondral residual en MTE podrá ser causa de clínica en un futuro. Estudiando la bibliografía y por la evolución del caso podemos reafirmar el tratamiento conservador de la OD en pacientes adolescentes.

CC-436. EXPERIENCIA CLÍNICA EN LUXACIÓN TIBIOPERONEA PROXIMAL AISLADA

O. Faour Martín, L. Olmos Molpeceres, A.A. León Andrino, P. Barrio Sanz, D.C. Noriega González y C. Simón Pérez

Hospital Clínico de Valladolid.

Introducción y objetivos: La luxación de la articulación tibioperonea proximal es una lesión poco frecuente, y menos común de forma aislada; la lesión aislada parece asociada a actividades de equitación y paracaidismo. Presentamos nuestra experiencia clínica.

Material y método: Estamos ante un paciente de 26 años, sin antecedentes de interés, que presenta dolor e impotencia funcional de la rodilla derecha de una hora de evolución sin antecedente traumático directo; el mecanismo de lesión referido es una rotación interna de la rodilla. La rodilla derecha se presenta con una flexión de 45 grados, con una deformidad lateral sobre peroné proximal; la flexoextensión es muy dolorosa y no existe derrame articular. El estado neurovascular distal está conservado. No hay dolor a la palpación en otras localizaciones del tobillo derecho. La radiología sólo evidenció una luxación anterolateral de peroné proximal. Se redujo la luxación, bajo anestesia local, ejerciendo tracción sobre el peroné proximal hacia medial y posterior. Se inmovilizó la pierna derecha con una férula posterior tres semanas.

Resultados: Tras la reducción de la luxación, el paciente permaneció en observación durante doce horas. Se objetivó la indemnidad neurológica distal y el paciente fue dado de alta. A los tres meses existe normalidad clínica y funcional.

Comentarios y conclusiones: Para el tratamiento de esta afección, suele ser suficiente la reducción cerrada; la evolución suele ser satisfactoria y la aparición de artritis poco frecuente. El empeoramiento neurológico requiere la exploración del nervio peroneo; Se considera la resección del peroné proximal en luxaciones crónicas.

CC-437. COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA SMILLIE PARA LUXACIÓN RECIDIVANTE DE RÓTULA Y SU RESOLUCIÓN. ESTUDIO COMPARATIVO

V.E. Gómez Palacio, M.L. López de Dicastro Roldán y J.J. Gay-Pobes Vitoria

Hospital San Pedro. Logroño.

Introducción y objetivos: La luxación recidivante de rótula es una alteración dinámica del aparato extensor que afecta con frecuencia a

los jóvenes. El origen patogénico implica anomalías estructurales o desequilibrios musculares. El tratamiento en principio puede ser conservador (rehabilitador, ortesis...) pero cuando fracasa se toma una decisión quirúrgica. Entre las opciones quirúrgicas, están; resección de alerón externo rotuliano, realineación proximal, realineación distal o combinación de éstas.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de los 23 pacientes intervenidos por luxación recidivante de rótula mediante realineación distal (técnica de Smillie) entre los años 2003 a 2007, con un seguimiento mínimo de un año. En los que analizamos las complicaciones encontradas tanto precoces y tardías, y la resolución de las mismas.

Resultados: En el análisis realizado encontramos entre las complicaciones precoces un único caso de hematoma superficial en el postoperatorio inmediato, que se resolvió. No encontramos ni infección, ni sinovitis, ni dehiscencia de sutura. En cuanto a las complicaciones tardías, encontramos 2 casos de cicatriz queloide, ningún caso de rigidez articular, y 2 casos de fracaso de la técnica, con desprendimiento del fragmento óseo medializado. Estos casos se solucionaron con nueva osteosíntesis del fragmento que no han fracasado con el paso del tiempo.

Comentarios y conclusiones: La luxación recidivante de rótula es una patología, que tiene más de 100 técnicas quirúrgicas diferentes, encaminadas para la alineación correcta del aparato extensor. Encontramos diferentes artículos que defienden con buenos resultados las diferentes técnicas incluso combinación de ellas, pocas veces se describen complicaciones con el desprendimiento del fragmento óseo como en nuestro estudio y su resolución. Es importante el tratamiento de esta patología para evitar una patología degenerativa precoz en los pacientes jóvenes.

CC-438. ARTRODESIS DE RODILLA EN INFECCIÓN DE PTR TRAS RAFI DE FRACTURA DE RÓTULA

E. Escribano Landa, J.T. Aurrekoetxea Vivar, K. Ruiz de Gopegui Aramburu, I. Uriarte Llano, A. Diego García y J.L. Martínez de los Mozos

Hospital de Galdakao. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La fractura de rótula es una complicación rara en la artroplastia de rodilla, y si precisa RAFI, aumenta el riesgo de infección en la PTR. En la prótesis infectada la artrodesis es una opción de tratamiento.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 77 años, con artritis reumatoide poliarticular en tratamiento con corticoides y polimedicada, que tras una caída sufrió una fractura desplazada intraarticular de rótula sobre PTR derecha. Fue intervenida, realizándose RAFI de la fractura. Un tiempo después, presentó infección aguda purulenta de la PTR, realizándose desbridamiento-limpieza e instaurándose tratamiento ATB. Tras valorar el caso y los antecedentes personales, y dado que apenas caminaba, optamos por realizar artrodesis de dicha rodilla como tratamiento definitivo.

Resultados: Tras casi cuatro años desde la artrodesis (diciembre 2005), la paciente se encuentra satisfecha, sin dolor y sin datos de infección.

Comentarios y conclusiones: La fractura rotuliana periprotésica, aunque rara y predominantemente postoperatoria, quizás sea la fractura que más frecuentemente complica la artroplastia total de rodilla. Su tratamiento quirúrgico suele tener malos resultados, con altas tasas de complicación (mayor riesgo de infección...) y escasa mejoría funcional. La artrodesis, es una opción de tratamiento en la artroplastia infectada, aunque habitualmente no suele ser el tratamiento de primera elección. Una buena solución, ante una infección incoercible de PTR tras una fractura patelar operada, sería la artrodesis de rodilla.

CC-439. RECONSTRUCCIÓN Y ALARGAMIENTO MEDIANTE TÉCNICA CUDIVILLA DE RUPTURA INVETERADA DE TENDÓN CUADRÍCIPITAL

J. Hoyos Cillero, A. Ikerza Maya, A. Izaguirre Zurinaga,
I. Gorostiaga Mendia y A. Hernaiz Alzamora

Hospital de Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: Las rupturas del tendón cuadripcital suponen una solución de continuidad del aparato extensor de la rodilla; ocurren en pacientes deportistas y con metabolopatías asociadas. Clínicamente son fáciles de diagnosticar dada la pérdida de potencial extensor de la extremidad inferior que presentan, sin embargo en ocasiones pueden pasar desapercibidas o confundirse con cuadros clínicos de lesión muscular cuadripcital.

Material y método: Presentamos el caso de clínico de un varón de 76 años de edad, con pluripatología, incluyendo diabetes mellitus e hiperuricemia y polimedicado, incluyendo diversos anticoagulantes, que tras caída casual comienza con dolor e impotencia funcional de rodilla, siendo diagnosticado clínicamente y con ecografía, de rotura muscular y hematoma postraumático. Posteriormente, reevaluado al de varias semanas, se apreciando dificultad para la extensión activa de la extremidad, que progresó, hasta imposibilitar completamente dicha maniobra. Tras nuevo estudio ecográfico y resonancia magnética nuclear, al de 3 meses del traumatismo inicial, se evidencia ruptura completa de tendón cuadripcital, procediéndose a reconstrucción y alargamiento del mismo mediante técnica Cudivila, y posterior inmovilización.

Resultados: El postoperatorio transcurre sin complicación alguna; el paciente es reevaluado en consulta progresivamente, realizándose retirada de la inmovilización a las 6 semanas y comenzando con el proceso rehabilitador. El rango de movilidad del paciente aumenta de manera progresiva hasta lograr a los 6 meses tras la cirugía, una extensión activa prácticamente completa, y una flexión activa cercana a los 100°, así como una deambulación sin soporte externo alguno.

Comentarios y conclusiones: Las rupturas inveteradas de tendón cuadripcital, son lesiones raras, que comprometen la función del aparato extensor de la extremidad inferior. Precisan de reparación quirúrgica, siendo a menudo necesario el empleo de técnicas quirúrgicas de alargamiento que permitan recuperar una adecuada longitud tendinosa para lograr una correcta funcionalidad, como por ejemplo la técnica Cudivila.

CC-440. CONDROMATOSIS SINOVIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Almenara Fernández, S. Cortés Alberola, M. Jordán Sales,
J.C. González Rodríguez, X. Aguilera Roig, F. Celaya Ibáñez
y J.C. Monllau García

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: La condromatosis sinovial es una enfermedad proliferativa idiomática. Se produce una metaplasia cartilaginosa de la membrana sinovial de las articulaciones, bolsas serosas o vainas tendinosas. Se forman nódulos que se pediculan y desprenden, dando lugar a cuerpos libres intraarticulares. Predomina en varones de 20-50 años. Generalmente es monoarticular, afectando rodillas, caderas y codos. Puede comportarse asintomáticamente o producir dolor articular intermitente, derrame, rigidez y limitación del movimiento. Menos del 50% de casos se diagnostican mediante radiografía. Ello dependerá del grado de mineralización nodular, calcificación y osificación encondral existente. La TC y RMN detectan el número de nódulos y cuerpos libres, delimitando su extensión e identificando enfermedades articulares asociadas. En casos sintomáticos emplearemos la exéresis artroscópica de los condromas como mejor opción terapéutica.

Material y método: Varón de 26 años con gonalgia, tumefacción, derrame articular y bloqueo mecánico de la extensión. Rx: Masas libres irregulares radiopacas intra y extraarticulares. Aumento partes blandas. RMN: Cuerpos libres intra y extraarticulares suprarrotulianos,

en zona intercondilea anterior y cara posterior de rodilla. Se realiza extirpación artroscópica de los cuerpos libres.

Resultados: Dos días después de la intervención, el paciente es dado de alta a domicilio, con buena tolerancia a la rehabilitación.

Comentarios y conclusiones: Se recomienda abstenerse terapéuticamente cuando la patología sea asintomática. En casos sintomáticos, se realizará una extirpación artroscópica de los cuerpos intraarticulares asociada o no a una sinovectomía. A pesar de la infrecuencia y naturaleza benigna de esta patología, puede malignizar y producir una degeneración sarcomatosa. La resección de estas lesiones suele dar excelentes resultados con completa resolución de los síntomas.

CC-441. GONALGIA ATRAUMÁTICA EN PACIENTE VIH

M. Rojo Remírez, C. Resines Erasun y J.A. Zafra Jiménez

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: La asociación dolor de rodilla, osteonecrosis e infección por VIH es un tema en estudio para el que se han planteado distintas teorías etiológicas.

Material y método: Se plantea el caso clínico de un varón de 46 años con dolor de rodilla izquierda y derrame articular de repetición de 4 meses de evolución. Como antecedentes personales presenta: VIH +, VHC +, broncopatía crónica, tuberculosis pulmonar antigua y aspergiloma pulmonar. A la exploración presenta atrofia de cuádriceps y dolor a la palpación en interlínea interna. La artrocentesis presenta características de líquido inflamatorio. La Rx revela la presencia de línea de fractura osteocondral en cóndilo femoral interno con osteoporosis en ambos cóndilos y ambas mesetas. La CT y la RMN confirman la presencia de una línea de fractura osteocondral en cóndilo femoral interno grado III y lesión osteocondral grado II en cara posterior de cóndilo femoral externo y esclerosis subcondral y osteoporosis parcheada que afecta a ambas mesetas tibiales. El diagnóstico fue confirmado por biopsia. Tras fracasar el tratamiento conservador se indica artroplastia total de rodilla a los 6 meses de seguimiento.

Resultados: Tras 10 días de ingreso es dado de alta hospitalaria. A los 12 meses de seguimiento el paciente presenta una flexión de 110° y extensión completa, no refiere dolor en rodilla y deambula de forma autónoma.

Comentarios y conclusiones: En todas las formas de osteonecrosis subyace la isquemia como factor común. Tanto la TAC como la RM y la gammagrafía permiten un diagnóstico precoz pero la biopsia permite un diagnóstico definitivo. Estudios recientes sugieren que la infección por VIH puede predisponer a osteonecrosis. El mecanismo más probable es la existencia de trombosis en cuyo origen pueden estar implicados anticuerpos anticardiolipina o una deficiencia adquirida de la proteína S.

CC-442. GIGANTE GANGLIÓN INTRAÓSEO EN CÓNDILO FEMORAL DISTAL TRATADO CON CEMENTO NORIA®

R. Lax Pérez¹, A. Lax Pérez², A. Fuentes Díaz¹, F. Lajara Marco¹,
J.E. Salinas Gilabert¹, A. Gracia Gálvez¹ y J.A. Lozano Requena¹

¹Hospital Vega Baja. Orihuela. ²Hospital Santa María del Rossell. Cartagena.

Introducción y objetivos: Los gangliones intraóseos son lesiones seudotumorales de naturaleza quística poco frecuentes. Por su localización yuxtaarticular precisa hacer el diagnóstico diferencial con lesiones tumorales de localización epifisiarias. Presentamos el caso de una mujer de 28 años con sd. de Down, con un ganglion intraóseo gigante, que ocupa cóndilo femoral interno y externo, con origen en ligamento cruzado posterior.

Material y método: Mujer de 28 años con sd. de Down que presenta dolor en rodilla que aumenta con la deambulación, y con la flexo-extensión forzada, presentando claudicación en la marcha. Se completa el estudio con Rx, TAC, RMN y gammagrafía Tc-99m, delimitando la

extensión de la lesión, diagnóstico de ganglión intraóseo gigante y determinando su origen en LCP.

Resultados: En quirófano BAR e IP por vía antero-medial de rodilla, se realiza ventana ósea en cóndilo femoral interno, visualizando el contenido mucinoso. Se realiza curetaje de la lesión y relleno del defecto con cemento tipo Nora®. A las 48 horas se inicia la carga precoz y flexo-extensión activa de la rodilla. Al mes la paciente tiene balance articular completo de la rodilla y deambulación sin dolor.

Comentarios y conclusiones: Son lesiones seudotumorales poco frecuentes de localización yuxtaarticular, siendo raros en la rodilla. Su interés reside en: que forman parte del diagnóstico diferencial de lesiones tumorales de localización epifisiaria y al alto riesgo de fractura por el gran tamaño de la lesión. Es controvertido en el tratamiento, si debe asociarse relleno del defecto cavitario tras el curetaje y qué material es el ideal para ello. Consideramos que el relleno con cemento de apatita carbonata, en pacientes poco colaboradores, es una buena opción de tratamiento, permitiendo la carga precoz y evitando la comorbilidad asociada a la utilización de injerto.

CC-443. AFLOJAMIENTO ASÉPTICO DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Tejero García, A. Liñán Padilla, M. López Pliego, M. Anaya Rojas y P. Barrena Sánchez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los materiales utilizados para la arthroplastia total de rodilla (PTR) pueden provocar una respuesta inmune exagerada, cuyo papel en los resultados de la arthroplastia es todavía incierto. La historia médica de alergia a metales parece ser un factor de riesgo para la movilización de los implantes. La incidencia poblacional de alergia a metales se estima en un 3-8%.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 67 años con alergia a la penicilina a la que se le implantó una prótesis total de rodilla primaria tipo Performance en los HH.UU. Virgen del Rocío de Sevilla. Esta prótesis primaria fue sustituida a los dos años por una prótesis tipo Performance de revisión debido a un aflojamiento séptico. Al año de evolución tras la prótesis de revisión comienza con dolor generalizado en la rodilla, sin fiebre ni signos flogóticos en la rodilla intervenida. Pero es ostensible en las radiografías signos de osteólisis alrededor del vástago tibial con aparente movilización del implante. Ante el dolor incapacitante de la paciente se decide nuevo rescate quirúrgico, implantándose nueva prótesis de revisión tipo Legion de Oxinium, Smith&Nephew® cuyo componente femoral era de zirconio oxidado. Se utilizó una cementación de alta densidad lo menos alergénica posible.

Resultados: Pasado un año de la última intervención la paciente se encuentra asintomática, deambula sin bastones y con un balance articular aceptable (0-130°). Las pruebas epicutáneas de alergia a metales fueron positivas para el sulfato de níquel y cloruro de cobalto.

Comentarios y conclusiones: Ante un aflojamiento aséptico precoz el cirujano ortopédico debe sospechar la intolerancia a metales. Ante pruebas epicutáneas positivas para titanio, cobalto, cromo, molibdeno... debe plantearse, en caso de indicación de prótesis total de rodilla, la necesidad de implantar materiales con poca o nula capacidad antigénica como el zirconio oxidado.

CC-444. ROTURA DEL APARATO EXTENSOR EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Espina Flores, E. Aranda Izquierdo, I. Neira Borrajo y R. Llopis Miró
Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón rotuliano en pacientes con prótesis total de rodilla es una complicación infrecuente (0,1 a

1%) pero grave. Puede romperse a nivel de la TTA, en el espesor del tendón o en su inserción en la rótula. La causa más frecuente es la lesión o el debilitamiento del mismo durante la cirugía. Se han descrito múltiples técnicas de reparación del mismo.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente intervenida de una prótesis total de rodilla, tipo Profix cementada, que 5 días tras la cirugía sufre una caída, refiriendo dolor y dificultad para la extensión. Con el diagnóstico de rotura del tendón rotuliano se decide nueva intervención quirúrgica. En quirófano se confirma la rotura del tendón a nivel del polo inferior de rótula, observando además una movilización del componente femoral de la prótesis. Se decide recambiar el componente femoral por el componente de revisión del mismo modelo protésico, cementado con vástago y reparar el tendón rotuliano mediante puntos transósseos a la rótula. Se autorizó carga parcial a las 6 semanas y se mantuvo con inmovilización en extensión durante 12 semanas, autorizando la flexo-extensión progresivamente desde ese momento.

Resultados: La paciente evolucionó favorablemente, camina sin bastones y el balance articular es de 0°-85°, lo que le permite realizar todas las actividades de la vida diaria.

Comentarios y conclusiones: El buen alineamiento y rotación de la PTR, más una buena técnica quirúrgica, son los factores más importantes para evitar las catastróficas complicaciones de la rotura del tendón rotuliano. Una vez ocurrida, los objetivos son restaurar la función del mecanismo extensor permitiendo una buena movilidad, para lo cual se han desarrollado múltiples técnicas quirúrgicas, con resultados variables.

CC-445. RODILLA PROTÉSICA ANQUILOSADA EN EXTENSIÓN DE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN. CASO CLÍNICO

O. Faour Martín, T. Ruiz Valdivieso, V. García Virtó, P. Barrio Sanz y J. Palencia Ercilla

Hospital Clínico de Valladolid.

Introducción y objetivos: La disminución en la amplitud de movimientos de una articulación protésica puede deberse a la escasa colaboración del paciente. No obstante la anquilosis de rodilla protésica es infrecuente.

Material y método: Paciente de 79 años, cardiópata, obeso, en tratamiento crónico con sintrom. Hace cinco años fue intervenida en otro centro de arthroplastia total de rodilla derecha. Ingresa en nuestro hospital con el diagnóstico de anquilosis de rodilla protésica derecha en extensión de cuatro años de evolución. No existe derrame articular ni alteraciones en la piel, la palpación no es dolorosa y existe anquilosis en extensión. La paciente estaba afebril y la analítica fue normal. La radiología no evidenció patología ósea significativa. Se programa la cirugía, utilizando el abordaje previo parapatelar medial. Por la gran fibrosis, tras la cuadriceplastia en V invertida, fue necesaria una importante liberación pericondilar interna y externa por lo que se utilizó para el recambio una prótesis de charnela rotacional.

Resultados: Dos meses tras la cirugía, la flexión activa era de 90°, no dolorosa; la extensión pasiva era completa y la activa presentaba un déficit de -20°.

Comentarios y conclusiones: Una flexión de rodilla de al menos 90°, es necesaria para poder sentarse o bajar escaleras. Una rodilla rígida presenta retracción y fibrosis del cuádriceps, y aunque se consiguiese una buena movilidad intraoperatoria, es difícil de mantener en el postoperatorio. No es infrecuente la temida complicación intraoperatoria de rotura del tendón rotuliano o su arrancamiento de la tuberosidad tibial.

CC-446. TRATAMIENTO GENU VALGO ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Laredo Rivero¹, F. Polo Simón², J.F. Fajardo Romero¹, P. Menéndez Martínez¹, R. Cibantos Martínez¹, R. Parrón Cambero¹, A. Santacruz Arévalo¹ y M.A. Gómez Bermejo¹

¹Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ²Hospital del Tajo. Aranjuez.

Introducción y objetivos: El genu valgo constituye un motivo de consulta habitual durante la infancia y adolescencia. La mayoría son variantes fisiológicas de la normalidad y no precisan tratamiento. En pacientes jóvenes con actividad elevada, artrosis precoz y limitada al compartimiento externo sintomática, en ausencia de inestabilidad y valgo mayor de 7-10 grados se indicado una osteotomía varizante antes de realizar una sustitución protésica. Proponemos un caso ejemplo de una técnica cada vez más en desuso.

Material y método: Mujer de 38 años con gonalgia bilateral de años de evolución. A la exploración evidenciamos un genu valgo marcado bilateral, dolor en el compartimiento lateral con maniobras meniscales negativas y ausencia de inestabilidad. Se decide tratamiento quirúrgico mediante osteotomía de cierre en fémur distal mediante placa de compresión en ambos miembros.

Resultados: Los resultados a 5 meses de la última cirugía arrojan una alineación de los miembros cercana a 0°, con consolidación total de las osteotomías y con mejoría clínica de la paciente.

Comentarios y conclusiones: Tenemos amplia experiencia en la utilización de la sustitución protésica de rodilla y dados los buenos resultados de la misma podemos sobreindicar esta cirugía. Tanto en las desalineaciones en varo o en valgo de rodilla, no debemos olvidar procedimientos como las osteotomías para casos seleccionados en los cuales podemos conservar su articulación por un elevado número de años.

CC-447. LUXACIÓN INVETERADA TIBIOFIBULAR PROXIMAL AISLADA

R.Y. Santana Suárez¹, L. Valencia Sola², F. Martín García¹, J. Quintana Redondo³, J. Caballero Martel¹, J.P. Rodríguez Álvarez¹, L. García Bordes⁴ y A. Rodríguez Hernández¹

¹Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. ²Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria. ³Hospital Materno Infantil de Gran Canaria. ⁴MC-Mutual. Barcelona.

Introducción y objetivos: La articulación tibio-peronea proximal consiste en una articulación rodeada por una cápsula llamada diartrosis formando un articulación bastante rígida. En pacientes con dolor e inestabilidad en rodilla puede ser encontrada una inestabilidad de la unión tibio-peronea proximal. En estos casos los movimientos anormales de la cabeza del peroné son palpables y visibles. Pueden ser demostrados con radiología dinámica.

Material y método: Se describe el caso de un hombre de 28 años soldado y surfista sin antecedentes patológicos de interés que acude a consulta por dolor en rodilla derecha de 3 años de evolución tras traumatismo en rodilla que no recuerda muy bien. El dolor aumenta en carrera. En la exploración física de la rodilla a primera vista se ve sobresalir la cabeza del peroné posteriormente delimitamos un punto doloroso sobre el peroné y al forzar la luxación se mueve muy fácilmente. La radiografía anteroposterior que no nos muestra luxación. Se pauta rodillera que estabiliza la articulación y tratamiento con preparación rica en factores de crecimiento.

Resultados: El paciente ha evolucionado satisfactoriamente y se ha reducido el dolor en la rodilla aunque presenta todavía ciertas molestias a la carrera.

Comentarios y conclusiones: La enfermedad es poco frecuente y puede pasar por desapercibido con relativa facilidad. Las pruebas complementarias si no están dirigidas hacia esa patología tampoco nos ayudan. Vemos la importancia de exponer este caso por la escasa

frecuencia de aparición de esta patología y por su frecuente desconocimiento, a parte por el tratamiento empleado que nos ha dado beneficios en el paciente.

CC-448. ROTURA DE TENDÓN CUADRÍCIPITAL: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

S. Rebollo González, C. Bejarano Lasunción, J. Muñoz Marín, D. Iglesias Aparicio, J. Ripalda Marín, R. Cardona Malfey, G. González Peirona y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón cuadrípcital es una entidad poco común, propia de varones obesos mayores de 50 años aunque también pueden aparecer en jóvenes sometidos a fuertes solicitudes del aparato extensor o con tendón patológico (DM, hiperparatiroidismo, corticoides, gota, insuficiencia renal). Se exponen a continuación dos casos de rotura de tendón cuadrípcital en personas sin antecedentes de estas enfermedades debilitantes del colágeno.

Material y método: Se trata de una mujer de 85 años hipertensa y un varón de 43 años con antecedentes de rotura de bíceps distal hace 10 años e intervenido de hernia discal L5-S1, hernia inguinal y CAR que tras un traumatismo en la rodilla de una semana de evolución son atendidos en urgencias con derrame, incapacidad para extender la rodilla y un hachazo en musculatura cuadrípcital sugestivo de rotura de la misma que es confirmada mediante una ecografía. Son intervenidos quirúrgicamente realizándose una reinserción tendinosa con 4 puntos en "U" de Fiberuire del 5 transóseos y férula posterior.

Resultados: Al mes y medio se les retiró el yeso y comenzaron a realizar ejercicios de flexo-extensión de la rodilla, siendo dados de alta definitiva a los 5 meses con un rango de movilidad de -5/100° y 0-110° respectivamente.

Comentarios y conclusiones: La rotura del tendón cuadrípcital suele pasar desapercibida por su baja incidencia lo que da lugar a alteraciones en la funcionalidad de extremidad inferior. Por ello, es fundamental no olvidarla y que la reparación se realice precozmente (hasta 2 semanas después de la lesión) para conseguir resultados buenos o excelentes (rango de movimiento de 0-120°), sea cual sea la técnica usada. Es frecuente, sin embargo, que los pacientes sufren atrofia de la musculatura cuadrípcital.

CC-449. GONALGIA PROGRESIVA EN PACIENTE CON DEFORMIDAD EXTRAARTICULAR FEMORAL Y ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PREVIA

S. Bartolomé García, A. Moreno Velasco, P.J. Torrijos Garrido, J. Jiménez Cristóbal, C. Ortega Sánchez, M. Zurrón Lobato, A. Ortega Briones y A. Guijarro Valtueta

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: La presencia de una deformidad femoral extraarticular en varo en un paciente que va a ser sometido a un remplazo total de rodilla es una complicación poco frecuente. El objetivo principal del recambio protésico es conseguir un buen alineamiento del miembro, restableciendo el eje mecánico para disminuir la demanda funcional sobre el material protésico y evitar un fracaso prematuro del mismo.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 62 años con antecedente de fractura de 1/3 distal de fémur izquierdo en 1963 tras un accidente que requirió osteosíntesis con posterior retirada de material en otro centro. En julio de 2003 se implanta en nuestro hospital una artroplastia total de rodilla tipo LCK por gonartrosis tricompartmental. El paciente tuvo una buena evolución postoperatoria en las revisiones posteriores, acudiendo de nuevo a nuestra consulta en octubre de 2006, presentando dolor difuso en fémur distal e impoten-

cia funcional progresiva. Presenta una deformidad clínica femoral extraarticular en varo de 15°, contractura en flexión de 15° y flexión-extensión 90°/15°. Tras descartar etiología séptica del aflojamiento, se realiza recambio del componente femoral realizando una osteotomía de sustracción femoral de base externa e implantando componente femoral con suplementación de 2 hemibloques y vástago de 20 cm de longitud por 15 mm de diámetro consiguiendo una buena estabilidad rotacional.

Resultados: Cuatro años después de la intervención, presenta un balance articular de 95°/0°, refiriendo dolor ocasional. Los controles radiográficos son satisfactorios, con buen alineamiento en el plano coronal y signos de consolidación de la osteotomía.

Comentarios y conclusiones: Al enfrentarnos a una deformidad angular en un recambio protésico, la corrección extraarticular en un solo tiempo, realizando una osteotomía femoral de sustracción, e implantando una prótesis total de rodilla con vástago femoral es una buena opción.

CC-450. ABORDAJE POR EL FOCO DE FRACTURA PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURA FEMORAL EN ARTRODESIS DE RODILLA

V. León Muñoz, S. Urbelz Durán, F. Caigüelas Villa
y C. Hernández García

Hospital Vega del Río Segura. Murcia.

Introducción y objetivos: La artrodesis de rodilla es severamente limitante. Pocos pacientes se encuentran satisfechos, incluso con la mejor de las artrodesis. No obstante, es el procedimiento de rescate de última elección a emplear ante fracasos de otras alternativas quirúrgicas.

Material y método: Desde el año 2003 hemos practicado 9 artrodesis mediante clavo endomedular (4 varones y 5 mujeres) en los que se ha empleado en 7 casos el sistema Wichita (Stryker), y en 2 casos (en pacientes alérgicas a níquel) clavos que se extienden desde el tercio proximal femoral hasta el distal tibial (Zimmer y Biomet). Se ha empleado, en alguno de los casos, injerto óseo para minimizar la hipometría y BMP. En todos los casos se ha realizado la intervención en dos tiempos (espaciador con cemento y antibiótico como primer tiempo y cirugía definitiva tras la normalización de los parámetros analíticos).

Resultados: El caso que nos ocupa corresponde a una paciente de edad avanzada, portadora de osteosíntesis por fractura pertrocantérea ipsilateral, en el que se opta por la artrodesis en dos tiempos por presentar la paciente aflojamiento séptico de ATR izquierda con severa inestabilidad y escasa reserva ósea. Se emplea el sistema Wichita. A las 4 semanas del segundo tiempo, la paciente presenta fractura diafisaria oblicua corta femoral izquierda.

Comentarios y conclusiones: Con el fin de obviar el desmontaje de la reciente artrodesis, se evita el abordaje de la rodilla y se retira el clavo de Wichita por el foco de fractura, estabilizándose la extremidad mediante sistema endomedular encerujado (Biomet).

CC-451. A PROPÓSITO DE UN CASO: FALLO MECÁNICO DEL COMPONENTE TIBIAL PROTÉSICO

J.M. Martín Enrique, D. Borrego Ratero, D. Pescador Hernández,
S. López Alonso, C. Corchado Villalba, J.A. Amores Solano
y R. González Alconada

Hospital Virgen de la Vega. Murcia.

Introducción y objetivos: El fallo mecánico de un componente protésico se observa generalmente como una complicación tardía de la artroplastia total de rodilla. Como causas de este fallo mecánico cabe destacar la deficiencia de los huesos y la inestabilidad severa de ligamentos. Un mal posicionamiento inicial de los componentes, acen-

tado por factores como el sobrepeso, sexo masculino, osteoartritis, etc. también pueden ser el desencadenante del fallo del material protésico.

Material y método: Varón de 74 años, con antecedentes de artroplastia total de rodilla cementada bilateral de más de 10 años de evolución, que a acude a consultas externas con dolor progresivo e impotencia funcional en rodilla derecha. En la exploración física se aprecia una rodilla dolorosa acentuada con maniobras de valgo. La Rx muestra una osteólisis proximal de tibia junto con rotura del componente tibial protésico.

Resultados: Se llevó a cabo un recambio de PTR, apreciándose al realizar la artrotomía una gran metalosis que tras amplia limpieza permitió retirar un polietileno desgastado y un platillo tibial roto.

Comentarios y conclusiones: El mal posicionamiento inicial de una PTR y el posterior desgaste prematuro del polietileno junto con una enfermedad por partículas derivó en una osteólisis proximal de tibia que originó la rotura del material protésico por fatiga.

CC-452. LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Pena Paz, A. Sánchez Parada, M. Bravo Pérez,
J. Riego Fernández, B. Longo Rubio, R. Visiedo Robles,
L. Ibáñez Martín y L.A. Quevedo García

Hospital Xeral-Calde. Lugo.

Introducción y objetivos: La luxación de rodilla es una lesión infrecuente pero devastadora que se acompaña de lesiones vasculares ó nerviosas que requieren un tratamiento inmediato. El mecanismo de producción suele ser traumatismos de alta energía, constituyendo el 0,02% de las lesiones en traumatología. Nuestro objetivo es destacar la importancia de esta patología dada la gravedad de la que puede acompañarse.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer 63 años que sufre un traumatismo de alta energía presentando dolor e impotencia funcional de ambas extremidades inferiores además de una importante deformidad de la rodilla derecha. Mediante pruebas radiológicas se comprueba la existencia de una luxación anteromedial de rodilla derecha, la cual se reduce bajo anestesia raquídea en quirófano y se inmoviliza con una férula inguinopédica. Posteriormente mediante RMN se comprueba rotura completa del LCP y el LCL, rotura incompleta del LLI y rotura del menisco interno decidiéndose tratamiento conservador mediante inmovilización con ortesis durante 6 semanas y posterior inicio de rehabilitación.

Resultados: La evolución de la paciente cursó sin complicaciones encontrándose actualmente en periodo de rehabilitación.

Comentarios y conclusiones: La luxación de rodilla es una patología poco frecuente y de importante gravedad, debido a la lesión vascular de la que se puede acompañar. Por ello, la realización de una arteriografía es fundamental para valorar el posible tratamiento a realizar.

CC-453. TUMORACIÓN MULTILOBULADA DE RODILLA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A. Chiquillo Llauradó, V. López de Frutos, E. Valera Costa,
M. Alsina Pujol y G. Calbet Montcusí

Hospital Universitario Sant Joan. Reus.

Introducción y objetivos: Diagnóstico diferencial de lesiones sinoviales en grandes articulaciones. La sinovitis villonodular pigmentada se caracteriza por una proliferación inflamatoria de la sinovial asociada a depósitos de hemosiderina. Cuando se origina de vainas tendinosas se denomina tumor de células gigantes. Éste tiene dos presentaciones, la nodular y la difusa o de grandes articulaciones.

Material y método: Paciente de 32 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedente de neumotórax espontáneo hace 15 años. Presenta derrames recurrentes no filiados de rodilla desde hace 4 años. A la exploración presenta un empastamiento sinovial sin signos inflamatorios ni dolor, con un balance articular de 0-120°. La RMN informa de hallazgos compatibles con sinovitis villonodular pigmentada. Se estudia el diagnóstico diferencial de lesiones localmente agresivas de presentación atípica que afectan a grandes articulaciones.

Resultados: Se decide realizar cirugía para exéresis de la lesión, con un resultado posterior de la anatomía patológica que informa de tumor de células gigantes tipo nodular. Con un curso operatorio sin incidencias, actualmente la paciente se encuentra asintomática con un balance articular de 0-140° y libre de enfermedad a los dos años del diagnóstico.

Comentarios y conclusiones: El tumor de células gigantes es uno de los tumores que causan más controversia y son imprevisibles en su comportamiento clínico. Habitualmente se localizan en huesos largos con afectación de las epífisis y localización excéntrica, de forma menos frecuente también afectan a tejidos blandos o al espacio articular. Entidad localmente agresiva a considerar en el diagnóstico diferencial de lesiones en grandes articulaciones, tratándose de una neoplasia de bajo grado de malignidad con una alta tasa de recidiva.

CC-454. REVISIÓN A MEDIO-LARGO PLAZO EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LCA

G. Oliver Far, P. Monsonet Villa, C. Serrano Expósito y F. Portabella Blavia

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: La lesión del LCA tiene una elevada prevalencia en pacientes jóvenes deportistas. La alteración tanto biomecánica como propioceptiva está bien demostrada siendo la reconstrucción el tratamiento de elección. La evolución a largo plazo sigue siendo controvertida en cuanto a la evolución hacia la artrosis. Objetivo: analizar a largo plazo el estado articular desde el punto de vista radiológico como funcional.

Material y método: Todos los pacientes fueron tratados con reconstrucción articular por vía artroscópica realizando mismo protocolo de rehabilitación. Se efectúan controles al año y > 4 años con análisis radiológico y test clínico Lysholm e IKDC.

Resultados: La mayoría de pacientes realizan vida diaria normal, aunque no manteniendo la misma actividad deportiva, los test clínicos demuestran mejoría aunque no se correlacionan con la estabilidad objetivada en el test de Lachman y pivot shift. La evaluación radiológica final no demuestra un estrechamiento articular ni aparición de osteofitos.

Comentarios y conclusiones: La estabilización articular mediante reconstrucción con injerto del LCA parece preservar la articulación de un pronto deterioro del cartílago y permite una actividad funcional aceptable.

CC-455. INFRAPATELLAR CONTRACTURE SYNDROME (SÍNDROME DE CONTRACCIÓN INTRARROTULIANA): REPORT DE UN CASO

A. Pascarella, F. Pascarella, M.G. di Salvatore, C. Latte y G. Parente

Laboratorio Chirurgia Artroscopica. Italia.

Introducción y objetivos: El síndrome de contracción intrarrotuliana no es una causa común de dolor y reducción de la movilidad después

de cirugía o traumas de la rodilla. Su tratamiento además de la dificultad técnica presenta muchas recidivas.

Material y método: Los autores relatan el caso de una paciente operada por ellos de una liberación lateral por una desalineación rotuliana y que desarrolló en el postoperatorio un síndrome de contracción infrarrotuliana que fue tratado por vía artroscópica.

Resultados: A la mesa de operaciones se obtiene la recuperación total de la flexo-extensión de la rodilla y de la movilidad de la rótula. La paciente sigue correctamente el protocolo postoperatorio que empieza inmediatamente con CPM asociada a la movilización pasiva de la rótula y carga inmediata. El resultado se mantuvo constante en el tiempo en control a los 48 meses desde la segunda intervención quirúrgica la paciente no sufre ningún dolor ni ninguna limitación funcional.

Comentarios y conclusiones: Descripto por Paulo et al. en 1987, el síndrome de contracción intrarrotuliana se define como una categoría especial de artrofibrosis de la rodilla por lo cual se sugirió el tratamiento quirúrgico a cielo abierto, pero con la mejora de las técnicas artroscópicas varios autores han descrito técnicas artroscópicas para el tratamiento de la artrofibrosis, refiriendo buenos resultados con buena recuperación de la movilidad y desaparición de la sintomatología dolorosa.

CC-456. ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES CON PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA TIPO DURACon II Y TRIATHLON

I. Alfonso Venzalá, J.M. García Sánchez y M. Rahmouni

Hospital Serranía de Ronda. Málaga.

Introducción y objetivos: La artrosis de rodilla es un importante problema de salud en la actualidad. Existen numerosas formas de tratamiento pero el único definitivo es la prótesis total de rodilla. Existen numerosos tipos de prótesis total de rodilla, en este trabajo vamos a analizar los resultados de dos de ellas: Duracon II y Triathlon. El objetivo es determinar si se produce mejoría en cuanto a calidad de vida y situación funcional de los pacientes sometidos a prótesis total de rodilla tipo Duracon II o Triathlon y si alguno de los parámetros (balance articular/escala WOMAC) mejora más con una prótesis que con la otra.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla. Seleccionamos a 100 pacientes, 50 a los que se le implantaron prótesis tipo Triatlón y otros 50 tipo Duracon II. Valoramos la situación clínica (escala WOMAC) y el balance articular antes y después de la cirugía.

Resultados: La valoración de la calidad de vida de los pacientes sometidos a artroplastia de rodilla según escala WOMAC puso de manifiesto una mejoría en los pacientes sometidos a dicha intervención tanto con una prótesis como con la otra, siendo el dolor el parámetro que más influye en la puntuación en dicha escala. De la misma forma se apreció una mejoría del balance articular, independientemente del tipo de prótesis.

Comentarios y conclusiones: Se aprecia una mejoría de la calidad de vida de los pacientes sometidos a prótesis total de rodilla tanto tipo Triathlon como Duracon II, sin que existan diferencias entre ambas. La mejoría del Balance articular también es algo que se cumple en la mayoría de nuestros pacientes, sin embargo no tenemos casuística suficiente para asegurar que una prótesis es mejor que otra.

CC-457. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN GONARTROSIS

A. Hernaiz Alzamora y J.I. Mínguez Benavente

Clinica Guimón. Bilbao.

Introducción y objetivos: Entre un 50-60% de personas entre los 65-70 años presenta algún tipo de discapacidad consecuencia de la

degeneración articular. Hasta un 90% en mayores de 80 años. Manifestado por dolor, inflamación, deformidades e inestabilidad articular que limitan sus actividades básicas diarias. La prevalencia e impacto de la artrosis de rodilla nos impulsó a desarrollar un protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento para su correcto manejo.

Material y método: Se realiza una anamnesis dirigida: edad, sexo, peso, lado afectado, características del dolor. Antecedentes personales locales (osteotomías, fracturas, ligamentoplastias o meniscopatías), existencia de prótesis en otras articulaciones, valoración de scores funcionales (Charlrey, Devane, KSS). Para la filiación de la artrosis se incorpora un cuadro diagnóstico local. Se realizan radiografías en 2 proyecciones para clasificar el tipo de artrosis, estadio y cálculo de ejes articulares. Valorando el grado de discapacidad del paciente y el estadio de su artrosis se recomienda un tratamiento personalizado. Los grados más incipientes iniciando medidas generales (ayudas a la vida diaria, tratamiento físico y ejercicio) con apoyo farmacológico si necesario. En grados intermedios se suplementa la farmacoterapia (Sysadoa y combinaciones analgésicas) y tratamiento local (viscocumplementación, plasma rico en factores de crecimiento). En grados avanzados se realiza artroplastia con navegador.

Resultados: La aplicación de un protocolo para el manejo de la gonartrosis facilita su correcto manejo. El resultado final es una mayor información y participación del paciente en su diagnóstico y tratamiento, con un índice de satisfacción final mayor.

Comentarios y conclusiones: No existe en la actualidad ningún tratamiento que cure la artrosis. El alivio de los síntomas, el retraso en su evolución y la mejora de la calidad de vida de los pacientes son objetivos que nos impulsan a su pronto diagnóstico y tratamiento. La creación de un protocolo de actuación ayuda al ortopeda al mejor manejo individualizado del paciente.

CC-459. RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA SINOVECTOMÍA EN SINOVITIS VELLONODULAR PIGMENTADA EN RODILLA Y SUS SECUELAS

L.M. Romero Muñoz, S. Cruz Morgande, J.R. Valentí Nin, L. Muñoz y A. Valentí Azcárate

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La sinovitis vellonodular pigmentada es una patología infrecuente que asienta predominantemente en rodilla. El objetivo de este estudio es valorar la evolución de los pacientes intervenidos por esta patología en rodilla en nuestro centro.

Material y método: Entre 1983 y 2007 se intervinieron en nuestro centro 20 pacientes con sinovitis vellonodular pigmentada en rodilla. 14 hombres y 6 mujeres. Se valoró tipo, tipo de cirugía, edad de inicio de síntomas, seguimiento, tiempo de recidiva, secuelas.

Resultados: El seguimiento medio fue de 5,7 años (1 y 26 años). El diagnóstico se confirmó en todos los casos por anatomía patológica. La edad media de inicio de síntomas fue de 34,8 años (12-77). En 5 casos se trataba de SNVP localizada y en 15 difusa. El primer tratamiento fue artroscópico en 12 casos y en 8 casos sólo cirugía abierta. En 4 casos se realizó sinovectomía total (3 abiertas y 1 artroscópica). Ningún caso de sinovectomía total recidivó. Recidivaron 10 casos de las sinovectomías parciales (5 casos intervenido mediante cirugía abierta y 5 mediante artroscopia). En 2 casos se realizó tratamiento adyuvante con Ytrio con buen resultado funcional a largo plazo. El tiempo medio de la recurrencia fue de 11 meses (6-60). La movilidad reducida se observó en 6 casos siendo la flexión de 95°. En los pacientes que no recidivaron el seguimiento medio es de 5 años con una correcta movilidad.

Comentarios y conclusiones: La artroscopia es el tratamiento de elección en las formas localizadas. Las formas difusas o mixtas tanto la cirugía abierta y la artroscópica (en manos expertas) dan resultados favorables a largo plazo.

CC-460. MOVILIZACIÓN PRECOZ Y REVISIÓN DE LA HEMOSTASIA EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. ¿INFLUYEN EN EL POSTOPERATORIO?

A. Chiquillo Llauradó, A. Ruiz Guillén, F. Pérez Moreno, V. Sentís Escamilla, E. Valera Costa y M. Alsina Pujol

Hospital Universitario Sant Joan. Reus.

Introducción y objetivos: Estudiar y comparar el beneficio que supone la rehabilitación precoz con Kinetech, si el inicio de la misma a las 24h o 48h tiene repercusión en el balance articular final. Valorar las diferencias en el sangrado postoperatorio en función del tipo de cierre quirúrgico y el inicio precoz de la rehabilitación.

Material y método: Estudio prospectivo aleatorizado no enmascarado con una N de 113 pacientes. Se han comparado grupos de pacientes en función de dos variables: el inicio 24h o 48h RHB y el cierre quirúrgico con smart o sin éste.

Resultados: Resultados poco predecibles son los que puede que den pie a discusión. Los pacientes que sangran más son los del grupo de inicio RHB a las 24h todo y revisando hemostasia antes cierre, son resultados estadísticamente significativos pero poco valorables clínicamente.

Comentarios y conclusiones: La rehabilitación precoz mejora el balance articular tanto con su inicio a las 24h como a las 48h. Si tenemos en cuenta las complicaciones como la rigidez y función a largo plazo los beneficios son claros. Pero cuando incluimos variables como el sangrado postoperatorio y la rapidez de recuperación vemos que este inicio precoz supone un mayor sangrado. Las medidas para controlarlo que hemos estudiado no aclaran esta evidencia. Revisar hemostasia no aporta cambios pero si alarga la cirugía, por el contrario sin revisión de la misma el tiempo de isquemia aumenta juntamente con las complicaciones derivadas de ésta. Lo ideal sería acortar

CC-458. POR QUÉ FALLAN LAS PRÓTESIS: ANÁLISIS DE 82 CIRUGÍAS DE REVISIÓN DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

B.C. Zorzo Godes, P.J. Torrijos Garrido, A. Guijarro Valtueña, M. Zurrón Lobato, S. Bartolomé García y A. Ortega Briones

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: La cirugía de revisión se ha incrementado en los últimos años. La gran mayoría se realiza en los tres primeros años.

Material y método: Se analizaron 82 cirugías de revisión realizadas en nuestro hospital entre los años 2004 y 2009. En la recogida de datos se incluyeron evaluación clínica, de laboratorio y radiología simple. Los pacientes con sospecha de malrotación del implante fueron estudiados con tomografía computarizada. En pacientes con sospecha de infección se realizó rastreo con leucocitos marcados. La causa sospechosa del fallo fue analizada durante la cirugía de revisión en todos los casos.

Resultados: En el 25% el mal alineamiento fue la causa de dolor y del desgaste del polietileno. La infección obligó a la revisión en el 20%. En el 16% la malrotación causaba rigidez, alteraciones en el recorrido e inestabilidad patelar. El 10% se debió a fracturas periprotésicas o roturas de la prótesis primaria. Sólo el 9% se debieron a aflojamiento aseptico. En el 7% el dolor era causado por inestabilidad en extensión, media flexión o flexión completa. En el 13% otras causas más raras fueron las identificadas.

Comentarios y conclusiones: El aflojamiento séptico, el desgaste del polietileno y la inestabilidad son las principales causas descritas de la cirugía de revisión. En la mayoría de los fallos tempranos la cirugía de revisión se pudo haber evitado con una implantación primaria más adecuada.

el tiempo quirúrgico sin aumentar el tiempo total de isquemia para reducir así complicaciones, encontrar un equilibrio no es fácil, el cierre quirúrgico sin isquemia y sin revisar hemostasia es difícil por el sangrado, lo que teóricamente aportaría más beneficio sería técnicamente más laborioso aumentando en si el tiempo de cirugía.

CC-461. REVISIÓN A LARGO PLAZO DE LA REALINEACIÓN PROXIMAL ARTROSCÓPICA DEL APARATO EXTENSOR.

TÉCNICA L. JOHNSON MODIFICADA

M. Martínez Vázquez, A. Prieto Álvarez, P. Lara Pulido, J.M. Beltrán Caro, S. Sedeño López y S. Franco Jiménez

Hospital Infanta Elena. Huelva.

Introducción y objetivos: Encontramos escasas publicaciones sobre el tratamiento artroscópico de la inestabilidad de la rótula, ni existe consenso en qué pacientes se beneficiarían de éste. En nuestro servicio iniciamos tratamiento artroscópico en el año 1993 según técnica de L. Johnson modificada, en algunos pacientes y presentamos nuestra experiencia en la valoración de resultados, con especial hincapié en el seguimiento a largo plazo (más de 5 años) y en los factores coincidentes en los malos resultados.

Material y método: Describimos el procedimiento, que combina la liberación del retináculo lateral y la plicatura del retináculo medial proximal. Evaluamos la sensación subjetiva de estabilidad, la luxación objetivada postquirúrgica y aplicamos la escala de valoración de satisfacción de WOMAC.

Resultados: En los parámetros de evaluación incluimos la sensación subjetiva de estabilidad, la luxación objetivada postquirúrgica y aplicamos la escala de valoración de satisfacción de WOMAC. Hacemos también una revisión del manejo postoperatorio.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de la inestabilidad de la rótula ha sido motivo de controversia en relación al mejor método de tratamiento (artroscópico vs abierto, técnicas de alineación proximal vs distal), encaminado a evitar nuevos eventos de inestabilidad, así como a lograr una rodilla asintomática. Al comparar los resultados positivos con la técnica de mínima invasión artroscópica modificada de Johnson, encontramos añadida a la satisfacción funcional de nuestros pacientes la satisfacción agregada de cicatrices pequeñas.

TRAUMATOLOGÍA (general, diáfisis, pelvis)

(CC-462–CC-515)

CC-462. COMPLICACIONES DE 180 FRACTURAS TRATADAS MEDIANTE PLACA LISS

O. Nieto Rodríguez, J.D. Navarrete Jiménez, C. Arjona Giménez y M. Delgado Alaminos

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: La placa LISS es una técnica MIPO y como tal supone una ventaja en el tratamiento de fracturas a nivel de tibia proximal y fémur distal. La placa LISS es una placa de osteosíntesis muy útil debido a sus características: fijación percutánea de la placa, mínimamente invasiva, contacto placa-hueso menor que las placas convencionales preservando la irrigación perióstica, tornillos bloqueados en la placa dando estabilidad independientemente del contacto placa-hueso, capacidad de combinación con tornillos de tracción y posibilidad de reducción anatómica de la superficie articular.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo realizado sobre las complicaciones encontradas en 180 placas LISS colocadas en nuestro Servicio en el periodo comprendido entre 2004-2009. Para ello hemos

tomado como complicaciones las reintervenciones realizadas a los pacientes (salvo la retirada de placa una vez consolidada la fractura).

Resultados: El índice de complicaciones encontradas en la revisión de los primeros 86 casos fue en total de diez, distribuidas de la siguiente manera: dos alineaciones en valgo, siete infecciones, una de ellas con pseudoartrosis y dos con rotura de placa, otras dos con rotura de placa pero sin infección y dos con movilización de placa. Los resultados definitivos serán expuestos más adelante.

Comentarios y conclusiones: La placa LISS es una herramienta excelente disponible actualmente en la Traumatología para el tratamiento de fracturas que antes resultaban difíciles de tratar con placas convencionales. Las pocas complicaciones encontradas en la placa LISS pueden ser atribuidas a fallos como la autorización demasiado precoz de la carga, errores técnicos del cirujano, la complejidad de la fractura y la infección inherente a cualquier fractura abierta.

CC-463. FRACTURAS TRANSVERSALES DE COTILO: PRESENTACIÓN DE 14 CASOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. Liñán Padilla, A. Lázaro González, J.M. Mellado Castillero, S. Tejero García, M.A. Giraldez Sánchez y P. Cano Luis

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las fracturas transversas de cotilo son aquellas que transcurren a través del cotilo afectando a la columna anterior y posterior de manera simultánea. Históricamente se han tratado de manera conservadora pero se ha demostrado que para preservar sin dolor la funcionalidad y movilidad de la articulación coxofemoral el tratamiento de las fracturas desplazadas requiere una reducción anatómica y la realización de una fijación interna rígida.

Material y método: Se ha realizado una revisión de los casos de fracturas transversas tratadas en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla desde enero de 2007 a mayo de 2009. Se han analizado parámetros epidemiológicos, lesiones asociadas a nivel de la pelvis y del resto de la economía, tiempo de ingreso, vía de abordaje, tiempo de demora quirúrgica, tipo de osteosíntesis, complicaciones precoces y tardías, tiempo hasta la sedestación, hasta la carga parcial y hasta la carga completa. A todos los pacientes se le ha aplicado el cuestionario se salud SF-12.

Resultados: De un total de 14 fracturas, entre otros datos destacar que el 78% fueron varones, con edad media de 27,9 años siendo el accidente de tráfico el mecanismo principal. En el 98% se realizó una vía posterior de Kocher, con una media de 10,6 días desde el traumatismo. En todos los casos se realizaron radiografías AP, alar y obturatrix y TAC. El tiempo medio hasta la carga parcial ha sido 2,5 meses y 3,6 hasta la carga completa.

Comentarios y conclusiones: La tendencia actual en las fracturas desplazadas es la reducción anatómica y la realización de una fijación interna rígida, considerándose desplazamientos residuales de más de 2 mm favorecedores del desarrollo precoz de coartrosis.

CC-464. FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS DE FÉMUR TRATADAS MEDIANTE PLACA BLOQUEADA

A. Roche Albero, P. de Diego García, D.A. Iglesias Aparicio, S. Rebollo González, J. Muñoz Marín y C. Bejarano Lasunción

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: El sistema LISS es una placa premodelada a la que quedan bloqueados diversos tornillos, actuando como un fijador interno; que no ayuda a reducir el componente metafisodafisario de la fractura, únicamente lo estabiliza por lo que la reducción ha de obtenerse antes de aplicar el implante.

Material y método: Desde enero de 2006 hasta diciembre de 2007 se han intervenido 42 fracturas supracondíleas del extremo distal del

fémur mediante el sistema LISS. Se ha realizado un estudio retrospectivo, recogiendo datos acerca de tiempo preoperatorio y postoperatorio, duración de la intervención, tamaño de la placa, rango de movilidad permitido en el postoperatorio y en la última visita, carga, porcentaje y tiempo hasta la consolidación de la fractura.

Resultados: La población: 29 mujeres y 13 hombres. La edad media: 64 años con un rango entre 22 y 92 años. La estancia hospitalaria postoperatoria fue de 24 días, con un rango entre 12 y 78 días, debido a pacientes politraumatizados. En todos los casos se dejó al paciente en descarga, durante 26 días de media. La flexión media de los pacientes a los 6 meses de la intervención fue de 83° (77°-89°).

Comentarios y conclusiones: La colocación de placas submusculares ha reemplazado, en general, a la colocación abierta de las mismas en el tratamiento de las fracturas femorales distales. Una vez reconocida la importancia de las técnicas de placas biológicas y la reducción indirecta de la fractura, ya no hay necesidad de una exposición y reparación de la región metafisaria típicamente comminuta.

CC-465. FRACTURA AVULSIÓN DE AMBAS ESPINAS ILÍACAS ASOCIADA A LUXACIÓN DE CADERA TRANSILÍACA: 15 AÑOS DE SEGUIMIENTO

P. Rovira Martí, G. Jordà Fernández, E. Provinciale Fatsini, P. Iftimie y J. Giné Gomà

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: Las fracturas pélvicas representan el 1-3% del total de las fracturas. Estas se clasifican en fracturas avulsiones (traumatismos de baja energía, pacientes jóvenes, lesión complejo tendón-hueso), fracturas del anillo pélvico (traumatismos de alta energía) y fracturas del acetábulo (asociadas o no a luxación de cadera). Presentamos un caso que combina los tres tipos de fractura.

Material y método: Paciente de 44 años de edad que sufre accidente y presenta luxación de cadera transilíaca con fractura del hueso ilíaco que se extiende desde la espina ilíaca anterosuperior hasta la espina ilíaca anteroinferior. Se realizó reducción cerrada de urgencia, consiguiéndose una reducción estable y colocándose una tracción esquelética. En la TAC se aprecio un defecto óseo subcondral y un fragmento anteroexterno no reducido a nivel del acetábulo. El paciente requirió reducción abierta y osteosíntesis. Se practicó un abordaje posteroexterno con osteotomía de trocánter y osteosíntesis con placa buscando la congruencia y estabilidad articular.

Resultados: La evolución postoperatoria ha sido satisfactoria, presentado a los 15 años de evolución, una coxartrosis poco dolorosa.

Comentarios y conclusiones: La originalidad del caso radica en la dificultad para la clasificación de la fractura. Todos los casos similares descritos en la bibliografía se refieren a pacientes adolescentes. Según la clasificación de Tile, se trataría de una fractura sin disrupción del anillo pélvico, Tile tipo A. Este tipo de fractura se caracteriza por ser de pocos centímetros (fractura avulsión) y poco frecuentes en la edad adulta. La magnitud de nuestra fractura nos sugiere una fractura del anillo pélvico, Tile tipo B. El tratamiento se complica al asociarse una fractura articular del acetábulo con luxación de la cadera. El tratamiento de este tipo de lesiones deberá individualizarse en cada situación, habiéndose obtenido buenos resultados en nuestro caso.

CC-466. RESULTADOS A LARGO PLAZO EN EL TRATAMIENTO DE LA FRACTURA-LUXACIÓN DE LISFRANC

R.J. García Renedo¹, J. Ribera Zabalbeascoa², A. Carranza Bencano², J.J. Fernández Torres² y G. del Castillo Blanco²

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La fractura luxación de Lisfranc es una entidad de baja frecuencia, entre el 0,2-0,3% de todas las fracturas pero

de gran importancia debido a su dificultad de diagnóstico, existiendo un alto índice de retrasos diagnósticos, y a las secuelas resultantes de un tratamiento incorrecto o tardío. Con respecto al tratamiento, unos autores defienden la osteosíntesis abierta y con tornillos, mientras que otros defienden la osteosíntesis percutánea con agujas, sin embargo todos ellos coinciden en que la reducción anatómica de la fractura y la solidez de la osteosíntesis son factores fundamentales para el pronóstico, así como la extensión y el grado de conminución de la lesión. Presentamos la experiencia de nuestro departamento en el tratamiento de la fractura-luxación de Lisfranc.

Material y método: Presentamos la experiencia de nuestro departamento en el tratamiento de la fractura-luxación de Lisfranc.

Resultados: Se revisan los pacientes diagnosticados en nuestro departamento de fractura-luxación de Lisfranc entre los años 1989 y 200, obteniendo 37 casos (0,3% de todas las fracturas y el 1,7% de las fracturas del pie y tobillo), de los que 28 casos cumplen los criterios del protocolo de evaluación. Se evalúa el tipo de lesión (clasificación de Hardcastle), el retraso diagnóstico, el tipo de tratamiento, la actitud en el postoperatorio, las complicaciones y los resultados obtenidos mediante la Creighton Nebraska Health Foundation.

Comentarios y conclusiones: La fractura luxación del complejo articular de Lisfranc es una entidad susceptible casi exclusivamente de tratamiento quirúrgico. La osteosíntesis con agujas es una técnica que aporta la estabilidad suficiente para obtener buenos resultados. Estos resultados están en relación con el grado de reducción anatómica de la lesión, obteniéndose buenos resultados aún en los casos de retraso diagnóstico si conseguimos una buena reducción.

CC-467. ALOINJERTO ESTRUCTURAL COMO TRATAMIENTO DE PSEUDOARTROSIS DE FÉMUR

A. Ortega Briones, C. Ortega Sánchez, C. Zorzo Godes, M. Zurrón Lobato, S. Bartolomé García y A. Guijarro Valtuena

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: El 30% de las fracturas de fémur distal presentan complicaciones y secuelas: infección, retraso en la consolidación y pseudoartrosis, consolidación viciosa, rigidez de rodilla y degeneración artrósica. La incidencia de pseudoartrosis tras el tratamiento de las fracturas femorales es del 1% pudiendo alcanzar el 5% en aquellos casos más complejos (fracturas abiertas, infección, compromiso vascular).

Material y método: Presentamos un paciente que sufre accidente de tráfico con resultado de fractura supracondilea comminuta abierta grado II de fémur izquierdo siendo tratado inicialmente mediante fijación externa con fijador tipo Hoffman II. A la semana se realiza osteosíntesis con placa LISS y aporte de injerto de banco, en colaboración con el servicio de Cirugía plástica que realiza injerto con colgajo. A los 2 años de la cirugía, el paciente deambula con ayuda de un bastón, balance articular 0-90°, refiriendo dolor y sin datos clínicos sugestivos de infección. Radiológicamente existe pseudoartrosis atrófica. Se propone cirugía que acepta. Utilizando vía de abordaje previa se realiza extracción de material, palmerización de extremos y se implanta clavo intramedular retrógrado utilizando aloinjerto estructural y aportando factores de crecimiento, para evitar dismetría y desaxación de la extremidad.

Resultados: El paciente se mantuvo en descarga 3 meses con rehabilitación precoz. En revisiones periódicas, se observa puente óseo y signos de consolidación radiológica.

Comentarios y conclusiones: Cada día contamos con más armamento para el tratamiento de las complicaciones de fracturas como la pseudoartrosis: tanto en el material de osteosíntesis como en el manejo de injerto de banco y en la utilización de materiales biocompatibles.

CC-468. TETRAPLEJIA FLÁCIDA EN TRAUMAS COMPLEJOS: POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO

R. Lax Pérez, F.J. Ricón Recarey, F. Lajara Marco,
J.E. Salinas Gilabert, L. Izquierdo Plazas y J.A. Lozano Requena
Hospital Vega Baja. Orihuela.

Introducción y objetivos: La polineuropatía del paciente crítico (PPC) es una neuropatía sensitivo motora axonal aguda, que aparece en pacientes severamente enfermos y que puede remitir espontáneamente una vez que la condición crítica se ha resuelto. Aparece hasta en un 80% de pacientes politraumatizados y con sepsis que precisan ventilación asistida durante períodos prolongados en la UCI. La incidencia de politraumatizados ha aumentado debido a los accidentes de tráfico, por ello debemos tener en cuenta esta entidad clínica en nuestra práctica diaria.

Material y método: Se presentan dos casos de pacientes politraumatizados, que tras periodo de ventilación mecánica superior a 1 semana en UCI, presentan al retirar al respiración asistida un cuadro clínico de tetraparesia flácida, debilidad muscular generalizada, reflejos disminuidos y pares craneales conservados.

Resultados: Se realizó estudio neurofisiológico que apoya el diagnóstico de PPC al presentar un patrón de daño axonal, con disminución del potencial de acción sensitivo y motor. El tratamiento fue sintomático presentado ambos mejoría a los 3 meses de evolución.

Comentarios y conclusiones: La PPC es una entidad que se presenta hasta en un 80% de los pacientes politraumatizados o sépticos. Se caracteriza por la debilidad muscular generalizada, tetraparesia flácida de predominio distal, con reflejos osteomusculares abolidos y pares craneales conservados. Presenta un patrón EMG típico con daño axonal, disminución de la amplitud del potencial de acción sensitivo-motor, potenciales de fibrilación y ondas en espiga. Hay que establecer diagnóstico diferencial con otras entidades como el Guillain-Barré o la neuropatía por fallo hepático-renal. El tratamiento es sintomático, siendo fundamental el tratamiento de la sepsis, combatir el fallo multiorgánico, mantener la normoglucemia y minimizar el uso de corticoides y bloqueantes neuromusculares. El 50% se recuperan completamente, pero son factores del mal pronóstico la duración de la sepsis, el tiempo de respiración mecánica asistida y la pérdida de peso.

CC-469. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA

R.J. García Renedo, I. Calvo de la Fuente, M. Sumillera García,
B. Busta Vallina, S. Plaza García y J.R. Prieto Montaña

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: La luxación traumática de la cadera, aislada o con fractura asociada de cabeza de fémur, es una grave lesión que se produce por traumatismo muy violento. Se asocia con frecuencia a otras lesiones traumáticas. Los accidentes de tráfico son la causa más frecuente.

Material y método: Presentamos un algoritmo de manejo clínico en la luxación traumática de cadera con el propósito de disminuir las complicaciones y secuelas en esta patología mediante un correcto diagnóstico y tratamiento.

Resultados: La lesión asociada más frecuente es la lesión del nervio ciático por contusión directa en las luxaciones posteriores y lesiones del paquete femoral en las anteriores, por lo que es fundamental realizar una exploración para valorar la actitud de los miembros inferiores así como una exploración vasculo-nerviosa.

Comentarios y conclusiones: La luxación de cadera constituye una emergencia ortopédica, siendo el riesgo de complicaciones proporcional al tiempo que la cadera permanece luxada. El índice de complicaciones es más bajo si el tratamiento se hace en las 6 primeras horas

desde la lesión. La reducción debe realizarse de forma urgente, y a ser posible con anestesia general y relajación completa.

CC-470. INCARCERACIÓN DEL TRÍCEPS EN FRACTURA DIAFISARIA DE HÚMERO

A. López Hualda, H. Fahandez-Saddi Díaz, D. López González,
H. Valencia García, J. Ruiz Zafra, S. Santana Ramírez,
J.R. Prieto Martínez y R. Egea Gámez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas diafisarias de húmero son frecuentes en niños (2-5%), y en la mayoría de los casos requieren tratamiento conservador. El tratamiento quirúrgico se reserva para fracturas abiertas, lesiones vasculares y fracturas irreductibles, siendo éste último el caso presentado.

Material y método: Niña de 6 años que presentaba fractura diafisaria de húmero tras accidente de tráfico valorada hace 3 días en otro centro. A la exploración presentaba deformidad e imbricación de la piel en tercio medio de húmero, pulsos distales conservados y parálisis del nervio radial.

Resultados: La radiología simple realizada en la urgencia mostró una fractura transversa con tercer fragmento en tercio medio de húmero (clasificación AO-ASIF: 12 B3). Se realizó exploración radiológica en quirófano que reveló irreductibilidad de la fractura y aumento de la invaginación cutánea. La exploración quirúrgica evidenció incarceración del tríceps y desplazamiento subcutáneo del extremo distal de húmero. A continuación se procedió a la reducción abierta y fijación con 2 agujas de Kirschner retrógradas, así como exploración del nervio radial. En el seguimiento en consulta se observó recuperación del déficit nervioso y consolidación de la fractura sin alteraciones de la movilidad.

Comentarios y conclusiones: La irreductibilidad cerrada constituye una de las indicaciones de tratamiento quirúrgico de las fracturas diafisarias de húmero, en nuestro caso este hecho permitió una exploración quirúrgica del nervio radial. La parálisis del nervio radial por sí sola no constituye una indicación quirúrgica dado que hasta en un 88,1% de los casos se recupera espontáneamente.

CC-471. FRACTURAS DEL HÚMERO EN LA ENFERMEDAD DE PAGET ÓSEA

I.C. Vázquez Vecilla¹, L. Virseda García¹, J. Díez Romero¹,
A. Ramos del Río¹, R. Marcos Mesa¹, J.L. Guevara Matamoros¹,
C.I. Persson Martín² y L.R. Ramos Pascua¹

¹Hospital de León. ²Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Paget ósea es un trastorno focal de la remodelación ósea de causa desconocida, caracterizado por un aumento de la reabsorción, a la que sigue una excesiva y desorganizada osteoformación compensadora. El resultado final es un hueso frágil y susceptible de fracturarse. Las fracturas patológicas son la complicación más frecuente de la enfermedad. Pueden ocurrir por un mínimo traumatismo, o de forma espontánea. El esqueleto axial es el lugar más frecuente de asiento de la enfermedad de Paget. Le siguen los huesos largos de los miembros, fundamentalmente el fémur y la tibia. Las fracturas del húmero son relativamente infrecuentes.

Material y método: Presentamos cuatro pacientes con fracturas diafisarias de húmero que se trataron de forma quirúrgica (dos casos) con clavos endomedulares y de forma conservadora (dos casos).

Resultados: Los resultados obtenidos fueron satisfactorios en tres de los pacientes. Uno desarrolló una pseudoartrosis (uno de los tratados de forma conservadora).

Comentarios y conclusiones: Mientras que la indicación terapéutica de la fractura de un fémur pagético es incuestionablemente quirúrgica,

gica, el del húmero es más discutible. Nosotros concluimos recomendando el enclavado endomedular con la posibilidad de considerar tratamientos ortopédicos en algún caso.

CC-472. ESTUDIO RETROSPETIVO ENTRE CLAVO GAMMA Y CLAVO TARGON EN FRACTURAS PERTROCANTÉREAS

L. Corominas Francés¹ y F.J. García Puente²

¹Hospital Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital de San Pedro. Logroño.

Introducción y objetivos: Evaluar y comparar entre dos sistemas de enclavado endomedular, con perno antirrotatorio o sin él.

Material y método: Estudio retrospectivo de 48 fracturas pertrocantéreas de abril 2004 a diciembre 2006 con los dos tipos de enclavado endomedular. Se tuvieron en cuenta estudios radiográficos, valoración funcional, autonomía personal, recuperación clínico-funcional previa. Análisis de variables epidemiológicas, complicaciones intra- y extraoperatorias.

Resultados: El tratamiento de elección de las fracturas pertrocantéreas es quirúrgico, la controversia radica en el tipo de osteosíntesis a realizar. Gamma 3 es uno de los dispositivos más utilizados. Targon es una buena alternativa, al fresado, teniendo un montaje dinámico, con perno de antirrotación y garantizando la estabilidad rotacional.

Comentarios y conclusiones: Son dos excelentes opciones terapéuticas para el tratamiento de las fracturas de la región trocantérica con buenos resultados clínico-funcionales y radiográficos buenos, pero quizás el uso de Clavo Targon PF®, sea más adecuado en fracturas inestables A2, y A3 que el Gamma 3® que tiene dos sistemas fijación proximal lo que confiere mayor estabilidad rotacional.

CC-473. TRATAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR CON PÉRDIDA DE SUSTANCIA ÓSEA

J. Hoyos Cillero, E. Uriarte García, B. Elguezábal Alcorta, I. Mediavilla Arza y A. Hernaiz Alzamora

Hospital de Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: Las fracturas abiertas con pérdida de sustancia ósea constituyen actualmente uno de los principales retos para los cirujanos ortopédicos, dada la dificultad de manejo que presentan, así como la gran frecuencia de complicaciones y de lesiones asociadas que presentan.

Material y método: Presentamos el caso de clínico de un varón de 18 años de edad, que tras accidente de tráfico acude al servicio de urgencias presentando una fractura abierta de diáfisis femoral grado II de Gustilo Anderson, con pérdida de sustancia ósea de 8 cm, sin otras lesiones asociadas. Tras estabilización inicial, el paciente es intervenido quirúrgicamente de urgencia realizándose limpieza exhaustiva, colocación de fijador externo y espaciador de cemento a nivel de foco de fractura e instauración de antibioticoterapia intravenosa. De manera programada, se realiza nueva cirugía, mediante enclavado endomedular dinámico, colocación de injerto óseo de cadáver, y desplazamiento de segmento óseo femoral cortical sobre el defecto óseo presente.

Resultados: El postoperatorio transcurre sin complicación alguna, el paciente es reevaluado en consulta de manera progresiva, se emplea estimulador óseo para favorecer la consolidación ósea durante varios meses tras la cirugía. En sucesivos controles radiográficos se evidencia la progresiva consolidación ósea así como la integración de los injertos empleados. Tras una correcta rehabilitación, el paciente reanuda la deambulación de manera progresiva, así como las actividades que realizaba previamente sin complicaciones, encontrándose completamente asintomático al año de la lesión.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas abiertas con pérdida de sustancia ósea, son lesiones graves, que pueden llegar a comprometer la vida del paciente, y que exigen de un manejo agresivo desde el principio, con exhaustiva limpieza quirúrgica, instauración de terapéutica antibiótica intravenosa, así como correcta actitud quirúrgica tanto urgente como diferida.

CC-474. TRATAMIENTO DE FRACTURAS DIAFISARIAS DE HÚMERO CON CLAVOS SEIDEL Y FIXION: RESULTADOS A MEDIO PLAZO

J. Zabala Llerandi, T. Fernández González, A. Saldaña Díaz, L. Vírseda García, I.C. Vázquez Vecilla, F. Arias Martín, A. Ramos del Río y L.R. Ramos Pascua

Complejo Hospitalario de León.

Introducción y objetivos: El debate entre el tratamiento conservador o quirúrgico de las fracturas diafisarias de húmero sigue abierto. Existen dos tipos de implantes endomedulares: los clavos flexibles como por ejemplo el Fixion®, y los clavos encerrojados tipo el Seidel®. El objetivo de este estudio es analizar la indicación, tiempo de inicio de movilidad temprana de la extremidad afectada, evolución, tiempo de consolidación con los clavos centromedulares Fixion® y Seidel®, así como las complicaciones que se presentaron, incidiendo en las diferencias observadas.

Material y método: Se analizaron un total de 15 pacientes, 8 tratados con el clavo Seidel® y 7 con el Fixion® en el periodo 2005-2009, con un período de seguimiento mínimo de 6 meses y máximo de 28 meses, edad mínima de 16 años y máxima de 58 años, ajustándose a los siguientes criterios de inclusión: todos los pacientes con diagnóstico de fractura diafisaria de húmero, ambos sexos, técnica a foco cerrado y en forma anterógrada, según la técnica original descrita por los autores. Se realizó la valoración funcional de la movilidad del hombro según la escala de Neer. Así mismo se evaluaron las radiografías preoperatorias, postoperatorias y evolutivas. Por último se anotaron las complicaciones observadas.

Resultados: Según la escala de Neer se obtuvo una movilidad buena/excelente en el 65% de los Seidel® y un 68% de los Fixion® tras la estabilización funcional de la misma. No se observaron diferencias objetivables en los resultados objetivos, subjetivos y de complicaciones.

Comentarios y conclusiones: En el tratamiento quirúrgico de las fracturas diafisarias de húmero el uso de los enclavados intramedulares es una opción válida. No observamos diferencias de resultados en los dos tipos de enclavados usados en nuestro medio.

CC-475. FRACTURAS REPETIDAS DE HUESOS PAGÉTICOS CON PLACAS ATORNILLADAS

I.C. Vázquez Vecilla, J.A. Zabala Llerandi, L. Vírseda García, F. Arias Martín, P. Casas Ramos, T. Fernández González, L.T. Gervás Alcalaya y L.R. Ramos Pascua

Hospital de León.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Paget ósea es un trastorno focal crónico del metabolismo óseo de etiología desconocida. El resultado final es un tejido óseo anómalo, muy propenso a la deformidad y las fracturas. Las fracturas patológicas son la complicación más frecuente de la enfermedad. El esqueleto axial es el lugar más frecuente de asiento de la enfermedad de Paget. Le siguen los huesos largos de los miembros, fundamentalmente el fémur y la tibia, las fracturas del húmero son menos frecuentes.

Material y método: Presentamos tres casos de fracturas (dos en el fémur y una en el húmero) en pacientes con enfermedad oligostótica que previamente habían tenido fracturas en la misma localización tratadas con placas atornilladas.

Resultados: Caso 1 tratado con clavo endomedular, con buen resultado. Casos 2 y 3 tratados con nueva placa, y buen resultado en ambos en cuanto a dolor y consolidación.

Comentarios y conclusiones: Discutimos sobre la influencia del material de osteosíntesis en la génesis de las fracturas en huesos pagéticos. Las placas atornilladas en huesos pagéticos debilitados por la enfermedad aumentarían la fragilidad ósea en los extremos de la placa por concentración del estrés en ese lugar.

CC-476. DOLOR ISQUIÁTICO NO TRAUMÁTICO

J. García Regal, A. García Hermosa, A. Hueso Macías,
J.M. Mariscal Peralta, D. Díaz Jaraquemada y C. Pinto Muñoz

Hospital de Mérida.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso clínico de una paciente de 45 años de edad con fractura de estrés de la escotadura isquiática izquierda.

Material y método: Paciente mujer de 45 años sin antecedentes personales de interés que acude a consultas externas de Traumatología por referir desde hace 3 meses dolor a nivel de la cresta ilíaca izquierda con irradiación a región inguinal, que no cede con reposo ni tratamiento analgésico. No presenta otra sintomatología. Analítica sanguínea: normal. Rx: protrusión acetabular izquierda grado I. RMN: posible edema óseo a nivel de cresta ilíaca izquierda con edema de partes blandas. TAC: aumento de densidad a nivel de escotadura isquiática izquierda con pérdida de continuidad de la cortical.

Resultados: Se llega al diagnóstico de fractura de estrés de la escotadura isquiática izquierda. Se realizó tratamiento conservador mediante analgesia y descarga del miembro afecto durante 6 semanas con posterior carga parcial progresiva. La evolución fue favorable, consiguiéndose la carga completa y la realización de actividades cotidianas de forma asintomática a las 12 semanas. Se comprobó la completa y adecuada consolidación de la fractura mediante Rx y TAC de control.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de estrés pueden ser por fatiga, cuando ocurren en el hueso normal que se expone a grandes y repetidas cargas; o por insuficiencia, cuando los huesos osteoporóticos u otro tipo de hueso débil ceden en actividades de la vida diaria. Este tipo de fracturas suelen ser difíciles de diagnosticar, dada la variedad en su presentación, la falta de traumatismo agudo y el retraso en la radiografía. Destacó la peculiaridad del caso porque aparte de ser una fractura de estrés de localización bastante atípica, la paciente no refirió antecedentes de exposición a cargas grandes y/o repetidas, ni tampoco presentaba alteraciones óseas que predispusieran a la fractura.

CC-477. ARTRODESIS DE RODILLA TRAS FRACTURA-LUXACIÓN ABIERTA GRADO IIIC

M. de Frías González, P. Martínez Ureña, S. Alonso Güemes,
D. Jiménez García, S. del Cura Varas y L.A. Martos Rodríguez

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: En la actualidad existen muy pocas indicaciones para la artrodesis de rodilla, no siendo habitualmente propuesta por el cirujano ni aceptada por el paciente. Se presenta un caso clínico de artrodesis primaria de rodilla tras una fractura-luxación abierta grado IIIC.

Material y método: Paciente mujer de 17 años politraumatizada tras accidente de tráfico con diagnóstico de TCE leve, rotura de bazo con shock hipovolémico, fractura abierta de pelvis y fractura luxación abierta grado IIIC de rodilla IZQ: Herida inciso contusa cara anterior

de muslo y rodilla con pérdida de masa muscular del cuádriceps, fractura meseta tibial interna Schatzker IV con pérdida ósea-ligamentosa y meniscal medial, arrancamiento del tendón rotuliano, trombosis de la arteria poplítea y lesión del nervio ciático poplíteo.

Resultados: En la asistencia urgente esplenectomía, embolización arteria hipogástrica IZQ, colocación de fijador externo monolateral femoro-tibial, Friedrich lesión partes blandas y by-pass femoro-tibial posterior. RAFI de la fractura de pelvis. La evolución fue tórpida de la severa lesión de partes blandas del miembro inferior con sobreinfección polimicrobiana que precisó de múltiples intervenciones quirúrgicas y antibioticoterapia prolongada. Una vez resuelta se procede a la artrodesis de rodilla con dos tornillos canulados a compresión, y manteniendo el fijador externo hasta la consolidación ósea.

Comentarios y conclusiones: Al indicarse en escasas ocasiones en la actualidad la artrodesis de rodilla, disminuye la experiencia clínica y el fracaso de la técnica oscila entre el 10 y el 20%. Las indicaciones habituales excluyen las lesiones traumáticas, pues es preferible la arthroplastia tras la artrosis precoz. En el caso clínico presentado la combinación de la lesión de partes blandas, con pérdida del aparato extensor, la lesión cápsulo-ligamentosa, la pérdida ósea y la infección llevaron a la indicación de la artrodesis, que se realizó con éxito con la combinación de un fijador externo monopolar y osteosíntesis con tornillos a compresión.

CC-478. INFECCIÓN POR SALMONELLA EN PACIENTE CON FRACTURA DE PELVIS

S. Rebollo González, C. Bejarano Lasunción, J. Muñoz Marín,
A. Roche Albero, I. Carbonell Bueno, M.E. Monge Vázquez,
A. Peguero Bona y A. Herrera Rodríguez

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Las fracturas de anillo pélvico suponen un reto para los traumatólogos pues suelen verse asociadas a lesiones vasculares y viscerales. Se presenta un caso de fractura de pelvis asociada a lesión vascular y vesico-uretral complicada por *Salmonella*.

Material y método: Paciente varón 49 años, sin alergias, hipertenso, diabético con fractura de pelvis tipo Tile B-C, apófisis transversa L5, hematoma perivesical y dudosa rotura uretral-desgarro vesical sin compromiso vascular inicial pero con caída de Htco a los 2 días visualizándose en arteriografía hemorragia de rama de hipogástrica izq que es embolizada. Tras 6 días aparece fiebre, siendo la analítica de orina sugestiva de infección y completándose el estudio con angiotAC y cistografía (vejiga sin aparentes alteraciones ni reflujo), decidiéndose tratamiento quirúrgico abierto por abordaje anterior ileoinguinal. Durante la cirugía se comprueba la existencia de una colección de líquido de aspecto turbio intraabdominal que es drenado. En el post-operatorio inmediato aparece exudado achocolatado y maloliente de herida quirúrgica positivo para *Salmonella* realizándose dos limpiezas quirúrgicas, tratamiento antibiótico y retirada de material de osteosíntesis-fragmentos de hueso secuestrados.

Resultados: El paciente evolucionó favorablemente decidiéndose alta hospitalaria con curas, tratamiento antibiótico y control en consultas.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones genitourinarias aparecen en el 16% de pacientes con fractura de anillo pélvico y no es raro que se asocien. *Salmonella* es causante de infecciones de herida quirúrgica en raras ocasiones, siendo factores de riesgo los traumatismos locales, implantes, sexo masculino, diabetes e inmunodepresión precisando drenaje y antibióticos durante largos períodos. Es importante vigilar este tipo de pacientes pues pueden presentar infecciones por microorganismos poco comunes que aumenten más su morbi-mortalidad.

CC-479. DOLOR PERSISTENTE TRAS LESIÓN COMPLEJA DE PELVIS

A. González Jiménez, D. Cárdenas Vargas, L. Muñoz Núñez
y A. Fernández Domingo

Hospital Central La Fraternidad. Madrid.

Introducción y objetivos: Los objetivos del tratamiento de las fracturas inestables del anillo pélvico incluyen la recuperación de la anatomía ósea, minimizar las molestias del paciente, facilitar la recuperación y la función así como corregir deformidades. La selección del tratamiento adecuado requiere el conocimiento del mecanismo de lesión y del patrón anatómico de la lesión ósea y ligamentaria.

Material y método: Varón de 59 años un accidente laboral con atrapamiento de pelvis, siendo diagnosticado tras el mismo de fractura de pelvis vertical o de Malgaigne. Es remitido a nuestro centro tras un año de la lesión habiendo recibido tratamiento conservador. A la exploración refería dolor a la palpación de rama isquiopubiana e intolerancia a la posición decúbito lateral derecha. Radiografías simples de pelvis y gammagrafía mostraban la ausencia de callo óseo en el foco de fractura, diagnosticándose de pseudoartrosis de ramas de pelvis.

Resultados: Dada la situación clínica del paciente, se decidió tratamiento quirúrgico. Se realizó abordaje a través de vía de Pannenstiel, y se trató la pseudoartrosis, sintetizando la rama iliopública derecha con un tornillo canulado. Tras un año se consiguió la consolidación radiográfica con exploración clínica normal. Deambula sin ayuda de bastones ni tutores externos.

Comentarios y conclusiones: Actualmente, los pacientes con fracturas desplazadas del anillo pélvico anterior sin disrupción completa del anillo posterior son tratados en la mayoría de los casos con reducción y estabilización quirúrgica. Se han demostrado complicaciones como dolor permanente, ausencia o mala consolidación, discrepancia de longitud de miembros, y lesión neurológica persistente, que han limitado la realización de las actividades de la vida diaria en aquellos pacientes con lesiones inestables de anillo pélvico abordadas con tratamiento conservador.

CC-480. PARAPLEJIA TRAS ENCLAVADO FEMORAL EN PACIENTE CON DISPLASIA ÓSEA

J. Zabala Llerandi, T. Fernández González, L.J. Díaz Romero,
R. Marcos Mesa, P. Casas Ramos, J.L. Guevara Matamoros
y L.R. Ramos Pascua

Complejo Hospitalario de León.

Introducción y objetivos: La displasia fibrosa es un trastorno que afecta fundamentalmente al hueso, pero a veces se acompaña de anomalías extraesqueléticas. El hueso normal se reemplaza con hueso displásico penetrado por tejido fibroso. Se puede clasificar en tres grupos: el tipo monostótico, la forma poliostótica y una forma poliostótica acompañada de anomalías endocrinas.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente mujer de 42 años de edad que ingresa procedente de urgencias por fractura pertrocantárea de cadera izquierda por traumatismo mínimo. Como antecedentes se documenta cuadro de displasia fibrosa poliostótica con alteraciones endocrinas múltiples, retraso mental moderado, cifoescoliosis toraco-lumbar de alto grado con acuñamientos vertebrales múltiples y múltiples fracturas de extremidades superiores e inferiores que precisaron tratamientos quirúrgicos y conservadores.

Resultados: La paciente debido a su retraso mental no colabora en su exploración, no objetivándose alteraciones neuro-vasculares distales. Previo estudio preoperatorio y bajo anestesia general es intervenida quirúrgicamente estabilizándose su fractura mediante clavo endomedular trocantérico. En las exploraciones posteriores se objetiva paraplejia que obliga a estudio radiológico y RMN, diagnosticándose fractura vertebral torácica con afectación medular. Se procede a rea-

lizar artrodesis estabilizadora vertebral. No mejora su estado neurológico.

Comentarios y conclusiones: El manejo de pacientes con displasia fibrosa poliostótica que presentan fracturas presenta una serie de dificultades que se pueden ver agravadas en un paciente con retraso mental no colaborador. Es indispensable una buena exploración clínica y radiográfica. Postulamos la necesidad en casos extremos como el descrito de realizar un estudio radiográfico completo.

CC-481. EMBOLIA GRASA EN PACIENTE CON FRACTURA ABIERTA DE CALCÁNEO POR ARMA DE FUEGO

M. González Murillo, S.M. Mota Blanco y G. de Cabo Tejerina

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: El síndrome de embolismo graso fue descrito por primera vez en 1862. Habitualmente se describe como la tríada de síntomas respiratorios, neurológicos y dermatológicos que ocurren en algunos pacientes tras presentar fracturas de huesos largos o pelvis. Esto no debe confundirnos, puesto que no es necesaria la conjunción de esta tríada para su diagnóstico.

Material y método: Estudio de un paciente de 24 años, sin antecedentes de interés, que sufre fractura abierta de calcáneo derecho por arma de fuego de alta energía. Realizamos desbridamiento quirúrgico de urgencia y tratamiento antibioterápico intravenoso. A las 48 horas del ingreso debutó con cuadro confusional agudo junto con taquicardia, taquipnea y febrícula. Presenta hipoxemia, con saturación de 55% que con oxígeno a alto flujo recupera hasta 89%. Se realiza radiografía de tórax y TAC con ventana pulmonar de tórax observándose patrón en vidrio deslustrado parcheado bilateral y difuso con pequeñas áreas de afectación alveolar-bronquiolar distal de predominio periférico sugerente de daño microvascular difuso.

Resultados: Se traslada a la UCI para vigilancia con oxigenoterapia a bajo flujo y corticoterapia, donde permanece ingresado 2 días. Tras buena evolución clínica y radiológica es dado de alta, a la espera de intervención quirúrgica por nuestra parte.

Comentarios y conclusiones: La presencia de este síndrome es poco frecuente en la patología presentada. La incidencia de embolismo graso en pacientes politraumatizados es difícil de determinar aunque oscila de 0,6% a 22% según diversas series. Es más frecuente cuando se producen fracturas de huesos largos o fractura de pelvis. Pero no podemos olvidar que puede darse en otras circunstancias, como es nuestro caso.

CC-482. ARTRITIS REUMATOIDE EN FASE DE ANQUILOSIS “BIPEDESTACIÓN TRAS TRIPLE ARTROPLASTIA”

O.S. Pérez Moro, R. Llopis Miro, H. Godoy Tundidor,
I. Neira Borrajo y F. Díez Ramos

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid.

Introducción y objetivos: Los pacientes con el diagnóstico de artritis reumatoide tienen un 25% de posibilidades de requerir cirugía de cadera o de rodilla a lo largo de su vida. Presentan con frecuencia contracturas en flexión, deformidades de partes blandas y mala calidad ósea, motivos que contribuyen a una mayor dificultad no sólo para el procedimiento del implante protésico, sino también para una correcta rehabilitación posquirúrgica.

Material y método: Presentamos a un varón de 49 años de edad con el diagnóstico de AR (artritis reumatoide) de 32 años de evolución, confinado a una silla de ruedas en los últimos tres años por anquilosis de ambas rodillas (actitud en flexión bilateral de 80°) y un flexo de cadera derecha de 20°. En el mismo acto quirúrgico se implantan ambas prótesis de rodilla tipo Legion® requiriendo patelectomía bilateral. En el postoperatorio inmediato se colocaron ortesis rígidas en

extensión para iniciar la bipedestación de forma precoz. Un mes más tarde se interviene la cadera derecha, colocándose una prótesis tipo TMT-M/L® (cotilo de Tántalo y vástago modular).

Resultados: En el momento actual el paciente continúa su rehabilitación en régimen diario, es capaz de deambular con andador en carga total sin ortesis y realizar actividades de transferencia. A la exploración presenta una extensión pasiva completa de ambas rodillas y activamente un balance articular de (-15°/95°), el balance articular de ambas caderas es de 10°/90° con un balance muscular global contra mínima resistencia (45) excepto cuádriceps y glúteos mayor y medio de 35.

Comentarios y conclusiones: La artritis reumatoide evolucionada puede originar grandes incapacidades. Una correcta y bien planificada intervención quirúrgica, una adecuada e intensa rehabilitación con las adaptaciones necesarias y una actitud de colaboración por parte del paciente hacen posible unos buenos resultados funcionales.

CC-483. CORRECCIÓN DE DEFORMIDAD EN VARO TRAS PSEUDOARTROSIS DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA PROXIMAL

T. Vivanco Jódar, L. Díez Berrio, S. Calvo Calvo, M. Carmona Bonet, F.J. Mayo Santander, J. López Goenaga y J.C. García de la Blanca

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un varón de 24 años que sufre tras atropello una fractura abierta de tibia y peroné proximales derechos de grado IIIB, con afectación del nervio ciático poplítico externo. Se coloca fijación externa y precisa de dos coberturas cutáneas sucesivas. A los seis meses de evolución se evidencia un retraso en la consolidación de la fractura, retirándose el fijador y colocando un yeso cerrado. A los doce meses se realiza un enclavado intramedular cerrojado. Se consigue la consolidación ósea tres meses después.

Material y método: Un año más tarde aqueja dificultad para la marcha por angulación de la tibia, que precisa del uso continuado de bastones. A la inspección el paciente muestra una deformidad en varo de la pierna derecha a expensas de la región proximal de la tibia, confirmándose con radiografías la consolidación viciosa del fragmento proximal tibial, con 19 grados de deformidad en varo en el plano frontal y 20 grados de deformidad anterior en el plano lateral. Se interviene quirúrgicamente, colocándose un fijador externo Taylor, asociado a un programa informático que a lo largo de cinco días va corrigiendo la deformidad progresivamente, tras los cuales se mantiene estable la configuración.

Resultados: A los tres meses se evidencia la consolidación de la fractura, retirándose el fijador externo. Con dos años y medio de seguimiento, el paciente camina sin dificultad, con un eje estable dentro de valores normales.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de las fracturas o pseudoartrosis de tibia proximal con clavos intramedulares con frecuencia provoca deformidades en la alineación del fragmento proximal. El fijador externo circular Taylor nos permite realizar una corrección progresiva de la deformidad, así como un alargamiento en casos de pérdida ósea, evitando complicaciones por el estiramiento de estructuras vasculonerviosas.

CC-484. DIFERENTES INDICACIONES DE INJERTO ÓSEO DE PERONÉ VASCULARIZADO CON BUENOS RESULTADOS

T. del Olmo Hernández, H. Gómez Santos, D. Jiménez García, S. Moros Marco, P. Herrera Mera, S. Alonso Guemes, P. García Medina y M. del Cura Varas

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las indicaciones actuales de los injertos óseos libres vascularizados son amplias, en grandes defectos óseos de huesos largos (tibia, húmero...) es donde tienen mayores ventajas, sobre todo si el defecto es mayor de 6-8 cm de longitud. La trasferen-

cia libre de peroné vascularizado puede cubrir defectos de hasta 20 cm de longitud, y puede usarse en conjunción con otros tejidos blandos para cubrir defectos combinados de piel y hueso.

Material y método: Se presentan tres casos en los que se utiliza como sustituto óseo el peroné vascularizado debido al gran defecto óseo por diferentes causas. En primer lugar, varón joven saharaui con osteomielitis tuberculosa de diáfisis humeral de larga evolución que crea un defecto óseo importante. En segundo lugar, varón de mediana edad con pseudoartrosis atrófica por fracaso de osteosíntesis en fractura diafisaria de húmero. En último lugar, varón de edad avanzada con fractura abierta de tibia y peroné distales, tras accidente de tráfico, con pérdida ósea en el mismo traumatismo.

Resultados: Evolución favorable en todos los casos con mínimas complicaciones.

Comentarios y conclusiones: Se han descrito varias técnicas para la sustitución de defectos óseos como la utilización de injerto óseo libre (homólogo o autólogo), injerto libre vascularizado u osteogénesis por distracción mediante trasporte óseo. Se muestran tres casos en los que se optó por injerto óseo de peroné vascularizado debido al gran tamaño de defecto y a las ventajas que aporta en cuanto a la disminución del índice de pseudoartrosis y gran viabilidad del implante óseo ya que no depende del estado del lecho del receptor.

CC-485. VALORACIÓN DE EXTREMIDAD GRAVEMENTE LESIONADA

A. Ortega Briones, J. Caballero Aragón, M. Zurrón Lobato, S. Bartolomé García, C. Zorzo Godes, A. Guijarro Valtuena y C. Gómez Cano

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: Con el progreso de los sistemas de osteosíntesis han aumentado las posibilidades de tratamiento en miembros severamente dañados tras un traumatismo. Sin embargo, la decisión de optar por un tratamiento conservador o realizar una amputación inicial es con frecuencia muy difícil de llevar a cabo.

Material y método: Paciente varón de 72 años trasladado a nuestro hospital en helicóptero por herida en miembro inferior derecho. Es valorado por intensivistas por inestabilidad hemodinámica en BOX vital sufriendo parada cardiorrespiratoria. Presenta como única lesión pierna catastrófica por arma de fuego (fractura tipo 41-C3.3 abierta grado IIIc de Gustilo). Ante persistencia de inestabilidad tras RCP avanzada se decide intervención quirúrgica urgente realizándose amputación supracondilea basándonos en escala MESS (valoración 13/15). La escala MESS (Mangled Extremity Severity Score) valora edad, tiempo de isquemia, shock y daño óseo y de partes blandas.

Resultados: El paciente permanece en la unidad de cuidados intensivos durante 48 horas y pasa a planta ingresado durante una semana, siendo valorado por el servicio de rehabilitación que ajusta prótesis. En la actualidad deambula con prótesis y muletas.

Comentarios y conclusiones: Existen diferentes sistemas para orientar el intento de rescate de la extremidad o su amputación. Las escalas PSI, HCS, NISSA, MESS hacen referencia a distintos parámetros (edad, lesión neurológica, vascular y de partes blandas, tiempo de isquemia...) siendo su función permitir al cirujano la toma de decisiones en situaciones críticas.

CC-486. LESIONES ABDOMINALES ASOCIADAS A FRACTURAS PÉLVICAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Serrano Toledano, J.F. Lirola Criado, S. Tejero García, A. Amate Rivas, M.A. Giráldez Sánchez y R. Moreno Domínguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los pacientes que sufren traumatismos y fracturas pélvicas presentan una alta incidencia de lesiones intrabdomi-

minales asociadas. Nuestro objetivo es presentar un caso de fractura pélvica que asocia complicaciones a nivel abdominal.

Material y método: Paciente varón de 31 años que sufre precipitación desde 10 metros de altura mientras practicaba paracaidismo.

Resultados: Al tercer día ingreso brusco deterioro del estado general con clara semiología de abdomen agudo. Se objetiva necrosis de ileon terminal, desgarro de meso-ileon y deserosamiento de sigma. Se lleva a cabo resección de 30 cm de ileon terminal e ileostomía tipo Brooke, así como sutura de colon deserosado. Tras 7 días de ingreso se realiza osteosíntesis de fractura pélvica con placa y tornillos. Postoperatorio sin complicaciones. Buena evolución de lesiones intestinales.

Comentarios y conclusiones: Los pacientes que presentan fracturas pélvicas tienen una alta incidencia de lesiones intrabdominales asociadas, debido a que la enorme energía requerida para fracturar el anillo pélvico es transmitida a los tejidos y órganos adyacentes. En relación a las fracturas de acetábulo existen estudios que relacionan la dirección de las fuerzas en el momento del impacto con el tipo de lesión de partes blandas (se incrementa el riesgo en el caso de fuerzas axiales y en las fracturas que comprometen la columna anterior).

CC-487. OSTEOTOMÍA CORRECTORA Y OSTEOSÍNTESIS COMO TRATAMIENTO DE UNA CONSOLIDACIÓN ANÓMALA DE FRACTURA MARGINAL CAPITELLUM Y CABEZA DE RADIO

I. Rey Urdiain, I. Sancho González y C. González Roldán

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción y objetivos: En agosto 2009 se decide tratar de forma conservadora a una paciente de 49 años de edad, afecta de fractura cabeza de radio Masson tipo II. La evolución no es satisfactoria por aparecer un bloqueo de la movilidad del codo, con una P/S unos 30°, y F/E de 100/-30°. Tras realizar nuevos estudios radiológicos se constata la aparición de una consolidación anómala de la fractura de cabeza de radio y un fragmento marginal del capitellum que había pasado desapercibido en los estudios iniciales, incrustado sobre la cabeza radial.

Material y método: En octubre 2009 es intervenida quirúrgicamente, realizándose osteotomía correctora y osteosíntesis del fragmento de cabeza de radio, desecharando el fragmento osteocondral humeral por su pequeño tamaño y perforaciones sobre defecto cartilaginoso del capitellum.

Resultados: La evolución postoperatoria es satisfactoria, consiguiendo un balance articular completo y ausencia de dolor.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de cabeza de radio pueden asociarse con fractura marginal del capitellum, pudiendo aparecer consolidaciones anómalas de las fracturas que obliguen a realizar acto quirúrgico. La osteotomía correctora y osteosíntesis puede ser una buena solución para aquellos casos de limitación funcional y dolor a nivel de articulación radio-humeral.

CC-488. COMPLICACIONES TRAS LA SÍNTESIS DE FRACTURA BILATERAL DE FÉMUR CON CLAVOS DE HÚMERO EN PACIENTE CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

Y. Contreras Cidores, N. Lambán Mascaray, M.I. Mora Fernández, G. Gutiérrez Castanedo, J.M. Muñoz Ortús, G. Hernández Fernández, M. López-Moya Gómez y A. Blanco Pozo

Complejo Asistencial de Burgos.

Introducción y objetivos: La osteogénesis imperfecta es una enfermedad hereditaria caracterizada por fragilidad ósea y fracturas. La fragilidad ósea que presentan estos enfermos hace que los huesos largos sometidos a carga vayan deformándose hasta presentar incurvaciones importantes que predisponen a la aparición de fracturas de estrés; esta característica también hace difícil el tratamiento quirúrgico de las fracturas.

Material y método: Varón de 62 años con osteogénesis imperfecta. Múltiples fracturas a lo largo de su vida. Tras caída al suelo, presenta fractura a nivel diafisario en tercio proximal-medio de fémur bilateral.

Resultados: Se interviene, procediéndose a reducción y síntesis de ambas fracturas femorales con clavo intramedular humeral (dada la talla baja del paciente). A los tres meses de ser dado de alta, presenta dolor y chasquido en rodilla izquierda, presentado fractura de estrés a nivel del tercio distal del fémur. Se produce nuevo episodio de chasquido audible, observándose fractura de estrés diafisaria en fémur derecho; ambas fracturas de estrés se tratan conservadoramente. Transcurrido un año de la síntesis, la Rx muestra pseudoartrosis en la fractura diafisaria de la unión del tercio proximal con el tercio medio del fémur derecho, procediéndose a extracción de clavo intramedular, osteotomía valgizante en fémur proximal y colocación de nuevo clavo con aporte de injerto óseo autólogo. Actualmente la fractura sigue en proceso de consolidación.

Comentarios y conclusiones: La síntesis utilizada en este caso con clavo intramedular de titanio al intentar recuperar su forma dentro del hueso incurvado acabó provocando una tensión en un hueso osteoporótico que acabó produciendo una nueva fractura en el fémur. La posibilidad de haber realizado una osteotomía que corrigiese la deformidad angular del hueso previa a la introducción del clavo quizás hubiese evitado la formación de una nueva fractura de estrés.

CC-489. DESARTICULACIÓN DE RODILLA + CLAVO RETRÓGRADO FEMORAL BILATERAL

D. Arribas Agüera y L. Marull Serra

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: Las diferentes opciones de tratamiento dentro de las fracturas de fémur asociada a fractura de tibia ipsilateral incluye el clavo endomedular retrógrado. Con este caso lo que se pretende es dar confianza a una opción de tratamiento. Recientemente el uso de enclavado endomedular retrógrado en enfermos en estado crítico, está recibiendo cada vez más aceptación.

Material y método: Paciente de 18 años es traído a urgencias por accidente de ciclomotor, en estado hemodinámicamente inestable. Presenta el diagnóstico de: — Fractura abierta grado IIIC de tibia bilateral — Fractura diafisaria de fémur izquierdo grado I — Fractura diafisaria de fémur derecha abierta grado II El tratamiento incluye: — Desarticulación fémoro-tibial de ambas extremidades inferiores. — Reducción cerrada + fijación interna con clavo endomedular retrógrado de ambas fractura femorales.

Resultados: El paciente fue protetizado con una prótesis de última generación. El paciente ha requerido dinamización de la fractura a los 5 meses, por retraso de consolidación; consiguiendo la consolidación de una de ellas. El paciente actualmente se encuentra asintomático.

Comentarios y conclusiones: El uso de clavo endomedular de pequeño diámetro es una opción a considerar dentro del Damage Control Orthopaedics. La tasa de consolidación de esta técnica es cercana al 95% en algunas series. Dentro de las complicaciones del enclavado endomedular como tratamiento de una fractura diafisaria femoral encontramos el retraso de consolidación y la pseudoartrosis, que pueden requerir, entre otras cosas, dinamización de la fractura.

CC-490. OSTEOSÍNTESIS CONSECUTIVAS EN FRACTURA SUBTROCANTÉRICA

P. López Cuello, E. Solís Tamargo, V. González Sastre y A. Murcia Mazón

Hospital de Cabueñas. Gijón.

Introducción y objetivos: La zona subtrocantérica está compuesta principalmente por hueso cortical. Tiene menor vascularización y fre-

cientemente conminución. También existe una demanda mecánica mayor que puede resultar en fallo de la osteosíntesis antes que ocurra la consolidación. Presentamos un caso clínico singular que nos orienta en el tratamiento de estas fracturas.

Material y método: Mujer de 46 años, enfermera, obesidad moderada. IMC. 33,91. Acude al hospital tras sufrir una caída casual. Diagnosticada de fractura subtrocantérica transversa grado 2 A. ingresa para tratamiento quirúrgico.

Resultados: Osteosíntesis con clavo placa deslizante (Freelock®) 135°, 7 corticales. Que fracasa a las 18 semanas con desplazamiento en varo y rotura del tercer tornillo diafisario. A las 19 semanas se realiza una nueva intervención con retirada parcial del material y reosteosíntesis de la fractura. Esta vez se emplea una placa laminar a 95°. Con 1 tornillo metaA las 31 semanas nueva reintervención, esta vez clavo placa deslizante 20 corticales fisario y 6 diafisarios. El fragmento proximal se desliza sobre el tornillo "deslizante" (48s). A las 50 semanas se realiza una nueva osteosíntesis con clavo intramedular (Shyntes®) con aporte de injertos y dinamización posterior. Con consolidación de la fractura.

Comentarios y conclusiones: La rigidez excesiva sin transmisión de fuerzas a través del foco dificulta la consolidación y favorece el fracaso de la osteosíntesis. Fijación intramedular: Menor brazo de palanca. Elasticidad en sentido de compresión interfragmentaria. Posibilidad adicional de dinamización.

CC-491. LUXACIÓN INFERIOR DE HOMBRO

B.C. Zorzo Godes, A. Moreno Velasco, M. Zurrón Lobato, S. Bartolomé García, A. Ortega Briones y A. Guijarro Valtueña

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: La luxación glenohumeral inferior, o erecta, es una entidad infrecuente aunque fácil de identificar. Algunos autores la consideran un subtipo de luxación anterior.

Material y método: Se realiza revisión bibliográfica de esta lesión con apoyo iconográfico a propósito del siguiente caso: Paciente de 40 años sin antecedentes personales de interés que acude al Servicio de Urgencias tras agresión. A la exploración se evidencia limitación de la movilidad y posición erecta del miembro superior izquierdo. En la radiología simple se comprueba luxación glenohumeral inferior asociando fractura desplazada de tuberosidad mayor. Se realiza reducción cerrada bajo anestesia general y se solicita TAC de control, que confirma la reducción glenohumeral y de la fractura de tuberosidad mayor.

Resultados: El paciente es inmovilizado con cabestrillo y antirrotatorio durante 6 semanas sin desplazamiento de la fractura de tuberosidad mayor. A las 12 semanas alcanza una movilidad casi completa, con leve limitación de la rotación interna sin dolor.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones erectas asocian frecuentemente importantes lesiones de partes blandas y fractura de tuberosidad mayor. En raras ocasiones provocan lesión vascular o del plexo braquial.

CC-492. LUXACIÓN IPSILATERAL DE CADERA Y RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Eraso Lara, M.V. Rodríguez Goñi, F. Bravo Corzo, J. Lecumberri Sagües y C. Rodríguez Larraz

Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso clínico de un paciente que sufre luxación traumática posterior de cadera y luxación ipsilateral de rodilla tras accidente con maquinaria agrícola.

Material y método: Se hizo arteriografía de urgencia, descartándose lesión vascular y se realizó, bajo anestesia general, reducción cerrada de ambas luxaciones.

Resultados: Al año de la lesión, el paciente se encuentra asintomático y la movilidad tanto de cadera como de rodilla es completa.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones de cadera y rodilla son lesiones que se producen por mecanismos de alta energía. La luxación de cadera se asocia frecuentemente a fracturas en pelvis, fémur o rodilla. La asociación de luxación ipsilateral de cadera y rodilla, como es la de este caso, es un hecho infrecuente.

CC-493. FRACTURA DE FÉMUR CON ROTURA DE CLAVO TROCANTÉRICO

M.L. Galadi Fernández, D. Gallo Padilla, J.A. Alcántara Atienza y J.I. Eugenio Díaz

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: El objetivo de este póster es presentar un caso poco frecuente de fractura de fémur derecho sobre clavo trocantérico en una paciente portadora de una prótesis de rodilla derecha.

Material y método: Presentamos el caso clínico de una mujer de 70 años intervenida de fractura de cadera derecha en el año 2000, se le implantó un clavo Trigen. Acudió al servicio de urgencias por dolor e impotencia funcional a nivel de pierna derecha tras la caída. En la radiografía realizada se demuestra la existencia de una fractura diafisaria de fémur derecho sobre un clavo roto. Para extraer el clavo fue necesaria la realización de una diafisección de fémur. Tras extirpar el material se colocó un nuevo clavo fresado de Kuntscher.

Resultados: En el momento actual la paciente se encuentra asintomática, con una perfecta movilidad de rodilla y cadera.

Comentarios y conclusiones: Debemos destacar que la zona de rotura del clavo no se corresponde con una zona de debilidad de este material, basándonos en la bibliografía actual las zonas más frecuentes de debilidad de un clavo son los orificios de entrada de la lámina céfálica y la de los pernos de bloqueo. También debe resaltarse la complejidad técnica que se tuvo para extraer el clavo.

CC-494. OSTEOSÍNTESIS CON TORNILLO BIODEGRADABLE DE FRACTURA DE MESETA TIBIAL

R.Y. Santana Suárez¹, P. Álvarez Díaz², R. Cugat Bertomeu², X. Cuscó Segarra², R. Seijas Vázquez², O. Ares Rodríguez², L. Valencia Sola³ y L. García Bordes⁴

¹Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. ²Fundación García Cugat. Hospital Quirón. Barcelona. ³Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria. ⁴MC-Mutual. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los tornillos biodegradables tienen un empleo normalmente asociado a la cirugía artroscópica pero para la reducción abierta de fracturas está muy poco descrito. Las fracturas de meseta tibial normalmente se maneja para su osteosíntesis placas, agujas o tornillos pero frecuentemente de naturaleza metálica.

Material y método: Se expone un caso de un paciente de 30 años de 2 metros de altura que acude a urgencias tras caída en escalera y en la exploración física presenta dolor, deformidad, hemartros e impotencia funcional en rodilla izquierda. Se le realiza una radiografía que muestra una imagen de fractura de meseta tibial de 3.º en la escala de Schatzker. Se realiza reducción abierta y elevamos la meseta tibial interna con un tornillo biodegradable de hidroxiapatita. Se comprueba la estabilidad de la fractura y la congruencia del cartílago articular. Se coloca inmovilización y tras varios días en el hospital se da el alta.

Resultados: El paciente evoluciona favorablemente y a los 4 meses se le realizan controles con radiología y tomografía axial computarizada que muestran la consolidación ósea. A los 6 meses tras rehabilitación vemos una movilidad total de la articulación. El paciente ha vuelto a su vida normal sin ninguna secuela del traumatismo.

Comentarios y conclusiones: Se presenta una utilización escasamente descrita de este tipo de tornillos de características biodegradables que nos muestra unos excelentes resultados en una fractura de cierto grado de complicación.

CC-495. LUXACIÓN BILATERAL ASIMÉTRICA DE CADERAS

E. Escribano Landa, O. Sáez de Ugarte Sobrón,
I. Gutiérrez Sánchez, I. García Sánchez, K. Ruiz de Gopegui
Aramburu y J.L. Martínez de los Mozos

Hospital de Galdakao. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Presentamos la inusual situación en la que tras un accidente de tráfico ocurrió una luxación bilateral asimétrica de caderas.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 23 años que presentó tras un accidente de tráfico luxación bilateral asimétricas de caderas; luxación posterior de la derecha y luxación anterior de la cadera izquierda. Se realizó la reducción urgente en otro centro, llegando a nuestro hospital con las caderas reducidas. En la TAC de control se pudo comprobar cómo no existía ninguna fractura de acetábulo ni pélvica ni se observaban fragmentos libres intraarticulares.

Resultados: Tras tres semanas de reposo en cama y mínima tracción de partes blandas, el paciente se encuentra asintomático, realizando vida normal y sin ningún dato de necrosis avascular de cabeza femoral.

Comentarios y conclusiones: La luxación traumática bilateral de caderas es una situación muy poco frecuente, y más aún, luxación asimétrica de caderas sin asociar fractura ni hiperlaxitud ligamentosa. Se recomienda la reducción en la mayor brevedad posible para disminuir el riesgo de necrosis de cabeza femoral.

CC-496. MIGRACIÓN INTRATORÁCICA DE UNA AGUJA DE STEINMANN

F. Aranda Romero, J.J. Sánchez Rúas, J.A. Almodóvar Delgado,
C. Rodríguez Moro, D. Jiménez García, M.S. del Cura Varas,
C. Justo Astorgano y H. Gómez Santos

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La fijación con aguja de Steinmann puede ser una de las opciones de tratamiento tras la reducción cerrada de las luxaciones posteriores de hombro irreducible con lesión de Hill Sachs invertida. Este tipo de fijación tiene riesgo de migración y no está exenta de complicaciones.

Material y método: Presentamos el caso de una migración de aguja de Steinmann en un varón de 91 años con Antecedentes personales de epilepsia y paquipleuritis pulmonar, con luxación posterior de hombro con lesión de Hill Sachs invertida tras ataque epiléptico en la que se recurrió a la fijación con Steinmann.

Resultados: Tras la cirugía, el control radiográfico era correcto, y el paciente fue dado de alta sin dolor, indicándose reposo y MS en cabestrillo. A las 3 semanas en un nuevo control radiográfico la aguja había migrado al lóbulo superior del pulmón derecho sin presentar ninguna clínica, requiriendo extracción con toracoscopia.

Comentarios y conclusiones: Si bien la utilización de agujas de Steinmann es una opción terapéutica válida en las luxaciones de hombro posteriores irreducibles, existen en la literatura complicaciones graves con esta técnica, como la migración a tráquea, pulmón, aorta, corazón... Entre las causas de migración están el inicio de la actividad muscular, la reabsorción ósea que existe en la región humeral, y la mala inclinación de la aguja así como no doblar los extremos proximales. El paciente puede estar asintomático o presentar dolor por irritación pleural, neumotórax, hemotórax e incluso la muerte. El uso de agujas de Steinmann es controvertido siendo aconsejable el uso de

agujas que permitan doblar sus extremos y realizar un exhaustivo seguimiento clínico-radiológico del paciente hasta la extracción de la aguja.

CC-497. COMPLICACIONES EN FRACTURAS ABIERTAS DE FÉMUR DE ALTA ENERGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Suárez Fernández, G. Álvarez Pinyol, A. Toro Aguilera,
M. Arimanys Serratosa, E. Cruz Olivé y A. Yunta Gallo

Hospital General de Granollers.

Introducción y objetivos: Varón 16 años sufre accidente alta energía. Tras cirugía urgente precisó 6 cirugías sobre extremidad inferior izquierda. En este caso clínico revisamos las complicaciones en 3 años de fractura abierta fémur gIII y abierta de tibia gII.

Material y método: La primera cirugía tras el accidente consistió en la colocación de dos fijadores externos sobre fémur y tibia. Al mes se procedió a la extracción de ambos y la osteosíntesis de las fracturas: DCS en fémur y clavo endomedular en tibia. A los 4 meses presentaba retraso de consolidación del fémur y se procedió al curetaje y aporte autólogo de hueso sobre la fractura así como dinamización del clavo de tibia. Tres meses después presenta ruptura del material de osteosíntesis y se aprecia pseudoartrosis en fémur. Se decide extracción del DCS y reosteosíntesis del fémur con clavo endomedular. A los 7 meses persiste retraso de consolidación en fractura de fémur por lo que se realiza dinamización del clavo endomedular proximal y distalmente. Al mes no aparecen signos de consolidación de la fractura de fémur; se procede a la extracción del clavo tibial, cruentación del foco de fractura de fémur y colocación de un fijador externo para transporte de fémur mediante osteotomía proximal. A los 7 meses se retira fijador externo. Inicia entonces cuadro de gonalgia ipsilateral. Tras nuevo estudio se observa genu valgo secundario a la fractura de fémur por lo que se practica osteotomía varizante de adición externa sobre fémur distal.

Resultados: Actualmente el paciente tiene 19 años y se recupera de la última intervención hace 1 mes.

Comentarios y conclusiones: El caso clínico permite un repaso de diversas complicaciones en fractura diafisaria de fémur en pacientes jóvenes, así como la revisión de diferentes opciones quirúrgicas sobre este tipo de fracturas.

CC-498. FRACTURAS DE ESCÁPULA. ¿TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O CONSERVADOR? A PROPÓSITO DE 2 CASOS

C. Justo Astorgano, H. Gómez Santos, R. Sales Fernández,
T. del Olmo Hernández, P. García Medina, P. Herrera Mera,
F. Aranda Romero y J. Sánchez Rúas

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de escápula son lesiones relativamente infrecuentes representando tan sólo el 3-5% de las fracturas de hombro. Este tipo de fracturas no tienen gran importancia funcional salvo que afecten al cuello glenoideo o la superficie articular. La terapéutica más aprobada en las mismas es el tratamiento conservador, siendo las indicaciones quirúrgicas muy discutidas y específicas.

Material y método: Presentamos los casos de 2 pacientes de 23 y 63 años de edad diagnosticados ambos de fractura de escápula izquierda con afectación de la cavidad glenoidea tras accidente de motocicleta, intervenidos en nuestro centro mediante reducción abierta y osteosíntesis con las nuevas placas Acumed de escápula. Dada la buena evolución postoperatoria reciben el alta hospitalaria a los 6 días de la intervención con buen control radiológico y clínico.

Resultados: Se valoran los resultados obtenidos durante un periodo de seguimiento mínimo de 9 meses haciendo hincapié en su movilidad,

recuperación funcional y mejoría clínica basándonos en la escala Constant, así como valorando las posibles secuelas precoces de dicho procedimiento.

Comentarios y conclusiones: La mayoría de las fracturas de escápula pueden tratarse de modo conservador lográndose buenos resultados, sin embargo; las fracturas de la superficie articular, si están desplazadas, requieren de reducción quirúrgica y fijación interna para conseguir el mejor resultado funcional posible y evitar la artrosis posttraumática. En estos casos la utilización de las nuevas placas Acumed de escápula resulta una opción terapéutica con resultados funcionales y clínicos satisfactorios. No obstante, es necesario un seguimiento más a largo plazo para determinar posibles complicaciones secundarias.

CC-499. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA TEMPRANA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

J.F. Fajardo Romero, R. Laredo Rivero, R. Parrón Cambero, R. Cibantos Martínez, A. Santacruz Arévalo, P. Menéndez Martínez, J. Cervera Irimia y J. Morales Gandía

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Las lesiones musculoesqueléticas son extraordinariamente frecuentes en el paciente politraumatizado, los estudios reportan una incidencia del 78%. El tratamiento de las lesiones multiorgánicas complejas de este tipo de paciente requiere un manejo multidisciplinar para un oportuno diagnóstico y manejo de lesiones vitales. Hay diferentes fases en el tratamiento del paciente politraumatizado que son cruciales para un adecuado manejo. Se presenta un paciente politraumatizado con hernia diafragmática posttraumática con fractura pélvica inestable y fractura conminuta pertrocantérica de fémur derecho con manejo quirúrgico temprano.

Material y método: Paciente de 75 años que sufre politraumatismo al caerse de tractor, con fractura de ramas ilio e isquiopúbica bilateral, y hernia hemidiafragmática izquierda post traumática que fue evidenciada por radiografías y confirmadas por TAC, el cual remonta inicialmente ante el manejo con fluidoterapia. El paciente es llevado a quirófano de urgencias realizándose en un primer tiempo y previo consenso con los cirujanos generales la reparación de la hernia hemidiafragmática y posteriormente se procede a la colocación de fijador externo pélvico anterior (orthofix) y reducción cerrada mas fijación externa de la fractura pertrocantérica.

Resultados: El paciente se le realizó un adecuado manejo multidisciplinario que permitió un oportuno diagnóstico y tratamiento de las lesiones. El haberle realizado la fijación externa de pelvis y la síntesis de fémur de urgencia estabilizó hemodinámicamente al paciente requiriendo menos fluidoterapia y hemoderivados. Paciente con evolución favorable que permitió una recuperación posterior más temprana.

Comentarios y conclusiones: El manejo del paciente politraumatizado requiere un abordaje multidisciplinario y consensuado entre los diferentes servicios. La intervención quirúrgica temprana es avalada por diferentes estudios que reportan disminución en la morbilidad del paciente. Esto conlleva a una recuperación y a una reincorporación más temprana del paciente.

CC-500. TRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA POR ACCIDENTE LABORAL

J.F. Lirola Criado, D. Serrano Toledano, S. Tejero García, E.M. López Pliego y J.J. Gil Álvarez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los pacientes con múltiples fracturas de huesos largos son subsidiarios de cirugía de control del daño con la

intención de disminuir la morbilidad derivada del traumatismo inicial. Pretendemos exponer la resolución de un caso llevado a cabo en nuestro servicio.

Material y método: Paciente varón de 50 años que es trasladado desde su centro de trabajo a Urgencias de nuestro Hospital tras caerle encima una grúa de gran tonelaje.

Resultados: El paciente fue diagnosticado de las siguientes fracturas: abierta tipo IIIC de Gustilo de fémur y tibia y peroné izquierdos; diafisaria de cúbito izquierdo; conminuta del cuerpo de la escápula izquierda; costales múltiples y de órbita izquierda. De urgencia, se procedió a cirugía de control del daño mediante la reducción de las fracturas y colocación de fijadores externos en fémur y tibia izquierdos puenteados la rodilla y limpieza de las heridas, y en un segundo tiempo, se llevaron a cabo la reducción cerrada de las fracturas de fémur y tibia y la osteosíntesis con enclavado intramedular. El resto de fracturas fueron tratadas de forma conservadora. La herida sobre el tendón de Aquiles requirió cobertura con colgajo sural, y la herida en región poplítea con injerto de piel parcial. En el momento actual las fracturas se encuentran consolidadas, el paciente deambula sin apoyos y mantiene un balance articular en la rodilla de 10°-110°.

Comentarios y conclusiones: El estudio de Hannover realizado en la década de los 90 cambió el concepto de la estabilización precoz definitiva a temporal en el paciente con trauma múltiple. La cirugía de control del daño en traumatología preconiza la estabilización y control de las lesiones más que su reparación definitiva en el episodio agudo y retardar unos días el tratamiento definitivo de las fracturas buscando mejores condiciones generales del paciente.

CC-501. CONSOLIDACIÓN EN MALA POSICIÓN DE FRACTURA DIAFISARIA FEMORAL NO TRATADA

J. Cortina Gualdo, V. Molero García, D. Collado Gasteiver, L. Batalla Gurrea, J. Tomás Hernández, J. Teixidor Serra y D. Pacha Vicente

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las consolidaciones en mala posición de la diáisisis femoral habitualmente se definen como acortamiento > 2 cm, deformidad rotacional y/o deformidad angular > 10°. Éstas son más frecuentes con el tratamiento conservador, por este motivo, des de los años 70 en los países desarrollados, la cirugía es el tratamiento de elección en las fracturas diafisarias de fémur en adultos.

Material y método: Paciente varón de 20 años, con antecedente de fractura de diáisisis de fémur abierta tras ser atropellado en su país. Dados los escasos recursos de su país de origen, la fractura no fue tratada en ningún centro y, permaneció en cama con curas tradicionales en la herida de la fractura. A los 6 meses acude a CCEE de nuestro centro con cojera, objetivándose a la exploración física dismetría de EEII. Tras la práctica de radiografía y TC se evidencia consolidación de la fractura con acabalgamiento de fragmentos, variación de foco y rotación entre fragmentos de 20°. Se indica intervención quirúrgica realizándose osteotomías de la consolidación en mala posición más tracción longitudinal y enclavado endomedular. Durante el postoperatorio el paciente inicia carga parcial progresiva de la extremidad.

Resultados: Actualmente el paciente deambula correctamente sin dismetrías ni dolor. Tiene un balance articular de cadera y rodilla conservados. Radiológicamente existen signos de consolidación ósea.

Comentarios y conclusiones: La revisión de la literatura muestra que angulaciones en varo > 10° o en valgo > 15°, así como angulaciones en el plano sagital > 15° y deformidades rotacionales > 15° son indicaciones de corrección quirúrgica. También acortamientos > 3cm representan indicación de osteotomía correctora. La osteotomía es una forma útil de corregir las distintas consolidaciones en mala posición diafisarias que puedan hallarse.

CC-502. SECUELAS DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA. PSEUDOARTROSIS INFECTADA

J. del Río Hortelano, R. de los Santos Real, B. López Hernando,
M. de Dios Pérez y J. Escalera Alonso

Hospital Infanta Sofía. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas abiertas continúan siendo actualmente uno de los retos más demandantes para los profesionales de la Traumatología. Se trata de casos complejos que precisan de varias intervenciones y que con cierta frecuencia presentan complicaciones graves.

Material y método: Se trata de 1 paciente tratado en nuestro centro por fractura abierta de tibia izquierda IIIB tras accidente de moto, que ha precisado varias intervenciones: fijación externa, cobertura partes blandas, síntesis interna...

Resultados: El resultado que se presenta es quizá la complicación más temida por los profesionales de la Traumatología: pseudoartrosis infectada de tibia. Esta ha sido tratada mediante resección en bloque de todo el tejido infectado y con sospecha de infección + fijación externa tipo Ilizarov + relleno del defecto con cemento con antibióticos + Antibioterapia sistémica. Actualmente nos encontramos en una fase intermedia de curación de la infección para una posterior reconstrucción ósea.

Comentarios y conclusiones: Se trata de quizás la complicación más temida ya que el tratamiento exige un planteamiento multidisciplinar, varias intervenciones quirúrgicas, tratamiento antibiótico prolongado, y sobre todo muchísima paciencia y prudencia tanto por parte del profesional como del paciente. Los objetivos del tratamiento son: Salvar el miembro, Curar la infección, Conseguir la consolidación de la pseudoartrosis y conservar la función en la medida de lo posible. Sin embargo conseguirlos no es tarea fácil, y no siempre se consiguen.

CC-503. FRACTURA DIAFISARIA DE HÚMERO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PSEUDOARTROSIS

M. Rojo Remírez, D. Cecilia López y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: El tratamiento de la pseudoartrosis de húmero tras fractura sigue constituyendo un reto terapéutico.

Material y método: Se trata de un caso clínico de un varón de 47 años que acude a urgencias presentando dolor y tumefacción en tercio medio humeral izquierdo con preservación neurovascular del miembro lesionado. La Rx simple confirma una fractura transversa de tercio medio de húmero izquierdo y se decide tratamiento quirúrgico de la lesión. Se intenta introducir un clavo endomedular produciéndose una fractura patológica cuyo trazo distal alcanza la región supracondilea, por lo que se opta por reducción abierta y osteosíntesis con placa lc-dcp. La evolución postoperatoria es satisfactoria pero a los 4 meses de la cirugía se evidencia movilización y rotura del sistema de osteosíntesis presentando el paciente paresia motora del miembro afecto y disestesias en el territorio del nervio radial que se confirma mediante estudio electrofisiológico. Se planifica nueva cirugía para tratar la pseudoartrosis y se opta por la reconstrucción con placa lcp más injerto autólogo.

Resultados: A los 3 años de seguimiento el paciente presenta una recuperación completa del nervio radial y reincorporación a la vida laboral sin dolor.

Comentarios y conclusiones: La pseudoartrosis de húmero constituye un desafío para el cirujano. La causa más frecuente es una técnica quirúrgica inadecuada y siempre se debe descartar la presencia de infección. En ocasiones obliga a múltiples cirugías y por tanto mayor posibilidad de complicaciones añadidas. El éxito en el tratamiento consiste en aportar tanto estabilidad mecánica como biológica, por ello las opciones terapéuticas son múltiples. En nuestro caso se obtuvo

un resultado clínico y funcional satisfactorio mediante la síntesis con placa y tornillos y el aporte de injerto óseo.

CC-504. TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DIAFISARIAS EN EL POLITRAUMATIZADO

Y. Contreras Cidores, N. Lambán Mascaray, G. Gutiérrez Castanedo, M.I. Mora Fernández, G. Hernández Fernández, J.M. Muñoz Ortús, J. Arteche Llano y A. Blanco Pozo

Complejo Asistencial de Burgos.

Introducción y objetivos: La fijación de las fracturas de los huesos largos en el politraumatizado se trata de un tratamiento agresivo en un paciente con múltiples fracturas demostrándose que aumenta el riesgo de síndrome de distrés respiratorio agudo y daño pulmonar agudo.

Material y método: Mujer de 70 años politraumatizada con fractura diafisaria del tercio medio del húmero derecho con parálisis del nervio radial, fractura supraintercondilea de fémur derecho, fractura bifocal de fémur izquierdo, fractura de ramas pélvicas, fractura del primer metatarsiano con luxación de Lisfranc derecha, fractura del quinto metatarsiano izquierdo y contusión pulmonar. Es intervenida una vez estabilizada hemodinámicamente, procediéndose a reducción y osteosíntesis de fractura de húmero derecho con clavo fresado; reducción abierta y síntesis de fractura supraintercondilea de fémur derecho con placa; síntesis de fractura transcervical de fémur izquierdo con dos tornillos cervicocefálicos; reducción y síntesis de fractura diafisaria del tercio medio-distal del fémur izquierdo con clavo retrógrado fresado; reducción de luxación de Lisfranc del pie derecho y síntesis con agujas de Kirschner de fracturas de base de primer metatarsiano.

Resultados: Se realizan revisiones con controles radiológicos seriados, con buena consolidación de las fracturas presentando una pseudoartrosis hipertrófica en fractura de húmero derecho pendiente de nueva intervención.

Comentarios y conclusiones: El fresado de las fracturas diafisarias de huesos largos en el politraumatizado aumentan el riesgo de complicaciones pulmonares, el riesgo de sepsis y alarga la estancia en la UVI; por tanto las recomendaciones son la selección de los pacientes y valorar el beneficio riesgo, optando por la fijación externa si la situación del paciente es inestable. Queda claro que en este caso la elección del fresado para el enclavado endomedular una vez estabilizada la paciente es la técnica de elección para las fracturas diafisarias que presenta, siendo los resultados satisfactorios.

CC-505. FRACTURA DE EXTREMIDAD INFERIOR. POSIBLES COMPLICACIONES. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.I. Varo Rodríguez, J.L. Teruel Collazos, M.D. García Mota, A.C. Barco Berzosa, M. Zazo Espinosa, R. González Alconada, J.L. Castaño Rodríguez y J.A. Queiruga Dios

Hospital Virgen del Puerto. Cáceres.

Introducción y objetivos: Paciente varón de 59 años, con fractura diafisaria de tibia y distal de peroné.

Material y método: Osteosíntesis de fractura tibial, cambiando varias veces las opciones terapéuticas por las sucesivas complicaciones que aparecieron.

Resultados: Actualmente el paciente se encuentra clínicamente bien, con signos de consolidación de la fractura y mínima rigidez de tobillo.

Comentarios y conclusiones: La vascularización y situación anatómica de la tibia conlleven un aumento en las complicaciones de las fracturas.

CC-506. FRACTURAS DEL CALCÁNEO. IMPORTANCIA DE UNA CLASIFICACIÓN QUE DEFINE EL TIPO DE CIRUGÍA

M. Goldzak Montes

Clinica de l'Union. Toulouse. Francia.

Introducción y objetivos: La comparación de las clasificaciones de las fracturas del calcáneo muestra un interés descriptivo sin orientación quirúrgica. Basados en nuestra experiencia propia de 450 fracturas operadas por el mismo cirujano y con la ayuda de un estudio en tomografía computarizada con reconstrucciones en tres dimensiones proponemos de utilizar la clasificación de UTHEZA de Tolosa.

Material y método: 450 fracturas operadas de 1991 a 2009 por un mismo cirujano entre las cuales 100 han sido por una técnica personal mini invasiva. El estudio de estos 100 casos con un seguimiento de 12 meses de cada caso, la evaluación con el score de la SOFCOT (Sociedad Francesa de Cirugía Ortopédica): dolor marcha y actividad. Los ítems de 0 a 5 permiten definir los resultados Radiológicamente, el ángulo de Boheler en una radiografía de perfil y la incidencia retro-tibial para la medida del varo de la tuberosidad calcánea.

Resultados: Con 60% de buenos y muy buenos resultados y 20% de malos la técnica percutánea da resultados equivalentes a un abordaje clásico. Si se utiliza la clasificación para afinar las indicaciones los resultados son 80% buenos y muy buenos y sólo un 10% malos.

Comentarios y conclusiones: La utilización de una clasificación para orientar el tipo de cirugía en las fracturas del calcáneo es una etapa más de la evolución de la cirugía ortopédica. Nuevos tipos de implantes permitirán mejorar los resultados en función de criterios clínicos y radiológicos definidos por la clasificación.

CC-507. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS DE ACETÁBULO

V. Estrems Díaz, L. Hernández Ferrando, A. Bru Pomer, V. Zarzuela Sánchez, X. Bertó Martí, J. Balaguer Andrés y R. Sanchis Amat

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y objetivos: Las fracturas acetabulares suponen un reto terapéutico para el cirujano ortopédico. Presentamos un estudio retrospectivo de los resultados clínicos y radiológicos en el tratamiento quirúrgico de 27 pacientes diagnosticados de fractura acetabular entre junio de 2003 y abril de 2009.

Material y método: La edad promedio de los pacientes fue de 41 años (rango 17-89 años). El mecanismo lesional correspondió en 13 casos a accidentes de tráfico (48,1%) y en 12 casos a caídas desde altura (44,4%). De acuerdo con la clasificación de Judet y Letournel hubo 15 fracturas elementales (55,5%) y 12 fracturas complejas (44,5%) siendo la fractura de ambas columnas y la fractura aislada de pared posterior las más frecuentes (8 casos cada una). En 7 casos (25,9%) existían fracturas del anillo pélvico concomitantes. En 23 casos (85,1%) la osteosíntesis se llevó a cabo dentro de las dos primeras semanas. La evaluación clínico-radiológica final se realizó en 25 pacientes (92,5%) con un seguimiento promedio de 3 años (rango de 5 a 72 meses).

Resultados: Los resultados han sido evaluados radiográficamente, determinando la calidad de la reducción obtenida, y clínicamente mediante la escala de valoración de Harris. Según esta última los resultados funcionales fueron excelentes o buenos en 18 casos (72%) y aceptables o pobres en 7 pacientes (28%). Las complicaciones postoperatorias precoces fueron lesión del nervio femorocutáneo en 4 casos (16%) y 1 caso de infección superficial de la herida quirúrgica. Como complicaciones tardías señalamos 3 casos de osificación heterotópica (12%), 1 de necrosis avascular de cabeza femoral y 4 coxartrosis radiológicas (16%) sin suficiente impronta clínica como para plantear sustitución protésica.

Comentarios y conclusiones: La restitución quirúrgica de la superficie articular acetabular en fracturas desplazadas permite la movilización temprana de los pacientes y mejora el pronóstico articular y funcional a largo plazo.

CC-508. COMPARATIVA ENTRE EL CLAVO GAMMA3 Y EL CLAVO-PLACA EN FRACTURAS INTERTROCANTÉREAS DE CADERA EN ANCIANOS

C. Gómez Garrido¹, T. Ros Ample¹, P. Torres Lozano¹, L. Pagés Ortiz¹, M.D.M. Pardo Coello¹, S. Losa Palacios¹, E. Arribas Arribas² y A. Nájera Nájera²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Universidad de Castilla-La Mancha.

Introducción y objetivos: Comparar los resultados funcionales, demanda de sangre, tiempo quirúrgico y complicaciones aparecidas en el tratamiento de las fracturas de cadera en ancianos mediante el uso de un clavo-placa extramedular o del clavo intramedular Gamma3.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de 250 pacientes con fractura intertrocantérica de cadera tratadas quirúrgicamente en 2006 y 2007 en el Hospital de Albacete. Los criterios de inclusión eran ser mayor de 65 años, seguimiento mínimo 6 meses, haber sido intervenidos utilizando un clavo-placa o un clavo Gamma3. Se excluyeron las fracturas patológicas. Se recogió la información en un formulario tomando datos demográficos, tipo de fractura, funcionalidad según la escala de Kyle y Gustilo, tiempo quirúrgico, pérdida de sangre, complicaciones quirúrgicas y el estado del paciente según la clasificación ASA.

Resultados: 150 pacientes fueron tratados mediante clavo-placa y 100 tratados con Gamma3. La edad media de los pacientes tratados con Gamma3 fue de 83,35 años, y de 83,67 años en los pacientes con clavo-placa. No hay diferencias respecto al número de transfusiones según una técnica u otra, ni en cuanto a complicaciones quirúrgicas. El resultado funcional final fue similar, encontrándose un deterioro del estado postoperatorio respecto al preoperatorio en ambos casos.

Comentarios y conclusiones: Hay un cambio de actitud en la elección de implantes para el tratamiento de las fracturas de cadera en nuestro servicio, pasando del uso del Clavo-Placa al Gamma3. Según los resultados del estudio, no parece que haya diferencias ni en cuanto a los resultados funcionales ni en complicaciones y por tanto en el cambio de actitud deben argumentarse razones diferentes a las del interés del enfermo.

CC-509. VÍA MODIFICADA DE GANZ PARA EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE ACETÁBULO

J. Baeza Oliete, J. Aracil Silvestre, J. Castro Gil y J. Colado Domínguez

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: El abordaje ilioinguinal es actualmente el abordaje estándar para la mayoría de las fracturas acetabulares por vía anterior. Sin embargo se han desarrollado modificaciones de ésta vía por la necesidad de mejorar la visualización y la inspección articular de las fracturas comunitarias del muro anterior y de las fracturas bajas de la columna anterior. Presentamos la vía modificada de Ganz como alternativa para el tratamiento de las fracturas de cotilo.

Material y método: Se han intervenido 14 pacientes con un rango de edad de 16-65 años mediante la vía modificada de Ganz. La distribución de las fracturas fue la siguiente: 5 fracturas de la columna anterior, 2 transversas, 2 fracturas de la columna anterior más hemitransversa posterior y 3 de ambas columnas.

Resultados: Se realizó en el postoperatorio un estudio radiográfico que incluía Rx AP, alar y obturatríz siendo en todos los casos la reduc-

ción anatómica y satisfactoria. Para la valoración clínica se ha utilizado la escala de Merle D'Aubigné.

Comentarios y conclusiones: Dicha vía permite un acceso de la columna anterior desde la articulación sacroilíaca hasta la eminencia iliopectínea incluyendo la lámina cuadrilátera. Se facilita la osteosíntesis de la fractura y la visualización de la articulación para asegurar la reducción o extracción de cuerpos libres. Asociando un abordaje de Pfannenstiel se puede realizar osteosíntesis con placas hasta la sínfisis del pubis. Debido a que la parte distal de la incisión discurre lateral a la espina ilíaca anterosuperior y sobre el vientre del músculo tensor de la fascia lata, se evita el riesgo de lesión del nervio cutáneo femoral lateral, de los grandes vasos y de las estructuras de la región inguinal. En caso de laparotomía previa es improbable la lesión por necrosis del recto del abdomen ya que la arteria epigástrica inferior no se ve afectada.

CC-510. CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS EN AFGANISTÁN. EXPERIENCIA DE LA SANIDAD MILITAR ESPAÑOLA Y A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Tamburri Barriain¹, R. Navarro Suay², C. Rodríguez Moro¹, C. Francisco Carreres¹, J. Javier Areta¹, A. Miguel Ángel Castrillo¹, R. Gonzalo Ceballos¹ y M. Fernández Gayol¹

¹Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. ²Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Introducción y objetivos: La cirugía de control de daños, constituye una parte del manejo del paciente politraumatizado y del herido por arma de fuego/artefacto explosivo. En la actualidad, este tipo de cirugía protocolizada es ampliamente practicada por los equipos de traumatología españoles destacados en Afganistán, dentro del manejo de las fracturas abiertas y del paciente politraumatizado (sea o no en el seno de ataques por arma de fuego/artefacto explosivo) por la Sanidad Militar.

Material y método: Tipo de estudio: Estudio no experimental, de tipo descriptivo. Población: las bajas recibidas en el Hospital de Campaña Español en Afganistán, con el diagnóstico de politraumatismo y fractura abierta. Describiendo su topografía lesional y los tipos de tratamiento aplicados. Muestreo: 257 casos atendidos en el H. de Campaña de Herat.

Resultados: Demostraremos la estadística de atenciones al mencionado tipo de baja, su topografía lesional y presentaremos un pequeño caso clínico ilustrativo al respecto.

Comentarios y conclusiones: Basándonos en nuestra experiencia, la cirugía de control de daños es parte fundamental de la estabilización secundaria de la baja e implica altas tasas de salvación de extremidades contribuyendo además a la estabilización hemodinámica y general.

CC-511. FRACTURAS DE PELVIS. NUESTRA EXPERIENCIA

A. Ortega Briones, A. Moreno Velasco, F. Janez Moral, C. Ortega Sánchez, M. Zurrón Lobato, S. Bartolomé García y J.L. Vilanova Vázquez

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de pelvis son debidas, frecuentemente, a traumatismos de elevada energía. El cirujano ortopédico debe intervenir precozmente en el curso de su tratamiento. Aunque existen distintos sistemas para su clasificación (estrictamente anatómicos, por mecanismo de lesión, combinados...) la clasificación pronóstico-terapéutica de Tile es la utilizada en este estudio.

Material y método: Realizamos estudio retrospectivo incluyendo 12 pacientes (8 Tile B y 4 Tile C) atendidos en nuestro hospital desde enero de 2008 a septiembre de 2009. No se incluyen fracturas de pelvis de baja energía. Estudiamos parámetros demográficos (edad,

sexo), mecanismo lesional, inestabilidad hemodinámica en sala de urgencia, necesidad de arteriografía, estancia en UCI, lesiones asociadas, tratamiento definitivo, estudio funcional postfractura.

Resultados: Todos los pacientes precisaron estancia en UCI. El 70% presentaban lesiones asociadas. Se realizó arteriografía en dos C y una B. Todas las C necesitaron fijador externo inicialmente. Todas se convirtieron a fijación abierta salvo una C por complicación abdominal y se usaron sistemas percutáneos en 2 de ellas. Un 60% de los pacientes se reincorporaron a su actividad previa, apareció dolor crónico en 3 de ellos y existió una disfunción eréctil.

Comentarios y conclusiones: La mejora en los sistemas de emergencia permite la llegada a nuestros hospitales de pacientes más complejos. La clasificación de Tile nos ayuda a conocer el patrón de fractura y a seleccionar aquellos pacientes que precisan nuestra actuación precoz. Pese a tratarse de una serie muy corta los resultados obtenidos en nuestra cohorte son similares a aquellos encontrados en series más amplias.

CC-512. REVISIÓN DE 36 FRACTURAS DIAFISARIAS DE HÚMERO TRATADAS MEDIANTE CLAVO INTRAMEDULAR TIPO T2 EN NUESTRO SERVICIO DE COT DESDE 2004 HASTA 2008

J.J. Romero, B. García Benítez, M. Villa Gil-Ortega y F. Baquero Garcés

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las fracturas diafisarias de húmero son frecuentes, aparecen generalmente en personas jóvenes y a menudo se asocian con otras lesiones. Como opciones terapéuticas existe el tratamiento conservador, tradicionalmente empleado y el quirúrgico. El tipo de fractura, la edad del paciente y sus necesidades funcionales condicionan el tratamiento. El objetivo del estudio fue valorar los resultados obtenidos al emplear clavo T2 en la fijación de fracturas diafisarias de húmero.

Material y método: Se presentan 36 pacientes (16 hombres-20 mujeres) con fractura diafisaria de húmero. Se trata de 18 fracturas tipo 1.2.A.1 de la clasificación AO, 6 1.2.B.1, 2 1.2.A.2 y 9 1.2.A.3. Todos fueron intervenidos mediante clavo intramedular T2; 28 con abordaje anterógrado y 8 retrógrado.

Resultados: La distribución por sexo fue 55,55% mujeres y 44,44% varones. La edad media era de 54,35 (19-77) años. Se valoró la funcionalidad del hombro mediante la escala de Constant, y del codo mediante la de Morrey, obteniéndose unos buenos resultados que se compararon con la bibliografía actual. El porcentaje de consolidación fue del 94,5%. Como complicación se presentaron 5,5% de casos de pseudoartrosis, que requirieron posteriormente otras intervenciones.

Comentarios y conclusiones: La reducción con fijación interna de fracturas diafisarias de húmero mediante clavo T2 es una opción terapéutica que en nuestro servicio ha desbancado el empleo de otros sistemas, logrando en nuestra serie buenos resultados en lo referente a la rotación, consolidación, acortamiento y funcionalidad. La pseudoartrosis constituye la principal complicación observada a largo plazo.

CC-513. TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE LA EXTREMIDAD DISTAL DE FÉMUR MEDIANTE EL CLAVO INTRAMEDULAR RETRÓGRADO

F.J. Lara Pulido, A. Jiménez Guardeña, J.M. Beltrán Caro, S. Sedeño López y M. Martínez Vázquez

Hospital Infanta Elena. Madrid.

Introducción y objetivos: Son fracturas de difícil tratamiento, pues hay que conseguir la consolidación de la fractura recuperando precozmente la movilidad de la rodilla. La imposibilidad de conseguir estos objetivos, conduce con frecuencia a una rodilla dolorosa y rígida. El tratamiento de las fracturas distales de fémur ha experimentado una

evolución muy importante en los últimos años. Objetivo: valorar los resultados terapéuticos del clavo intramedular retrógrado en el tratamiento de las fracturas de la extremidad distal de fémur, y comparar dichos resultados con los de otras series de la literatura, así como con otros métodos de tratamiento.

Material y método: Estudio retrospectivo sobre los pacientes con fractura de la extremidad distal del fémur tratadas con clavo intramedular retrógrado, incluyendo las fracturas periprotésicas sobre prótesis total de rodilla.

Resultados: Estudiamos los porcentajes de consolidación de la fractura. Casos de infección postquirúrgica Y La movilidad media de la rodilla. Porcentaje de pacientes que se incorporaron a una vida similar a la preoperatoria y tipo de limitación funcional si existiera.

Comentarios y conclusiones: El clavo intramedular retrógrado es una alternativa válida en el tratamiento de las fracturas de la extremidad distal de fémur, con buenos resultados y pocas complicaciones.

CC-514. TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS ABIERTAS DIAFISARIAS GRADO III DE TIBIA

M. Rojo Remírez, V. Rodríguez Vega, J.L. León Baltasar, P. Caba Doussoux y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Sigue existiendo controversia sobre el tratamiento óptimo de la fracturas diafisarias de tibia abiertas grado III. El objetivo del estudio es conocer las tasas de consolidación y complicaciones en este tipo de fracturas.

Material y método: Se analizaron de modo retrospectivo 50 pacientes: 41 varones y 9 mujeres con el patrón de fractura señalado entre 1999 y 2009. La edad media de los pacientes fue de 44 años. La etiología más común fue el accidente de tráfico (70%). 30 fracturas eran de tipo III a, 14 IIIb y 6 IIIc, según la clasificación de Gustilo. El 30% de los pacientes presentaba lesiones asociadas. En 6 fracturas de tipo IIIa, 11 de tipo IIIb y en todas las de tipo IIIc se realizó una fijación externa como tratamiento inicial, el resto de los casos se trataron con un enclavado endomedular de inicio. En 3 pacientes se utilizó un fijador externo híbrido tipo Taylor tras retirada de fijador externo y uno de ellos precisó enclavado endomedular tras diagnosticarse retraso de consolidación. El resto de pacientes con fijación externa de entrada fueron fijados internamente con clavo intramedular tras un intervalo de 10 días de media.

Resultados: En los pacientes con enclavado sin fijación externa hubo 4 retardos de consolidación, 2 casos de infección y 1 síndrome compartimental. En los pacientes con fijador externo inicial se detectaron 5 retardos de consolidación, 3 pseudoartrosis, 4 infecciones profundas y 3 amputaciones. Los pacientes diagnosticado de fractura abierta grado IIIa y IIIb precisaron una media de 2 intervenciones para cobertura ósea.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas abiertas de tibia grado III constituyen un reto terapéutico. Se deben diseñar algoritmos de decisión para reducir las tasas de pseudoartrosis e infección. El enclavado endomedular precoz constituye una alternativa terapéutica eficaz en estos pacientes.

CC-515. FRACTURAS DE LA EXTREMIDAD DISTAL DEL HÚMERO TRATADAS QUIRÚRGICAMENTE CON DOBLE PLACA

A. Jiménez Martín, F.J. Santos Yubero, M. Zurera Carmona, F.J. Najarro Cid, S. Navarro Martínez, M. Contreras Joya y S. Pérez Hidalgo

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: Para Stoffel, las fracturas humerales distales representarían el 2-6% de todas las fracturas. Las tipo AO-C con-

llevan un 48% de complicaciones, (77% causadas por una incorrecta fijación primaria, según Sánchez Sotelo). Nuestro objetivo es revisar la osteosíntesis con doble placa mostrando nuestros resultados en la escala MEPS (Mayo Elbow Performance Store).

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre 11 pacientes con osteosíntesis a doble placa (dentro de 30 fracturas de paleta humeral). Analizamos edad, sexo, clasificación AO, tipo de placas, complicaciones, escalas MEPS y Cassebaum.

Resultados: Edad media de $37,7 \pm 8,1$ años, 81,82% varones. Tipos AO C1: 18,2%, C2: 36,4% y C3: 45,5%. 36,4% Abiertas (27,3% tipo I y 9,1% tipo II de Gustilo). $158,18 \pm 51,49$ minutos de intervención. 81,8% (placa Mayo) y 18,2% (placa AO): 72,7% paralelas, 27,3% perpendiculares. Rehabilitación: $6,64 \pm 1,62$ meses. Complicaciones: rigidez (54,5%), pseudoartrosis de olécranon (9,1%) y lesión cubital (9,1%). Flexión final ($125,45 \pm 18,09^\circ$), extensión ($25,4 \pm 21,6^\circ$), pronación ($85,9 \pm 13,5^\circ$) y supinación ($83,1 \pm 15,5^\circ$), MEPS final: $75,3 \pm 17,7$ puntos, 45,5% grado I (clasificación de Cassebaum).

Comentarios y conclusiones: La osteosíntesis con dos placas paralelas conseguiría mejores resultados funcionales, (excelentes: 78%, escala MEPS), con flexoextensión $22-125^\circ$ según Liu. Complicaciones: neuropatía cubital, cuya exoneurólisis mejoraría la escala de Gabel-Amadio (3,2 a 6,5 puntos); pseudoartrosis (0-33% para O'Driscoll); rigidez, (subsidiaria de capsulectomía en 94%, para Ring); alta comminución, (recomendando Chalidis la artroplastia en ancianos); u osificación heterotópica (4-49%), según Shin.

TUMORES (CC-516—CC-583)

CC-516. SARCOMAS DE PARTES BLANDAS: CIERRE DE LA HERIDA QUIRÚRGICA CON VENTROFIL

L. Coll Mesa, D. Ponce Pérez, J.C. Díaz Pérez, M. González Gaitano, J. Vega Sanginés y C. Izquierdo Martín

Hospital Universitario de Canarias.

Introducción y objetivos: Los pacientes que son intervenidos de sarcomas de partes blandas sufren resecciones de grandes masas. Estas exéresis tumorales provocan, en ocasiones, la aparición de seromas que complican el proceso post-operatorio. El uso de puntos totales (Ventrofil®) ayuda a reducir el riesgo de padecer complicaciones favoreciendo un adecuado cierre.

Material y método: Se ha realizado un estudio de los pacientes intervenidos de sarcomas de partes blandas analizando los resultados obtenidos y comparando las complicaciones entre el grupo suturado con puntos totales (Ventrofil®) y el grupo donde se ha utilizado una sutura convencional.

Resultados: El 22% de los pacientes a los que se le ha realizado una exéresis tumoral y han sido suturados con una sutura tradicional sufrieron complicaciones de las heridas quirúrgicas, generalmente seromas, que retrasaron entre tres y cuatro semanas el tiempo medio de cierre de las heridas e incrementaron las cargas de trabajo. De los 44 pacientes intervenidos suturados con Ventrofil sólo 3 presentaron alguna complicación que retrasó el cierre de la herida.

Comentarios y conclusiones: Los resultados obtenidos tras el estudio nos sirven para comprobar que el uso de los puntos totales (Ventrofil®) en exéresis de grandes tumores de partes blandas ayuda a disminuir las complicaciones post-quirúrgicas y disminuyen de forma significativa el gasto sanitario.

CC-517. PROLIFERACIÓN OSTEOCONDROMATOSA PAROSTAL BIZARRA EN EL CÚBITO

L. Vírseda García, I.C. Vázquez Vecilla, L.J. Díez Romero, A. Saldaña Díaz, R. Marcos Mesa, P. Casas Ramos, S. Sánchez Herráez y L.R. Ramos Pascua

Hospital de León.

Introducción y objetivos: La proliferación osteocondromatosa parostal bizarra (o lesión de Nora), es una lesión ósea infrecuente que suele diagnosticarse en las falanges de las manos y los pies.

Material y método: Presentamos un nuevo caso en un varón de 50 años localizada en la metáfisis distal del cúbito, remitida a nuestra Unidad por haber sido confundida con una lesión tumoral agresiva. Se realizó una resección del extremo distal del cúbito.

Resultados: El resultado del tratamiento en términos cosméticos y funcionales fue bueno, sin recidiva de la tumoración año y medio después de su tratamiento.

Comentarios y conclusiones: Este tipo de lesión aun siendo típica la localización en las manos y los pies, no debemos olvidarla en otros lugares para no confundirla con tumores agresivos de mal pronóstico.

ción en el primer dedo de la mano izquierda sin antecedente traumático.

Material y método: Tras estudios de imagen (radiología simple y resonancia magnética nuclear) se realiza biopsia que confirma el diagnóstico de tumor de células gigantes en estadio 3 de Campanacci, localizado en la falange proximal. Se intervino a la paciente mediante exéresis de la falange, injerto autólogo de cresta ilíaca y artrodesis metacarpofalángica e interfalángica mediante agujas de Kirschner.

Resultados: La paciente presentó buena evolución del dolor, tanto en la zona receptora como en la donante, tras la cirugía. No presentó signos de infección. En el control radiológico seriado se aprecia artrodesis efectiva de las articulaciones y signos de vitalidad del injerto. En el seguimiento a 12 meses no ha presentado recidiva local ni metástasis pulmonares en el estudio de extensión.

Comentarios y conclusiones: El tumor de células gigantes es un tumor óseo, lítico, característico del extremo epifisario de huesos largos en adultos jóvenes, considerado benigno por su histología pero que en estadios avanzados puede producir gran invasión local e incluso metástasis a distancia. La localización en las manos es poco frecuente y existe poca literatura al respecto. Consideramos la exéresis en bloque, sustitución por injerto de cresta ilíaca y doble artrodesis como una opción adecuada en el tratamiento de este tumor en esta localización.



SELECCIONADO COMO CANDIDATO A MEJOR PÓSTER

CC-518. METÁSTASIS MUSCULARES DE ADENOCARCINOMA RENAL. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

P. Carpintero Benítez, R. Carpintero Lluch, J.A. Serrano Trenas, P. Serrano Lázaro y F. Mozo Frutos

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: El carcinoma renal puede producir metástasis, siendo las más frecuentes en pulmón, hígado, esqueleto y encéfalo. Las metástasis aisladas en el músculo esquelético son muy raras, existiendo alrededor de veinte casos publicadas en la literatura.

Material y método: Presentamos tres casos de metástasis de carcinoma renal, localizadas en el músculo esquelético. Dos de ellos varones (82 y 76 años), y una mujer (78 años).

Resultados: Las metástasis se localizaron en el bíceps braquial, bíceps femoral y eminencia tenar respectivamente. La aparición fue después de cinco años de la nefrectomía total, a los siete meses, y en uno de los casos, previo al diagnóstico del tumor. Un paciente falleció a los dos meses del diagnóstico de la metástasis, y los otros dos siguen vivos y libres de enfermedad a los dos y un año después de la extirpación.

Comentarios y conclusiones: Las metástasis de los carcinomas son raras en la musculatura musculoesquelética.. A pesar de su rareza, hay que tenerlos en cuenta para realizar un diagnóstico diferencial ante una masa de partes blandas, ya que se pueden confundir con los sarcomas de partes blandas, no solamente por la clínica, sino también por que las pruebas de imagen son muy parecidas, y a veces su histología. Cuando tienen un tratamiento y pronóstico totalmente diferente. Sobre todo cuando se presentan como la primera manifestación de la enfermedad.

CC-520. LIPOSARCOMA MULTICÉNTRICO. ¿A PROPÓSITO DE UN CASO?

E. López-Anglada Fernández, S. Antón García, J. Díanez Raimúndez, C. Argüelles Rodríguez, S. Ramos García y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Un sarcoma se dice que es multicéntrico cuando es detectado en dos o más localizaciones anatómicas diferentes, donde es frecuente encontrarlo como tumor primario (extremidades), antes de que se extienda a regiones donde es más frecuente encontrarlo como metástasis (pulmón, esqueleto, etc.). No está demostrado que este patrón de presentación se deba a un origen realmente multicéntrico (policlonal) o si los casos comunicados se tratan en realidad de una forma rara de metástasis a partir de un tumor primario (monoclonal). Presentamos un caso compatible con lo que tradicionalmente se ha descrito en la literatura como sarcoma multicéntrico. Se ha realizado un estudio de la translocación TLS-CHOP característica del liposarcoma mixoide para verificar el origen monoclonal o policlonal de las masas.

Material y método: Mujer de 28 años que en el plazo de ocho años ha desarrollado en varias localizaciones de su anatomía tumores con diagnóstico de liposarcoma mixoide (retroperitoneo, muslo izquierdo, base del cuello, axila, ingle izquierda, pectoral izquierdo, subescapular derecho, glúteo derecho). Se realizó la determinación de la translocación t(12; 16)(q13; p11) característica de este tumor.

Resultados: El punto de rotura de los cinco posibles para esta translocación descritos en la literatura era el mismo en todas las muestras recogidas, lo que indica como mayor probabilidad que todas las masas proceden del mismo clon.

Comentarios y conclusiones: La presentación de múltiples sarcomas en un paciente siguiendo un patrón diferente al que habitualmente conocemos para las metástasis puede resultar desconcertante. Este caso tiene una presentación parecida a la de otros sarcomas multicéntricos descritos, aunque sólo en los casos más recientes se ha llevado a cabo la determinación de la translocación TLS-CHOP. Sin embargo, el estudio genético muestra que lo más probable es que en realidad se trate de tipo de tumor con un patrón de metástasis cuyo mecanismo no se conoce.

CC-519. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE LA FALANGE PROXIMAL DEL PRIMER DEDO DE LA MANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Colino Castro, J.L. Cebrián Parra, G. Rodríguez Rosales, J.J. Tejada Gallego y L. López-Durán Stern

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos: Acude a consulta una paciente de treinta años de edad refiriendo dolor y tumefacción de dos meses de evolu-

CC-521. METÁSTASIS QUÍSTICA DE CARCINOMA ESCAMOSO DE CÉRVIX. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. López-Anglada Fernández, J. Díanez Raimúndez, C. Argüelles Rodríguez, S. Ramos García, S. Antón García y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Los tejidos blandos constituyen el 55% de la masa corporal. Sin embargo las metástasis tumorales hematogénas sobre tejidos blandos son poco frecuentes. Si hablamos de metástasis de estructura quística la frecuencia es aún menor. Diversos factores pueden influir para que esto sea así: pH, acumulación de metabolitos, temperatura local... Se presenta un caso en el que tuvo lugar la formación de una metástasis quística de gran tamaño en la región glútea de una paciente, a partir de un carcinoma de cérvix.

Material y método: Mujer de 64 años. Antecedentes personales: trombocitopenia y esplenomegalia idiopática. Carcinoma escamoso de cérvix estadio IIB-International Federation of Gynecologic Oncologists (FIGO) en 2006. Metástasis ósea en metáfisis humeral proximal izquierda tratada mediante enclavado de Hackett y cementoplastia con radiación posterior. En 2007 acude a consulta por desarrollo de una tumoración de grandes dimensiones en la región posterolateral del glúteo derecho. El tumor fue extirpado y se controló localmente la enfermedad. El diagnóstico anatomo-patológico fue de metástasis quística de carcinoma epidermoide de epitelio no queratinizante. La paciente falleció en mayo de 2008 debido a una complicación hemorrágica aguda en el seno de una leucemia aguda secundaria a un síndrome mieloproliferativo.

Comentarios y conclusiones: Se trata de un caso poco frecuente por las características quísticas de la metástasis, su localización en los tejidos blandos del plano subcutáneo de una paciente y el curso clínico que presentó.

CC-522. FRACTURA DE ESTRÉS EN MELORREOSTOSIS DE FÉMUR

M. de Frías González, P. Martínez Ureña, P. García Medina, D. Jiménez García, S. del Cura Varas e I. Sánchez del Campo Arriola

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La melorresosis es una displasia ósea mesenquimal rara y progresiva, debida a una mutación del gen LEMD3, infrecuente en adultos, cursa con tumefacción articular, dolor y limitación de la movilidad, caracterizada por hiperostosis del hueso cortical. Presentamos un caso clínico de afectación en la edad adulta que debutó como fractura de estrés del tercio proximal del fémur.

Material y método: Paciente mujer de 84 años con cuadro clínico de coxalgia izquierda de 3 meses de evolución e incapacidad para la bipedestación. El estudio radiológico inicial de la columna lumbar-pelvis-cadera sin alteraciones significativas. En la gammagrafía ósea se aprecia captación en el tercio proximal de fémur con imagen compatible con fractura de estrés, en la radiografía simple del fémur se aprecia incurvación en varo de la diáfisis con hiperóstosis de la cortical lateral y línea de fractura en el tercio proximal.

Resultados: Ante la incapacidad funcional para la bipedestación y la presencia de fractura de estrés en la cortical externa del tercio proximal del fémur se decide el enclavado endomedular profiláctico con un clavo Gamma largo encerujado. El postoperatorio cursa sin complicaciones y la paciente puede deambular con buen control del dolor.

Comentarios y conclusiones: La melorresosis es un trastorno óseo raro que afecta fundamentalmente a la infancia, suele ser monostótica o afectar a un solo miembro. En la radiología simple aparece hiperostosis cortical que simula a la cera derretida que se desliza por la vela. No suele precisar tratamiento quirúrgico excepto para alargamientos tendinosos o corregir deformidades. En el caso presentado el primer diagnóstico fue el de fractura de estrés del cuello femoral, al

no tener confirmación diagnóstica con TAC y RM se solicita estudio con gammagrafía ósea, la cual junto con la radiografía simple nos dio el diagnóstico. El diagnóstico diferencial lo realizaremos, fundamentalmente, con la enfermedad de Paget.

CC-523. FRACTURA PATOLÓGICA POR TUMOR PARDO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. Liñán Padilla, S. Chacón Cartaya, J.M. Abad Zamora, D. Serrano Toledano y J. Ribera Zabalbeascoa

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El tumor pardo es una lesión ósea uni o multifocal, clásicamente una osteítis fibrosa quística, que se diferencia de otras lesiones focales por la presencia de un hiperparatiroidismo. Son lesiones óseas benignas que expresan un remodelado óseo acelerado, secundario a niveles persistentemente elevados de hormona paratiroides.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 33 años que sufre fractura patológica sobre lesión lítica de cuello femoral. De forma urgente se realizó biopsia de la lesión posterior estabilización de la fractura mediante tornillos percutáneos para el posterior estudio.

Resultados: Se le realizaron estudios de imagen (TAC toraco-abdominal y de pelvis, gammagrafía ósea y ecografía tiroidea), analíticas completas y estudio anatomo-patológico de la lesión, llegando así al diagnóstico de tumor pardo en el contexto de un hiperparatiroidismo primario.

Comentarios y conclusiones: Los tumores pardos son la expresión de una osteítis fibrosa quística que traduce un alto remodelado óseo de características histológicas benignas, que se localizan principalmente a nivel del macizo facial. El diagnóstico diferencial incluye al granuloma reparativo de células gigantes, el tumor de células gigantes, la displasia fibrosa y el quiste óseo aneurismático. El manejo de los tumores pardos depende de la severidad de las lesiones óseas aunque siempre va dirigido a corregir la alteración hormonal.

CC-524. LINFANGIOSARCOMA DE MIEMBRO SUPERIOR SECUNDARIO A LINFEDEMA CRÓNICO POSMASTECTOMÍA

E. Abalo, E. Corinaldesi y P.D. Plater

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas. Argentina.

Introducción y objetivos: El linfangiosarcoma es un tumor vascular maligno poco frecuente y agresivo. También denominado síndrome de Stewart-Treves, en el miembro superior se caracteriza por su aparición como complicación de un linfedema crónico debido a una mastectomía radical por un carcinoma de mama. Presentamos un caso de linfangiosarcoma de miembro superior tratado mediante una desarticularción glenohumeral.

Material y método: Una paciente de 79 años, con antecedente de mastectomía izquierda de 11 años de evolución, consulta con edema generalizado del miembro superior izquierdo, múltiples lesiones equimóticas y máculo-papulosas de coloración azul-púrpura, y lesiones sangrantes en el antebrazo. La resonancia magnética muestra un edema del tejido celular subcutáneo sin poder determinar algún margen de las lesiones tumorales.

Resultados: El tratamiento realizado fue la amputación glenohumeral del miembro superior. La paciente realizó quimioterapia y cuatro ciclos de radioterapia postoperatoria. Presentó a los 14 meses de seguimiento postoperatorio una recidiva tumoral en cara lateral del tórax, falleciendo a los 20 meses del diagnóstico inicial por metástasis cerebrales.

Comentarios y conclusiones: El linfangiosarcoma es un tumor vascular maligno de etiología desconocida. Debido a que el rol de la quimioter-

rapia y la radioterapia no ha sido bien establecido, el diagnóstico temprano y la resección radical de las lesiones aparecen como la mejor alternativa para mejorar la sobrevida de los pacientes.

CC-525. TUMEFACCIÓN DEL BRAZO EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

J. García Regal, D. Díaz Jaraquemada, J.M. Mariscal Peralta, A. García Hermosa y A. Hueso Macías

Hospital de Mérida.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un paciente inmunodeprimido con linfoma B de alto grado de húmero.

Material y método: Paciente de 46 años en seguimiento por Reumatología por oligoartritis seronegativa y en tratamiento con metotrexate, que acude a Urgencias por dolor en brazo derecho de unos 10 días de evolución y que no mejora con tratamiento analgésico. A la exploración, se aprecia aumento del perímetro del brazo derecho con tumoración indurada y adherida a planos profundos a nivel de la región anterolateral y sin enrojecimiento ni aumento de la temperatura local. Analítica: normal, Rx: posible patrón permeativo con destrucción de la cortical externa Eco y TAC: tumoración con bordes bien definidos a nivel del bíceps braquial sin afectación de la cortical humeral. RMN: Alteración de la intensidad de señal a nivel de médula ósea con afectación muscular de tipo infiltrativa acompañado de edema de partes blandas.

Resultados: Se realiza PAAF con envío de muestra a Microbiología y Anatomía Patológica, siendo los cultivos y el gram negativos, y el estudio anatopatológico no concluyente. Se realiza posteriormente biopsia abierta de la lesión siendo el diagnóstico anatopatológico compatible con proceso linfoproliferativo B de alto grado con afectación medular y cortical. El paciente fue derivado al Servicio de Oncología para recibir tratamiento radio y quimioterápico. El estudio de extensión mediante gammagrafía y TAC fue negativo.

Comentarios y conclusiones: El linfoma B de alto grado óseo es un tumor de baja frecuencia representando sólo el 2-7% de todos los tumores óseos. Es más frecuente en hombres y entre los 40 y 50 años. Sólo se consideran de origen óseo primario después de un rastreo sistémico sin afectación extraósea. Puede debutar con síntomas locales como dolor y tumefacción o síntomas sistémicos como fiebre y pérdida de peso. La localización más frecuente son los huesos largos, pelvis, costillas y vértebras.

CC-526. COMPLICACIONES TRAS CIRUGÍA TUMORAL EN FÉMUR PROXIMAL

D. Gallo Padilla, M.L. Galadi Fernández y J.I. Eugenio Díaz

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Los osteosarcomas comprenden una familia de tumores del tejido conectivo con diferentes grados de potencial maligno y con la capacidad característica de producir hueso u osteoide. Constituyen el 20% de los tumores óseos malignos primarios. El osteosarcoma convencional tiene como rango de edades más frecuentes 10-20 años. Se plantea el objetivo de ver la evolución de un tratamiento agresivo.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente de 16 años con un osteosarcoma convencional que afecta a fémur proximal y con estudio de extensión negativo. Se realizó tratamiento quirúrgico y quimioterapia pre y postquirúrgica. Se le practicó una resección radical con extirpación de extremidad proximal de fémur, y parte de la musculatura perifemoral. Se colocó una megaprótesis a medida bipolar, con injerto intercalar cementado (alojamiento de diáfrasis de fémur) y fijación distal no cementada tipo Wagner.

Resultados: La evolución inicial llevó a una luxación recidivante de la prótesis hasta hacerse irreductible por su inestabilidad, por lo que se le retiró la cúpula biarticular y se le colocó un cotilo constreñido de contención. 8 años más tarde, y sin antecedente traumático, se produce una rotura del vástago protésico a la altura del alojamiento, que no se había terminado de integrar. Se lleva a cabo una cirugía de rescate que requiere la realización de un sarcófago para la extracción del material protésico dañado, y se sustituye por una megaprótesis modular a medida con suplementos. El postoperatorio inmediato es favorable.

Comentarios y conclusiones: La cirugía de resección agresiva, necesaria en muchos casos de patología tumoral, produce secuelas importantes desde un punto de vista funcional. El desarrollo de sustitutos protésicos ayuda a paliar tales secuelas y ofrecen distintas alternativas que ayudan a enfrentarse a las complicaciones que pudieran surgir.

CC-527. RESECCIÓN DE RECIDIVA DE OSTEOSARCOMA PAROSTAL EN FÉMUR DISTAL CON AFECTACIÓN DE ARTERIA FEMORAL

A. Valcárcel Díaz, P. Puertas García-Sandoval, R. Rodríguez Martínez, J.P. García Paños, J.J. López Martínez, S. Illán Franco, M. López Antón y J.A. Calatayud Mora

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El osteosarcoma parostal se caracteriza por tener su origen en la superficie externa del hueso, su diferenciación estructural, su crecimiento lento y su mejor pronóstico. Presentamos un caso de recidiva tardía con afectación vascular que pudo ser resecado con preservación de miembro.

Material y método: Varón de 49 años de edad con antecedente de osteosarcoma parostal en fémur distal intervenido hace 12 años mediante resección tumoral + aloprótesis (injerto óseo de banco-prótesis G.S.B.). Acude a revisión presentando en radiografía imagen calcificada en tercio distal fémur. Ante sospecha de recidiva se solicita gammagrafía (hipercaptación en fémur distal), TC fémur (masa calcificada en fémur distal en yuxtacortical posterior que envuelve alojamiento) y TC tórax (sin lesiones metastásicas). La biopsia confirma la recidiva del tumor. Se interviene quirúrgicamente encontrándose osteosarcoma a nivel de alojamiento-hueso propio que engloba arteria y vena femoral. Se realiza individualización y liberación tercio distal de fémur y sección de arteria y vena femoral. Implantación de prótesis modular de fémur distal LPS con vástago cementado y se realiza bypass desde arteria femoral superficial a arteria poplítea.

Resultados: El paciente presenta buena evolución postoperatoria (no frialdad ni cambios de coloración y pulsos pedios presentes). Al año de la intervención presenta un rango de movilidad extensión 0°-flexión 115°.

Comentarios y conclusiones: La indicación de cirugía de conservación del miembro depende de la posibilidad de resección oncológica adecuada y la correspondiente reconstrucción posterior. En este caso se consiguió una resección suficiente a expensas de sección vascular que pudo ser solventada con un bypass término terminal.

CC-528. UTILIZACIÓN DE PLACA DE OSTEOSÍNTESIS EN LA RECONSTRUCCIÓN DE ESTERNÓN TRAS RESECCIÓN DE METÁSTASIS DE HIPERNEFRONA

A. Tejero Ibáñez¹, F. Bravo Corzo² e I. Eraso Lara²

¹Hospital Reina Sofía. Tudela. ²Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: El objetivo de esta comunicación es la presentación de una nueva forma de reconstrucción del esternón tras la resección parcial del mismo por una metástasis de hipernefroma en una paciente mujer.

Material y método: La reconstrucción se llevó a cabo con una placa de osteosíntesis de AO.

Resultados: Revisada la literatura no hemos encontrado ningún artículo en el que se opte por este tipo de reconstrucción.

Comentarios y conclusiones: Los tumores del esternón se han considerado un problema difícil a largo tiempo. La estabilidad y la reconstrucción de defectos de la pared torácica han causado las principales dificultades en la resección radical de los tumores. Se han utilizado diversos sistemas de reconstrucción como: injertos autólogos de hueso, colgajos musculocutáneos, materiales plásticos o mallas de Marlex entre otros.

CC-529. SACRECTOMÍA POR DOBLE ABORDAJE ANTERIOR Y POSTERIOR EN CORDOMA DEL SACRO

E. Abalo, E. Corinaldesi y P.D. Plater

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas. Argentina.

Introducción y objetivos: El cordoma de sacro es un tumor de crecimiento lento que puede adquirir gran tamaño y comprometer frecuentemente estructuras vitales intrapélvicas y neurovasculares. El objetivo fue analizar una serie de pacientes tratados mediante la resección quirúrgica del sacro con un doble abordaje por vía anterior y posterior.

Material y método: Se analizó retrospectivamente la evolución de tres pacientes con diagnóstico de cordoma de sacro tratados en dos instituciones mediante la resección quirúrgica del mismo con un doble abordaje por vía anterior y posterior. En un primer tiempo se realizó una laparotomía anterior, la disección del tumor de todas las estructuras intrapélvicas y la identificación del paquete vascular. En un segundo tiempo, la sacrectomía por vía posterior. La edad promedio fue de 59 años.

Resultados: Dos pacientes presentaron una resección completa del tumor y uno tuvo una resección marginal. El seguimiento promedio fue de 12 meses, sin observarse recurrencias en el último control.

Comentarios y conclusiones: La resección completa en cordomas del sacro de gran tamaño presenta gran dificultad por su proximidad con estructuras intrapélvicas y neurovasculares. Un doble abordaje combinado anterior y posterior nos permitió proteger órganos vitales intrapélvicos y obtener resecciones tumorales con adecuados márgenes.

CC-530. OSTEOCONDROMA EN DIÁFISIS HUMERAL CON COMPRESIÓN DE RAMAS DE PLEXO AXILAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. García Castro, P. Igado Insa, A. Argoitia Ituarte,
N. Gorostiaga Pérez, L. Mendieta Axpe y M. Careaga Anduiza

Hospital Txagorritxu. Vitoria.

Introducción y objetivos: El osteocondroma es el tumor benigno más frecuente del hueso. Con frecuencia adopta una forma de excrecencia con un casquete cartilaginoso. Su crecimiento es habitualmente paralelo al del paciente y se interrumpe cuando se alcanza la madurez esquelética.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 40 años que refiere crecimiento en los últimos meses de tumoración en húmero ya conocida desde la adolescencia y que asocia parestesias en antebrazo y mano ipsilaterales. Se procede a abordaje de la lesión tras estudios de imagen, objetivando que la lesión diseña las ramas de plexo axilar, procediendo a su resección.

Resultados: El estudio anatopatológico de la lesión confirma el osteocondroma, sin datos de malignidad. Las parestesias se resuelven tras unos meses.

Comentarios y conclusiones: En ocasiones, estas lesiones son asintomáticas y su hallazgo es accidental pero en otras se descubren por irritación de las estructuras circundantes. Así mismo, está indicada la resección ante crecimiento rápido reciente. El interés de este caso radica en la localización anatómica de la lesión y en el crecimiento en un individuo esqueléticamente maduro.

CC-531. METÁSTASIS EN MANO DE ADENOCARCINOMA RECTAL

G. Borobio León¹, D. Pescador Hernández¹, I. García Cepeda¹, R. González Alconada² y S. López Alonso¹

¹Complejo Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ²Hospital Virgen del Puerto. Plasencia.

Introducción y objetivos: Las acrometástasis son lesiones muy poco usuales, representando del 0,3 al 3 % de todas las metástasis óseas, siendo la frecuencia de éstas entre el 15 al 84 %. Las metástasis en mano de carcinoma colorrectal son aún más raras, no existiendo en la literatura apenas publicaciones.

Material y método: Mujer de 81 años que acude a consulta por tumoración en dorso de la mano izquierda de varias semanas de evolución, con los antecedentes personales de, entre otros, hemicolectomía izquierda 18 años atrás por carcinoma de colon y amputación abdominoperineal por adenocarcinoma bien diferenciado de recto un año antes, no subsidiaria de tratamiento quimioterápico por la edad y rechazando la paciente el tratamiento radioterápico. A la exploración física se aprecia gran tumoración en todo el dorso de la mano izquierda, de consistencia dura, no desplazable de aproximadamente 7 × 7 cm, asociando edema y aumento de la temperatura. Radiografía simple: lesión osteolítica mal definida que insufla y rompe corticales, con fractura patológica del tercer metacarpiano y aumento de partes blandas. Gammagrafía ósea: depósito patológico del trazador en segundo metacarpiano RMN: masa de partes blandas en relación a metacarpianos y carpo. Se realiza biopsia, cuyo resultado anatopatológico fue adenocarcinoma de tipo entérico. TAC pulmonar: nódulos pulmonares y masa presacra de 6 × 4 cm. El tratamiento paliativo fue realizado por el Servicio de Oncología con capecitabina y ácido zoledrónico y Oncología Radioterápica con telecobalterapia.

Resultados: La paciente falleció a los siete meses de ser diagnosticadas las acrometástasis.

Comentarios y conclusiones: En la mano son frecuentes las lesiones benignas, pero muy poco usuales las malignas. Las acrometástasis suelen ser la primera manifestación de una neoplasia oculta. Debido a que las acrometástasis suelen aparecer con la enfermedad avanzada el pronóstico es pobre y el objetivo suele ser paliar el dolor. Las posibilidades terapéuticas pasan por amputación, radioterapia, curetaje, cementación, quimioterapia y escisión amplia.

CC-532. MIOSITIS OSIFICANTE DE LA ESPALDA SIMULANDO UN SARCOMA DE PARTES BLANDAS

I.C. Vázquez Vecilla, L. Vírseda García, A. Saldaña Díaz, A. Ramos del Río, F. Arias Martín, J. Betegón Nicolás, S. Sánchez Herráez y L.R. Ramos Pascua

Hospital de León.

Introducción y objetivos: La miositis osificante es una formación ósea heterotópica en músculos o partes blandas del organismo. Hay varios subtipos clínicos, la miositis osificante circunscrita que aparece después de un traumatismo y la miositis osificante progresiva que se trata de un desorden raro, heredado caracterizado, a menudo, por la fibrosis y osificación del músculo, tendones y ligamentos en sitios múltiples en la extremidades superiores y espalda que es incapacitante y finalmente fatal. También es una complicación reconocida de la parálisis que ocurre debajo del nivel de lesión del cordón espinal. En niños es

muy raramente encontrada (normalmente ocurre en la segunda y tercera década de vida), y las formas no traumáticas son mucho menos frecuentes.

Material y método: Se presenta un caso muy infrecuente de miositis osificante atraumática, que inicialmente fue confundido con un sarcoma de partes blandas, localizado en la musculatura paravertebral de un niño de 9 años de edad y su atípica evolución.

Resultados: Despues de una evolución atípica, la lesión acabó involucionando de manera espontánea.

Comentarios y conclusiones: Uno de los diagnósticos diferenciales que debemos de tener en cuenta, ante la sospecha de un sarcoma de partes blandas, es la miositis osificante; a pesar de tratarse ésta de una patología poco frecuente, sobre todo en niños. El cuadro clínico difiere del sarcoma, ya que el dolor de la miositis osificante disminuye con el tiempo, mientras que en los sarcomas aumenta. El tratamiento de la miositis osificante es generalmente conservador, la cirugía en fases precoces debe estar contraindicada, la escisión es una opción después de que haya una disminución evidente de la actividad.

CC-533. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN EXTREMO DISTAL DEL RÁDIO

J. Gosálbez García, E. Gómez San Martín, B. Pérez-Lozana Carracedo y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un varón de 62 años derivado a nuestro servicio para estudio y tratamiento de tumor en tercio distal de radio izquierdo.

Material y método: Se realiza biopsia por punción con trocar confirmado la sospecha diagnóstica de TCG. Posteriormente el paciente es sometido a una resección amplia de la región metafisoepifisaria del radio y reconstrucción mediante un aloinjerto osteoarticular. El paciente es dado de alta a las 72 horas sin complicaciones postoperatorias reseñables y derivado al servicio de rehabilitación para su recuperación funcional.

Resultados: Los resultados funcionales han sido buenos, realizándose una resección amplia y completa del tumor. Actualmente el paciente se encuentra libre de enfermedad.

Comentarios y conclusiones: El TCG es único debido a su presencia en el extremo epifisario de los huesos largos de adultos jóvenes. Esta enfermedad es sumamente rara en personas mayores de 65 y menores de 13 años. La cuarta localización más frecuente es el extremo distal del radio, precedido por el fémur distal, la tibia proximal y sacro. En los primeros estadios de la enfermedad es frecuente el dolor. Los pacientes refieren tumefacción de la articulación afectada varios meses después. Se pueden producir fracturas de la articulación complicando el tratamiento. El curetaje ampliado y cementación son hoy en día el tratamiento de elección, salvo en el tercio distal del radio donde el índice de recidivas locales es elevado, precisando de una resección más amplia, seguida de una reconstrucción con aloinjerto estructural.

CC-534. CIRUGÍA DE PRESERVACIÓN EN TUMORES DE HÚMERO PROXIMAL: PRÓTESIS TIPO METS

J.S. Ribas García-Peña, V. Zarzuela Sánchez, L. Hernández Ferrando, A. Bru Pomer, X. Bertó Martí, J. Balaguer Andrés, V. Estrems Díaz y R. Sanchis Amat

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y objetivos: El húmero proximal es una región frecuente de asentamiento de sarcoma óseo primario, así como de metástasis óseas. Desde 1970, ante la mejora de las técnicas diagnósticas y tera-

péticas, la tendencia es hacia la preservación del miembro. Para ello existen diferentes técnicas tras la realización de la cirugía oncológica: artrodesis, espaciador funcional, aloinjerto osteoarticular y prótesis tumoral (Modular y Custom Made).

Material y método: Presentamos 3 pacientes tratados en nuestro servicio de una tumoración en húmero proximal, diagnosticados histológicamente mediante biopsia: metástasis no filiada, mieloma múltiple IIB, osteosarcoma condroblástico. El estudio de extensión es completado mediante TAC y gammagrafía ósea. En todos los casos se realizó una cirugía oncológica ampliada, toma de biopsias de la pieza restante y colocación de prótesis tumoral tipo METS.

Resultados: El tiempo de seguimiento de los pacientes oscila entre 4 meses (por fallecimiento del paciente con metástasis no filiadas por causas ajenas a la cirugía) y 12 meses. Como complicaciones postoperatorias precoces se detectó una paresia radial parcial que fue recuperada, 2 casos de hematomas y 1 caso de linfedema de forma tardía. Se procede al seguimiento del estado clínico y de satisfacción de los pacientes mediante la escala funcional de la MSTS para evaluar la recuperación de la movilidad tras la cirugía, así como el uso del DASH score para valorar la independencia en las actividades de la vida diaria.

Comentarios y conclusiones: La cirugía de preservación del miembro en pacientes sometidos a una cirugía oncológica ampliada en el húmero proximal aporta al paciente ventajas tanto funcionales como psicológicas, sin disminuir la supervivencia. El uso de prótesis tumorales, frente al uso de otro tipo de cirugía de preservación del miembro, proporciona un mayor grado funcional así como una mayor independencia para las actividades de la vida diaria.

CC-535. FIBROSARCOMA DESMOPLÁSTICO DE LA PELVIS SIMULANDO SARCOMAS

L. Vírseda García¹, I.C. Vázquez Vecilla, ¹, A. Ramos del Río¹, F. Arias Martín¹, F.M. Izquierdo Izquierdo¹, S. Sánchez Herráez¹, J.A. Santos Santos² y L.R. Ramos Pascua¹

¹Hospital de León. ²Hospital de Salamanca.

Introducción y objetivos: El fibrosarcoma desmoplásico es una rara lesión fibroblástica de partes blandas, benignas y de lento crecimiento, que suele localizarse en el cuello o en las extremidades.

Material y método: Presentamos dos casos de gran tamaño y asiento pélvano, por debajo de la musculatura glútea y en la escotadura ciática, que crecieron de forma rápida e hicieron pensar en sendos sarcomas de partes blandas. En ambos pacientes se realizó una resección marginal.

Resultados: Hasta la fecha, cinco y dos años después, no hay evidencias de recidiva.

Comentarios y conclusiones: El fibrosarcoma desmoplásico puede simular un sarcoma de partes blandas cuando atípicamente crece de manera rápida, para lo que es fundamental un buen diagnóstico del mismo. Aun siendo una lesión benigna los márgenes de su resección debiera intentarse que fueran amplios.

CC-536. OSTEOSARCOMA OSTEOBLÁSTICO SACROILÍACO

M.E. Gómez San Martín, J. Gosálbez García, E. López-Anglada Fernández y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Se expone el caso de una mujer de 29 años que es trasladada desde otro centro con diagnóstico de osteosarcoma osteoblastico sacroiliaco para tratamiento definitivo en la Unidad de Tumores de nuestro centro.

Material y método: Paciente sin antecedentes personales de interés que presenta lesión sacroilíaca derecha con extensión tumoral de partes blandas tanto paravertebral anterior como posterior a nivel de la articulación sacroilíaca derecha, con estudio de extensión negativo. Es tratada mediante 9 semanas de tratamiento quimioterápico preoperatorio, observándose una disminución significativa de la masa de partes blandas por lo que se deriva a nuestro centro para tratamiento quirúrgico. La paciente es intervenida en dos tiempos; en un primer tiempo se realiza una vía anterior de forma conjunta con el servicio de Cirugía General, realizándose una colostomía, una discectomía L5-S1 y una resección parcial de L5; en un segundo tiempo se realiza un abordaje posterior, realizándose una sacrectomía total y una síntesis con tornillos pediculares así como aporte de aloinjertos lumboilíacos.

Resultados: El estudio anatopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico. Como complicación quirúrgica fue necesario el drenaje de una colección serohemática, descartándose infección. Actualmente la paciente está completando el tratamiento quimioterápico postoperatorio.

Comentarios y conclusiones: El osteosarcoma corresponde aproximadamente al 20% de los tumores óseos primarios y al 40% de los tumores óseos malignos, siendo más frecuentes en la segunda década de la vida. Si no existen metástasis en el momento del diagnóstico, con las actuales quimioterapias combinadas y el tratamiento quirúrgico adecuado la tasa de supervivencia de estos pacientes ha aumentado considerablemente. Es importante un diagnóstico precoz y adecuado de estas lesiones, así como un riguroso estudio de extensión para un adecuado planteamiento terapéutico.

CC-537. TUMOR INFILTRANTE DE CÉLULAS GIGANTES RECIDIVADO A NIVEL METACARPIANO. HISTORIA DE UNA MANO

S. Bartolomé García, J. Caballero Aragón, C. Ortega Sánchez, P.J. Torrijos Garrido, M. Zurrón Lobato, A. Ortega Briones, C. Zorzo Godes y A. Guijarro Valtueta

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes constituye aproximadamente el 5% de los tumores óseos benignos, apareciendo el 2% de los mismos en la mano. Se consideran lesiones benignas por su aspecto histológico, pero pueden comportarse de manera agresiva a nivel local, metastatizar y provocar la muerte.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 51 años con antecedente de fractura del cuello del 5º metacarpiano de la mano derecha en julio de 2002. Refiere la aparición progresiva de una tumoración en borde cubital de mano derecha, por lo que fue intervenido en septiembre de 2003 y julio de 2006 en otro centro, con confirmación anatomo-patológica de tumor de células gigantes. Acude a nuestro hospital en diciembre de 2007 con nueva tumoración en borde cubital, siendo compatible la imagen de RMN con recidiva tumoral, presentando destrucción de la cabeza del 5º metacarpiano. Tras realizar TAC torácico-abdomino-pélvico de rastreo en el que se descarta extensión, en enero de 2008 se realiza por vía volar resección de tumoración de 3,5 x 2,5 cm. Se objetiva comunicación articular a nivel metacarpo-falángico y destrucción ósea a nivel diafisario, que se rellena con hidroxiapatita sintética. Asimismo se observa extensión a la vaina del tendón extensor del 5º dedo, que se reseca.

Resultados: El estudio histológico confirmó la naturaleza de la tumoración. A los 20 meses de la intervención, no hay signos de nueva recidiva, manteniendo el paciente un déficit de extensión de la articulación interfalángica proximal de 20º.

Comentarios y conclusiones: El tumor de células gigantes es un tumor benigno con características de agresividad a nivel local, que precisa revisiones periódicas por la alta incidencia de recidivas y la posibilidad de metastatizar.

CC-538. LINFOMA NO HODGKIN DE ALTO GRADO. HALLAZGO RADIOGRÁFICO CASUAL

S. Sedeno López

Hospital Infanta Elena. Huelva.

Introducción y objetivos: Las imágenes óseas patológicas pueden darse en el contexto de un paciente sano, como hallazgo casual, o acompañado de una sintomatología clínica, momento en el que se debe realizar un diagnóstico diferencial para descartar una patología de carácter maligno.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente de 40 años con dolor nocturno ocasional en muslo izquierdo en el que en una visita a urgencias se detecta un hallazgo radiográfico casual: engrosamiento de la cortical en tercio medio de fémur izquierdo. Se realizar una RM donde se detecta imágenes compatibles con los diagnósticos de Osteoma osteoide vs condrosarcoma central de fémur. Se realiza una biopsia incisional extrayendo un cilindro de hueso. El diagnóstico de anatomía patológica no es definitivo, por lo que se decide realizar una biopsia.

Resultados: El informe de anatomía patológica es de linfoma no Hodgkin de células B de alto grado Ki 67, por lo que el paciente comienza la quimioterapia con CHOP/Rituximab y radioterapia adyuvante. Se realiza PET tras 6 meses que no muestra recidiva de la lesión.

Comentarios y conclusiones: El engrosamiento cortical puede darse en varios tipos de situaciones, tanto clínicas como patológicas, es importante saber en qué caso se ha de realizar un estudio exhaustivo de la lesión o incluso un estudio de extensión. Para ello es importante la imagen radiológica, las características del paciente, y la historia clínica en general, ya que nos ayudaran a descartar patología de carácter maligno.

CC-539. FRACTURA PATOLÓGICA DE ESCÁPULA. A PROPÓSITO DE UN CASO

X. Solernou Soler, V. Ros Munné, M. Martínez Álvarez, J. Huguet Boqueras, M. Yuguero Rodríguez y P. Martínez Grau

Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Introducción y objetivos: Los tumores malignos óseos pueden aparecer como tumor primario o como metástasis. Los tumores óseos primarios representan menos del 1% de todos los tumores malignos. Son de difícil diagnóstico y muchas veces el primer síntoma es la fractura patológica. El objetivo de este trabajo es la revisión de un caso clínico que presenta una fractura patológica por linfoma óseo primario en una localización infrecuente como es la escápula.

Material y método: Paciente varón de 38 años que consulta en urgencias por dolor óseo en cintura escapular de meses de evolución agravado tras mal gesto. A la radiología simple inicial se evidencia fractura de características patológicas sobre lesión lítica en cuerpo escapular. Mediante pruebas complementarias de imagen y el estudio anatomo-patológico se diagnostica de linfoma difuso de célula B grande primario. El paciente inicia tratamiento quimioterápico con terapia CHOP más rituximab y radioterapia local.

Resultados: A los seis meses del inicio del tratamiento el paciente presenta una buena evolución, con una disminución importante y progresiva del dolor. No se objetivan otras lesiones tumorales a distancia con disminución del tamaño de la lesión escapular.

Comentarios y conclusiones: El linfoma óseo primario es una patología muy poco frecuente, representando menos del 5% de los tumores malignos óseos. Su localización más frecuente es en el fémur, tiene mejor pronóstico que los linfomas sistémicos y la mayoría son de fenotipo B de tipo no Hodgkin. El tratamiento de elección es la quimioterapia asociada a la radioterapia con una supervivencia mayor del 80% a los 5 años. La cirugía radical generalmente no es necesaria.

CC-540. IMPORTANCIA DEL PET EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN TUMORES DE PARTES BLANDAS

R. Rodríguez Martínez, J.J. López Martínez, A. Valcárcel Díaz,
R. Cano Gea, J.P. García Paños, J.R. Fernández Sánchez,
J.P. Puertas García-Sandoval y J.A. Calatayud Mora

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El PET es una prueba de imagen que se usa en el estadiaje de tumores de partes blandas. Su importancia radica en que permite visualizar la expansión tumoral de forma más precisa que otras pruebas de imagen, lo que ayuda a mejorar el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Material y método: Varón de 25 años remitido para estudio y tratamiento de una tumoración de partes blandas en hueco de un mes de evolución. Se realiza biopsia que informa de sarcoma sinovial. En el PET se aprecia cómo la lesión se extiende desde el hueco poplítico proximalmente por el semitendinoso y recto interno hasta la región del iliopsoas (compatible con posible afectación ganglionar), por lo que se diagnostica como sarcoma sinovial estadio IV. Se decide iniciar quimioterapia coadyuvante. Tras esto se realiza nuevo PET para reestadiar al paciente, en el que sólo aparece captación en hueso poplítico. En la RM se aprecia una lesión bien definida que desplaza el paquete vasculonervioso en la región poplítica. Se realiza exéresis de la masa tumoral (9 × 11 cm) y se inicia tratamiento radioterápico.

Resultados: Tras 4 meses el paciente se encuentra libre de enfermedad. Se realiza seguimiento de despistaje de masas mediante ecografía cada tres meses.

Comentarios y conclusiones: El objetivo de esta presentación es exponer la importancia del PET en el manejo de estas patologías, ya que se cambió el enfoque terapéutico de la lesión, realizando quimioterapia coadyuvante previa al tratamiento quirúrgico en un intento de mejorar la supervivencia del paciente.

CC-541. TUMOR INFRAESCAPULAR DE MESES DE EVOLUCIÓN

A. Hueso Macías, J. García Regal, A. Sánchez García-Ortega,
J.M. Mariscal Peralta, A. García Hermosa, A. Escudero Soriano,
C. del Valle Zapico y A. Abejón Ortega

Hospital de Mérida.

Introducción y objetivos: Caso clínico: mujer de 34 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a nuestra consulta por presentar tumoración infraescapular derecha de 3 meses de evolución. Pruebas complementarias TAC: Posible distensión de la bursa subtendinosa del músculo subescapular. RMN: lesión ocupante de espacio subescapular derecha, compatible en primer lugar con elastofibroma, no pudiendo descartar otra etiología. Punción anatopatológica: material hemático.

Material y método: Tratamiento: se procede a la exéresis del tumor. Se envía la muestra a anatomía patológica.

Resultados: Diagnóstico anatomo-patológico: elastofibroma.

Comentarios y conclusiones: El elastofibroma es un tumor raro, benigno, de crecimiento lento del tejido conectivo blando que se suele localizar en la región infraescapular y que es típico en mujeres mayores (93%). Järvi y Saxen fueron los primeros en describir esta rara entidad en 1961. Se caracteriza por la presencia de fibras elásticas anormalmente acumuladas que generalmente más que un tumor se considera un proceso reactivo, un pseudotumor fibroblástico inusual. No se ha descrito ningún caso de transformación maligna, pero si la coexistencia con tumores malignos. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con lipomas, fibromatosis extraabdominal, sarcoma, metástasis subcutánea, para lo que necesitamos la anatomía patológica para llegar al diagnóstico., siendo las tinciones de Verhoff y Reyes-Mota las que mejor resaltan el componente elástico. La extir-

pación quirúrgica es el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos, siendo la recidiva inusual.

CC-542. PLASTIA DE VAN NESS EN PACIENTE ADULTO. ALTERNATIVA DE RESCATE DEL MIEMBRO INFERIOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

E. López-Anglada Fernández, S. Ramos García, S. Antón García,
J. Díanez Raimúndez, C. Argüelles Rodríguez y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una paciente con intolerancia a prótesis masiva de miembro inferior implantada diez años antes por osteosarcoma de fémur. Se plantea la posibilidad de la plastia de rotación como alternativa a la desarticulación, y analizamos el resultado en este caso.

Material y método: Mujer de 25 años de edad que diez años antes sufrió resección femoral debido a osteosarcoma no metastásico. La reconstrucción se realizó con prótesis tumoral masiva de Kotz, con excelente resultado funcional. El tratamiento del osteosarcoma se llevó a cabo según el protocolo SEOP-95, con 14 semanas de quimioterapia neoadyuvante y posteriormente postoperatoria. El tratamiento combinado quirúrgico y oncológico permitió alcanzar una remisión completa de la enfermedad. Sin embargo, la paciente desarrolló una infección periprotésica tres años después de la intervención, lo cual hizo necesarias varias intervenciones para desbridamiento y limpieza quirúrgica, e incluso la revisión y recambio del vástago de la prótesis en una ocasión. A los diez años de seguimiento tras evaluar las condiciones físicas y psíquicas de la paciente se plantea la posibilidad de realizar una plastia de rotación de la extremidad afecta, que la paciente acepta. El procedimiento se lleva a cabo en mayo de 2007. En el momento actual, la paciente es capaz de caminar con una prótesis a medida y ayuda de bastones.

Comentarios y conclusiones: La plastia de rotación (Borggreve-Van Ness) fue planteada inicialmente para el tratamiento de tuberculosis y defectos femorales congénitos. Posteriormente se adaptó como posibilidad de reconstrucción tras amputaciones intercalares del miembro inferior. Actualmente es un proceso utilizado principalmente en el tratamiento de tumores en la infancia. Presentamos un caso de plastia rotacional en una mujer adulta como alternativa a la amputación tras el fracaso de la reconstrucción protésica.

CC-543. HISTIOCITOMA FIBROSO BENIGNO DE LA PELVIS

F. Bravo Corzo¹, J.R. Varela Egocheaga¹, I. Eraso Lara¹,
A. Tejero Ibáñez² y A. Goya Arrese¹

¹Hospital de Navarra. Pamplona. ²Hospital García Orcoyen. Tudela.

Introducción y objetivos: El histiocitoma fibroso benigno es una rara entidad que puede manifestarse a cualquier edad, con dolor e inflamación localizados en la diáfisis/epífisis de huesos largos y pelvis. El tratamiento consiste en realizar curetaje y relleno de la lesión con injerto óseo.

Material y método: Una mujer de 61 años de edad consultó por dolor de dos semanas de evolución en fosa ilíaca irradiado hacia el pubis. El examen de la cadera revelaba dolor en rotación interna y patrón normal de marcha. La radiografía simple de pelvis expuso lesión radiolúcida, de bordes esclerosos, osteolítica y lobulada en región supraacetabular izquierda. Reacción periótica negativa. La tomografía computarizada evidenciaba extensión hacia las ramas ilio e isquiopúbicas. La resonancia magnética mostraba intenso realce de las lesiones óseas tras la administración de gadolinio sin masa de partes blandas. La gammagrafía ósea se interpretó como estudio oncológico negativo. El estudio hematológico y bioquímico resultó sin alteracio-

nes. Igualmente, los marcadores tumorales para cáncer de colon, ovario, páncreas y mama.

Resultados: El diagnóstico se realizó mediante biopsia incisional y curetaje de la lesión ósea iliopública por abordaje de Pfannestiel ampliado. Su localización intraósea delimitada, la ausencia de reacción inflamatoria y de necrosis señalaba benignidad. El estudio microscópico reveló células histiocitarias microvacuoladas acompañadas de estroma vascular con focos de células fusiformes y células gigantes. El análisis inmunohistoquímico evidenció células claras CD 68 (marcador histiocitario) positivas. Basados en el diagnóstico benigno, la localización de la lesión en una zona de difícil acceso quirúrgico y la preservación de corticales óseas, evitamos una segunda intervención para hacer el relleno con injerto óseo.

Comentarios y conclusiones: Los defectos óseos monostóticos líticos, quísticos y radiolucentes deben ser estudiados bajo un contexto que comprenda su localización anatómica, edad del paciente y características histológicas. Se establece diagnóstico diferencial con la displasia fibrosa y el fibroma no osificante.

CC-544. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN COLUMNA, A PROPÓSITO DE UN CASO

F.J. Martínez López, F. Cano Arjona, R. Navarro Ortiz, A. Aroca Aroca, L. Martín Magana y F. Paulos dos Santos

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes es un tumor relativamente raro, la mayoría de las veces benigno y principalmente caracterizado por su gran agresividad local. Nuestro objetivo es indagar acerca de la necesidad de realizar tratamiento adicional a la cirugía de resección y en qué circunstancias estaría indicado realizarlo.

Material y método: Nuestro caso se trata de un paciente varón de 27 años de edad, cuya única característica clínica de presentación fue una hipoestesia en los dermatomas correspondientes a su localización (T8-T10). Las pruebas realizadas (TC y Rx) mostraron una masa de aproximadamente 8 cm de diámetro mayor, con signos radiológicos de osteólisis localizada en T8-T10 y signos de compresión de las raíces nerviosas correspondientes a ese nivel. Tras una PAAF guiada por TAC cuyos resultados no fueron diagnósticos, la confirmación diagnóstica se obtuvo tras el análisis por anatomía patológica de la muestra obtenida tras la resección por toracotomía del tumor.

Resultados: El paciente actualmente, tras 2 meses de la intervención y tras el estudio de extensión, ha mejorado clínicamente y no ha vuelto a presentar clínica ni recidiva del tumor en los controles sucesivos.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento complementario con radioterapia está, en principio, indicado para pacientes con resección incompleta del tumor o en los casos en los que la cirugía pudiera complicarse con déficit funcionales.

CC-545. QUISTE ÓSEO ESENCIAL GIGANTE

G. Borobio León¹, J. López Olmedo¹, S. López Alonso¹, J.A. Amores Solano¹, D. Pescador Hernández¹, J.M. Martín Enrique¹, C. Corchado Villalba¹ y R. González Alconada²

¹Hospital Universitario de Salamanca Virgen de la Vega. ²Hospital Virgen del Puerto. Plasencia.

Introducción y objetivos: El QOE es una lesión seudotumoral de causa desconocida más frecuente en varones y en las dos primeras décadas de la vida.

Material y método: Paciente de 15 años que acude a Urgencias por dolor e impotencia funcional en cadera izquierda irradiado hasta rodí-

lla tras un traumatismo banal. Exploración: limitación para la movilización activa de la extremidad, dolor a las rotaciones coxofemorales y flexoextensión, y actitud en rotación externa, flexión y acortamiento Rx: lesión extensa en zona proximal de fémur izquierdo, lítica, con bordes esclerosos no uniformes, sin reacción periódica, y abarcando toda la metáfisis proximal de fémur, llegando hasta la epífisis e incluyendo todo el trocánter mayor y menor, compatible con un grado 2 radiológico de lesiones óseas benignas TAC: confirma la lesión, lítica en toda su extensión, apreciando fractura patológica de cuello de fémur. Las posibilidades diagnósticas más probables eran las de quiste óseo esencial, quiste óseo aneurismático y displasia fibrosa monostótica. Se procedió al tratamiento quirúrgico al cuarto día de su ingreso, teniendo prevista en un principio la biopsia, pero al comprobar la naturaleza de la lesión se procedió al curetaje extenso abriendo ventana ósea, relleno con aloinjerto triturado mezclado con matriz ósea desmineralizada y osteosíntesis con placa atornillada. El diagnóstico anatomopatológico fue de quiste óseo esencial.

Resultados: La evolución clínica y radiológica fue satisfactoria, permitiéndose la carga progresiva a partir del tercer mes, sin presentar signos de recidiva ni de necrosis avascular de la cabeza femoral al año de la intervención.

Comentarios y conclusiones: Se trata de una lesión con las características típicas de un quiste óseo esencial, pero presenta una gran extensión que desestructura completamente la morfología natural de la zona, haciendo necesaria una gran cantidad de injerto para su relleno. Las principales complicaciones a vigilar en este proceso son las de recidiva y la de necrosis avascular de la cabeza femoral.

CC-546. TUMORACIÓN DEL CUARTO DEDO DE LA MANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Calbet Montcusí, A. Ruiz Guillén, E. Planes Vall, E. Valera Costa, M. Alsina Pujol, A. Chiquillo Llauradó y J. Coloma Saiz

Hospital Universitari Sant Joan. Reus.

Introducción y objetivos: Exponer iconografía clínica y aportar diagnóstico diferencial de lesiones en tejidos blandos de la mano.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 78 años, que acude a la consulta por pequeña lesión en zona distal del cuarto dedo de la mano izquierda de año y medio de evolución, sin mejoría clínica con curas tópicas. A la exploración física se observa lesión ulcerada en zona distal del cuarto dedo en su borde cubital de 17 por 15 mm, con bordes mal definidos, irregulares y que afecta el lecho ungual. La biopsia informa de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado.

Resultados: Se decide realizar cirugía radical para exéresis de la lesión, realizándose amputación transmetacarpiana del cuarto dedo de la mano izquierda. La anatomía patológica informa de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado de 17 por 15 mm, con infiltración subyacente del hueso, sin invasión angiolinfática y bordes quirúrgicos de resección libres de lesión. Con un curso operatorio sin incidencias, actualmente la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Comentarios y conclusiones: El carcinoma escamoso es el tumor más frecuente en zonas expuestas al sol en personas de edad. A excepción de las lesiones en la parte inferior de las piernas, estos tumores tienen una incidencia mayor en los varones que en las mujeres. Las lesiones más avanzadas y invasoras son nodulares, con grados variables de producción de queratina, que clínicamente se presenta como hiperqueratosis y pueden ulcerarse. El carcinoma escamoso es una entidad que requiere un diagnóstico diferencial inicial relativamente rápido, para evitar el riesgo de infiltración y extensión de la enfermedad, siendo la posibilidad de recidiva mucho más inferior si el tamaño de la lesión es inferior a 2 cm y si no existen metástasis previas.

CC-547. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Morales de Cano, M. de La Torre Rodríguez, J.M. Illobre Yebra, O. Salgado Varela, S. Lasurt Bosch, J. Canosa Areste y C. López Navarro

Hospital del Vendrell.

Introducción y objetivos: El dermatofibrosarcoma protuberans es un tumor de células mesenquimáticas que presenta un alto índice de recurrencias y potencial metastásico bajo. Se considera de origen dérmico afectando a panículo adiposo y de crecimiento lento. Aparece generalmente con una frecuencia similar en tronco y parte proximal de extremidades. Se presenta un caso clínico como hallazgo casual tras efectuar una biopsia escisional.

Material y método: Se trata de un paciente de 33 años que presenta un nódulo subcutáneo de 3 cm. de diámetro a nivel de región deltoidea izquierda de 6 meses de evolución y crecimiento lento. Se efectuó biopsia escisional por parte del Servicio de Cirugía siendo diagnosticado de dertamofibrosarcomas protuberans.

Resultados: Es reintervenido efectuándose resección en cuña con ampliación de márgenes, llegando a resecar la fascia deltoidea. La anatomía patológica confirma la resección con márgenes libres.

Comentarios y conclusiones: Dada la rareza de esta tumoración que representa menos del 1% de las series de tumores, existe poca casuística, existiendo en algunas series una aparición de metástasis pulmonares y ganglionares alrededor del 5%, siendo la probabilidad mayor en los casos que han precisado varias resecciones por agresividad local. A pesar de nuestra experiencia limitada, según la literatura el tratamiento de elección inicial es la resección amplia. Aunque no está claro el papel de la radioterapia, ésta aparece como una buena alternativa en los pacientes que tienen lesiones que no son resecables. Es importante familiarizar al médico con esta patología ya que el diagnóstico precoz es imperativo en el tratamiento adecuado.

CC-548. QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO EN CÚBITO. TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES

J.P. García Paños, F. García Zafra, A. Valcárcel Díaz, R. Cano Gea, J.R. Fernández Sánchez, J.J. López Martínez, R.A. Rodríguez Martínez y S. Vela Pardo

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso de quiste óseo aneurismático de rara localización (cúbito), su diagnóstico, tratamiento y complicaciones.

Material y método: Paciente femenina de 32 años con molestias en borde cubital de antebrazo. A la exploración muestra inflamación del antebrazo y dolor a la palpación. En radiografía simple se observa imagen lítica de bordes bien delimitados y escleróticos, excéntrica, polilobulada, que insufla cortical. La ecografía no muestra ecos en su interior. Con la sospecha de quiste óseo aneurismático se realiza TC y RM que confirmán el diagnóstico. Se interviene realizándose resección en bloque. La anatomía patológica confirma el diagnóstico. Al quinto día postcirugía la enferma refiere chasquido tras esfuerzo y dolor en la zona. La radiografía de control muestra imagen compatible con fractura no desplazada de cúbito. Se inmoviliza con férula braquiopalmar. A los 3 meses, con diagnóstico de retraso de consolidación se propone cirugía debido a la limitación de la pronosupinación y dolor acompañante. Se realiza refrescamiento del cúbito y osteosíntesis con placa a compresión más aporte de injerto autólogo de meseta tibial corticoesponjoso.

Resultados: A los 6 meses de la segunda intervención, no se aprecia consolidación del foco de fractura aunque sí la total integración del injerto. Dada la ausencia de clínica no se propone nueva cirugía. Acude de nuevo asintomática a consulta a los 2 años aportando radio-

grafía en la que se observa la total consolidación de la fractura. El balance articular es completo.

Comentarios y conclusiones: El cúbito es una localización poco frecuente del quiste óseo aneurismático. El diagnóstico por imagen es esencial aunque ha de confirmarse con la clínica y la anatomía patológica. Las fracturas de cúbito aisladas sin desplazamiento pueden tratarse de forma ortopédica. El injerto corticoesponjoso de tibia y osteosíntesis con placa es un tratamiento adecuado para retrasos de consolidación sintomáticos de cúbito.

CC-549. LNH DE CÉLULAS T CITOTÓXICAS VARIEDAD PANICULÍTICA EN REGIÓN DEL MUSLO

M.I. Mora Fernández, F. García Güemes, I. Rodríguez Salazar, G. Gutiérrez Castanedo, Y. Contreras Cidores y A. Blanco Pozo

Hospital General Yagüe. Burgos.

Introducción y objetivos: El linfoma T subcutáneo paniculítico es un tumor agresivo de muy baja incidencia que afecta principalmente a pacientes de mediana edad, sin distinción entre sexos. Se trata de una proliferación maligna de linfocitos T en los lobulillos de tejido adiposo y se manifiesta en forma de nódulos subcutáneos que afectan principalmente a las extremidades. El objetivo del presente es resaltar la importancia de la Anatomía Patológica de todas las muestras tomadas.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 37 años que manifiesta una tumoración eritematosa en forma de placa de 4,5 cm de diámetro, dolorosa, de un mes de evolución en región supero-externa de muslo izquierdo que incrementa su tamaño y dureza. Se realizan Rx, ECO, RMN y gammagrafía, que no logran diferenciar entre un proceso tumoral, infeccioso o inflamatorio. La PAAF aconseja la realización de biopsia.

Resultados: La AP revela el diagnóstico de LNH células T citotóxicas paniculítico. En ese momento la paciente se deriva al servicio de Hematología quienes inician el tratamiento con quimioterapia más radioterapia. Se realiza un PET que manifiesta captación intensa de 10-15 cm que corresponde a la zona de la lesión.

Comentarios y conclusiones: Tras el 4º ciclo de CHOP, se realiza PET de control, en el que se observa una clara respuesta favorable, que se mantendrá al final de la terapia CHOP y de la radioterapia de consolidación. Como conclusión destacar la ayuda que supone al diagnóstico la Anatomía Patológica ya que en un principio las pruebas de imagen no pudieron afinar el diagnóstico.

CC-550. METÁSTASIS DE FECOCROMOCITOMA MALIGNO EN COLUMNAS DORSAL

N. Mora Navarro, G. Ripoll Estela, M. Llabrés Comamala, J. Femenías Rosselló y M. Rubí Jaume

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

Introducción y objetivos: El feocromocitoma es un tumor de las glándulas adrenales, secretor de adrenalina y noradrenalina. Su incidencia es del 0,001 en la población general. Aproximadamente el 10% de los casos son de estirpe maligna, llegándose al diagnóstico tras la invasión de otras estructuras y la producción de metástasis. En el 7% de los casos, existen metástasis en más de un órgano, produciéndose sobre todo a nivel de hueso, pulmón, riñón y ganglios linfáticos; raramente se observan en cerebro, piel, próstata y vejiga. Se han observado metástasis de feocromocitoma primario a nivel de columna cervical, dorsal y lumbar, donde normalmente se produce una invasión ósea y posteriormente una invasión intrarráquídea.

Material y método: Presentamos un caso de una mujer de 36 años con clínica de dolor dorsal de un mes de evolución, que en los últimos 10 días había evolucionado progresivamente a paraparesia de miembros inferiores con alteración de la sensibilidad desde territorio D4.

Se llevó a cabo RM urgente donde se observó lesión vertebral en D4 que estenosaba de forma severa el canal, con mielopatía compresiva. Se realizó cirugía descompresiva desde D3 hasta D5, tomando muestras del tumor hipervascularizado, que fueron positivas para metástasis de feocromocitoma maligno.

Resultados: A los 15 días tras la intervención quirúrgica, la paciente había recuperado la fuerza y la sensibilidad de miembros inferiores; Y a día de hoy, se completa el tratamiento mediante radioterapia y quimioterapia paliativa, llevando a cabo una vida funcional completamente normal.

Comentarios y conclusiones: Tras revisar la literatura, hemos observado que existen pocos casos de feocromocitoma maligno que metastasen en columna vertebral, produciendo una mielopatía compresiva y que posteriormente se hayan recuperado de un modo tan favorable.

CC-551. CONDROSARCOMA MIXOIDE EN FÉMUR PROXIMAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Vállez Romero, A. Castel Oñate, A. Perera de Gregorio y M.A. Plasencia Arriba

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción y objetivos: Caso clínico de condrosarcoma en fémur proximal.

Material y método: Varón de 52 años visto por dolor insidioso en región trocantérea derecha de larga evolución. El diagnóstico y tratamiento inicial es trocanteritis con mala evolución. Se realizan los estudios de imagen. En la radiografía se ve una imagen de patrón geográfico en región trocantérea con calcificaciones en su interior compatible con tumoración de estirpe condral. La gammagrafía es presenta captación en fémur proximal sin otros puntos calientes en el esqueleto. La RMN demuestra imagen compatible con tumoración condral maligna en fémur proximal. Se realiza biopsia con tru-cut con el diagnóstico de condrosarcoma mixoide. El estudio de extensión es negativo. El estadio tumoral en el momento del diagnóstico e IA (G1,T1,M0).

Resultados: Se realiza resección amplia sustituyendo el fémur proximal por la prótesis de reconstrucción tumoral PSO (Biomet) con buena integración del vástago femoral a los 6 meses de la cirugía encontrándose libre de enfermedad. En el postoperatorio inmediato presentó celulitis superficial del área quirúrgica que se trató con antibiótico oral con buena evolución. No recibió quimioterapia adyuvante.

Comentarios y conclusiones: El condrosarcoma es el tumor maligno óseo más frecuente tras el osteosarcoma y el de más difícil diagnóstico. Las diferencias entre encondroma y condrosarcoma de bajo grado son muy sutiles. La variedad condromixoide es infrecuente y afecta principalmente a los huesos del cráneo y a la musculatura abdominal en la variedad extraósea. La respuesta a quimioterapia o radioterapia neoadyuvante es escasa. La prótesis de reconstrucción PSO permite, con su diseño modular, la reconstrucción de los 2/3 proximales del fémur. El recubrimiento con hidroxiapatita de los componentes facilitan la integración ósea y un anclaje estable de la musculatura y del trocánter mayor. Las prótesis modulares suponen un avance en la reconstrucción en la cirugía tumoral.

CC-552. PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL MIELOMA MÚLTIPLE

G. Gutiérrez Castanedo, M.I. Mora Fernández, J.M. García Pesquera, Y. Contreras Cidores, J.M. Crespo Rivero y A. Blanco Pozo

Complejo Asistencial de Burgos.

Introducción y objetivos: El Mieloma múltiple es una hemopatía linfoides maligna de la serie B, con una incidencia importante de 4/100.000 hab/año, correspondiendo al 1% del total de las neoplasias. Es una enfermedad incurable en la mayoría de los casos, con una supervivencia media de 30-50 meses.

Material y método: Se trata de un varón de 52 años que presenta una tumoración de 3 x 3 cm en región pretribial de pierna derecha, de meses de evolución. Se caracteriza por ser blanda, dolorosa a la palpación, adherida a planos profundos, sin signos inflamatorios ni adenopatías acompañantes. En las pruebas complementarias no se detecta ninguna alteración analítica, y como único hallazgo destaca la aparición de 3 imágenes osteolíticas que afectan a cortical tibial, en la radiografía simple y en la R.M.N.

Resultados: La biopsia de una de las lesiones y su estudio anatomo-patológico nos aportó el diagnóstico definitivo de lesiones compatibles con mieloma múltiple.

Comentarios y conclusiones: El compromiso óseo del mieloma múltiple está presente en el 80% de los pacientes en el momento del diagnóstico, siendo así el síntoma más frecuente. Además en el 20% de los casos puede cursar sin anomalía ósea en la radiografía, y en el 10% con osteoporosis como único signo. Por todo ello aunque sea una patología cuyo seguimiento no nos corresponda, el mieloma múltiple lo debemos de tener en mente.

CC-553. DISMETRÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES COMO COMPLICACIÓN DE OSTEOSARCOMA DE FÉMUR DISTAL EN EL NIÑO

E. López Vinagre, I. Ibor Ureña, A. Larrea Ruiz, P. Múgica Santibáñez, I. Bollegi Zuloaga, J. Aurrekoetxea Argandoña y F. Noguerales Obra

Hospital de Cruces. Bilbao.

Introducción y objetivos: El osteosarcoma es el tumor óseo maligno primario más frecuente en la edad infantil. Como posibles complicaciones encontramos las asociadas al tratamiento quimioterápico y las relacionadas con el tratamiento quirúrgico realizado, entre ellas la dismetría de la articulación afecta.

Material y método: Se presenta el caso de una niña de 8 años que es intervenida para resección de un osteosarcoma convencional de fémur distal. Se decide la colocación de un sistema protésico modular con posibilidad de alargamiento del vástago femoral.

Resultados: Posteriormente requiere de 3 nuevas intervenciones en los sucesivos 10 años de seguimiento, con el objetivo de mejorar la dismetría existente. Pese a ello, actualmente la dismetría entre ambas extremidades inferiores es de 9 mm, la paciente porta alza en la extremidad afecta y en los últimos meses existen datos que nos hacen sospechar de movilización aséptica de la prótesis, con lo que requerirá de una nueva intervención.

Comentarios y conclusiones: La dismetría del miembro es una complicación a tener en cuenta en los pacientes afectos de osteosarcoma, especialmente cuando afecta a edades tempranas y existe afectación del cartílago de crecimiento fisario.

CC-554. OSTEOMA OSTEOIDEO. UN CASO ATÍPICO

J. Andrés Grau, J.M. Sarabia Condés, F.J. Carrillo Juliá, J.F. Abellán Guillén, J.E. Gil Gómez, F.F. Arroyo Rodríguez, D. Bo Rueda y F. Peñalver Aguirre

Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y objetivos: El osteoma osteoideo es un tumor óseo benigno de adultos jóvenes, que se ubica preferentemente en la cortical de los huesos largos de las extremidades inferiores. No tiene potencial de crecimiento y su tamaño rara vez supera 1,5 cm, pese a que la esclerosis que lo rodea le da un aspecto mayor. Son relativamente comunes, constituyendo alrededor del 10% de los tumores óseos. Su manifestación clínica típica es el dolor nocturno, que responde con ácido acetilsalicílico. La lesión característica es un pequeño nódulo rodeado de hueso denso reactivo, sin embargo, puede ser difícil de ver en las radiografías. El nódulo es casi siempre radiolucente oval de sólo 3-5 mm de diámetro rodeado por una zona reactiva despropor-

cionadamente grande y densa. El tejido real del tumor es el nidus, y se deben identificar para poder clasificar la lesión con el diagnóstico de osteoma osteoide.

Material y método: Presentamos a un varón de 67 años, con dolor e inflamación en cuarto dedo de mano derecha de dos meses de evolución, sin traumatismo previo. La clínica aumenta por la noche y mejora con Ibuprofeno. A la exploración presenta inflamación generalizada, edema y dolor en F2. Movilidad completa. Rx: zona esclerótica inespecífica en F2, TAC: se observa imagen típica de nidus.

Resultados: Se realiza exéresis abierta de la lesión bajo control de escopia. La anatomía patológica informa de osteoma osteoide.

Comentarios y conclusiones: Los osteomas osteoides pueden resolverse espontáneamente con el tiempo (sobre todo cuando se localizan en la mano), sin embargo, la mayoría de los pacientes prefiere no esperar 2 a 4 años para la resolución. Cuando el nidus se localiza en un área de tensión baja como la metáfisis, el tratamiento debe consistir en escisión en bloque rodeado de un bloque pequeño de hueso reactivo.

CC-555. SCHWANNOMA DE NERVO RADIAL

A. García Hermosa, D. Díaz Jaraquemada, A. Hueso Macías, J.M. Mariscal Peralta, A. Sánchez García Ortega, J. García Regal, D. González Gómez y J.C. Marqués Rangel

Hospital General de Mérida.

Introducción y objetivos: Los schwannomas son los tumores benignos más frecuentes que se desarrollan en los nervios periféricos. Constituyen el 5% de todos los tumores de la extremidad superior.

Material y método: Presentamos un caso clínico mujer de 52 años con tumoración en brazo izquierdo y diagnóstico de presunción de lipoma.

Exploración: tumoración en tercio medio de brazo izquierdo región posterior, de implantación profunda, móvil, no pulsátil. No dolorosa a palpación. Tinnel negativo. No alteraciones vasculo nerviosas distales

La exploración sensitiva en comparación con el lado contralateral denota una región de hipostesia en dorso de muñeca izquierda próxima a la primera corredera dorsal del carpo. Diagnóstico RMN tumoración sólida de partes blandas (no filiada) con realce vascular a nivel de tercio medio de brazo izquierdo. Tratamiento: se procede a biopsia excisional. Abordaje postero-lateral tercio medio brazo izquierdo de unos 6 cm. A través del tríceps braquial, en profundidad, se localiza tumoración en huso de unos 2 cm, encapsulada, de localización excéntrica con respecto al n. radial, cuyas fibras se continúan tanto a nivel proximal como a nivel distal, situada en relación al canal de torsión. Incisión de la cápsula y enucleación de la lesión. Debido a la encapsulación y a la continuidad de las fibras nerviosas se hizo el diagnóstico de presunción de schwannoma. Diagnóstico A.P. confirma el diagnóstico de presunción intraoperatorio: schwannoma/neurilemoma.

Resultados: Satisfactoria tanto en el posoperatorio inmediato como en el seguimiento en consultas externas. Recuperación de la zona de hipostesia así como ausencia de trastornos motores o sensitivos en territorio distal. RMN de control evolutivo normal.

Comentarios y conclusiones: Normalmente presentan un lento crecimiento y su forma de presentación clínica comporta un amplio espectro que va desde el dolor, hipostesia, parestesia y déficit motor. Para su diagnóstico nos basamos en la RMN, pero requiere un estudio histopatológico de confirmación.

CC-556. LESIÓN ÓSEA ILÍACA A FILIAR

J. García Regal, A.J. Centeno Ruano, D. Díaz Jaraquemada, J.M. Mariscal Peralta, A. Hueso Macías y A. García Hermosa

Hospital de Mérida.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una paciente de 17 años con lesión ósea nivel de región ilíaca derecha.

Material y método: Paciente de 17 años de edad con antecedente de migraña ocasional y en estudio por patología digestiva que acude a consultas de Traumatología por dolor a nivel de hemipelvis derecha sin otra sintomatología acompañante. La paciente está afebril y la exploración física es rigurosamente normal, salvo leves molestias en región ilíaca derecha. Analítica: normal. Rx: imagen hiperdensa a nivel de región sacroiliáca derecha. TAC: lesión blástica ósea ligeramente expansiva con un área central anfractuosa lítica a nivel de ilíaco derecho, sin reacción perióstica acompañante ni afectación de partes blandas. RMN: lesión esclerosa con una zona central lítica sin afectación de la cortical ni de partes blandas, a nivel del ilíaco derecho. Gammagrafía ósea: Imágenes sugestivas de importante remodelado óseo a nivel de sacroiliáca derecha, sin signos sugestivos de proceso inflamatorio-infeccioso asociado.

Resultados: Para obtener un diagnóstico de certeza de la lesión se realiza biopsia ósea bajo anestesia general con resultado de fibroma condromixoide. Posteriormente, se realizó curetaje de la lesión. Actualmente, la paciente es seguida en nuestras consultas.

Comentarios y conclusiones: El fibroma condromixoide es el tumor benigno de derivación cartilaginosa menos común. Fue descrito en 1948 por Jaffe y Lichtenstein como una entidad aparte. Debido a la relativa rareza de este tumor, sólo existe un número pequeño de publicaciones. No existe predilección en cuanto al sexo, y en cuanto a la edad, lo más frecuente es en la segunda década. La localización más frecuente suele ser la región metafisaria de huesos largos, siendo muy rara la localización de nuestro caso, y la clínica habitual comprende dolor y tumefacción local. Estos tumores pueden ser curados mediante un amplio curetaje, aunque la incidencia de recidiva puede ser alta.

CC-557. CONDROSARCOMA PÉLVICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.E. Gómez San Martín, J. Gosálbez García, E. López-Anglada Fernández y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Se trata de un caso de un varón de 35 años con diagnóstico de condrosarcoma pélvico evolucionado desde un osteocondroma previo.

Material y método: Paciente que presenta clínica de dolor inguinal derecho que cede con la toma de AINES, más acusada nocturna y al subir escaleras, así como fallos articulares y es diagnosticado de osteocondroma gigante de hemipelvis derecha por pruebas de imagen, siendo intervenido realizándose extirpación de la lesión. En controles evolutivos posteriores un año después, manteniéndose el paciente asintomático, presenta recurrencia de la tumoración con características evidentes de progresión a condrosarcoma. El paciente es intervenido de nuevo, realizándose una escisión del área II de la hemipelvis derecha y reconstrucción con aloinjerto estructural así como la implantación de una prótesis bipolar no cementada. El estudio histopatológico confirma la sospecha de condrosarcoma.

Resultados: En controles radiográficos posteriores se observa consolidación proximal y distal del aloinjerto, encontrándose el paciente asintomático y libre de enfermedad, caminando con ayuda de bastones ingleses.

Comentarios y conclusiones: El condrosarcoma es un tumor maligno de tejido conectivo y constituye el tercer tumor primario maligno del hueso en frecuencia, siendo más frecuente en varones adultos, siendo infrecuente en niños y adolescentes. Afecta preferente a huesos planos de la cintura escapular y pélviana y porciones proximales de los huesos largos tubulares, clasificándose en intramedular (central) o en superficie (periférico). Es raro que el condrosarcoma central se desarrolle sobre lesiones benignas preexistentes; éstos por lo tanto se refieren a condrosarcomas primarios. Los condrosarcomas periféricos a menudo se desarrollan sobre una lesión benigna previa, tales como es osteocondroma, y se denominan condrosarcomas secundarios.

CC-558. SARCOMA SINOVIAL DE TOBILLO RECIDIVANTE REBELDE A TRATAMIENTO

M.L. López de Dicastillo Roldán y V.E. Gómez Palacio

Hospital San Pedro. Logroño.

Introducción y objetivos: El sarcoma sinovial supone el 5-10% de los casos de sarcomas de partes blandas, se presenta entre los 15-45 años, afectando sobre todo a las extremidades inferiores, la clínica se suele presentar como una masa yuxtaarticular indolora y tumefacción local. La radiología simple suele ser normal aunque pueden aparecer calcificaciones y signos de invasión ósea. El TAC y la RMN son las pruebas de imagen que nos dan más información, sin embargo la biopsia sigue siendo la prueba definitiva.

Material y método: Presentamos el caso clínico de una paciente de 29 años que hacía 5 años presentaba en tobillo derecho sarcoma sinovial extraarticular. Se procedió a la resección, con una recidiva posterior que fue tratada con cirugía, radioterapia y quimioterapia, tratada en otro centro. Tres años después llega a nuestro servicio con recidiva de tumoración en el tobillo y dolor neuropático; presentando a su vez afectación de tibia, adenopatías en cadena ilíaca izquierda y masa pulmonar, todo ello confirmado mediante pruebas de imagen.

Resultados: Ante el caso se decide amputación supracondílea de extremidad inferior derecha, que en el postoperatorio se complica con infección por *Pseudomonas*, que evoluciona favorablemente y a su vez los cirujanos torácicos proceden a la resección de la lesión pulmonar. Ante los esfuerzos terapéuticos en controles posteriores se evidencia la presencia de metástasis vertebrales, pulmonares y mediastínicas, se comienza tratamiento paliativo y 4 meses después, la paciente fallece.

Comentarios y conclusiones: En diferentes artículos, se habla de que el sarcoma sinovial presentan recurrencias locales en un tercio de los casos y el 10% fallecen en el primer año por metástasis, en la mayoría pulmonares. El caso de nuestro paciente, presentó una evolución tórpida con recidivas locales y muy rebelde a diferentes tratamientos, como en otros artículos revisados en la bibliografía.

CC-559. PASMOCITOMA VERTEBRAL

A. Carmona Barahona, M.E. Mesa Rivero, A. Cienfuegos López y R. Mena-Bernal Escobar

Hospital Nuestra Sra. de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: El plasmocitoma es una gammopathía monoclonal. Cuando afecta al hueso se denomina plasmocitoma óseo solitario (POS) y suele aparecer en la columna vertebral (33,3%). Aquí presentamos un caso de plasmocitoma en raquis dorsal.

Material y método: Mujer de 63 años, con único antecedente de diabetes tipo II tratada con insulina. Exploración: dolor, reflejos osteotendinosos anulados MMII con pérdida de sensibilidad y fuerza en ambos, más intensa en izquierdo. No déficit esfinteriano ni ningún otro signo de compromiso medular o radicular. Radiografía: acuñamiento del cuerpo vertebral de T9. RMN: fractura aguda de T9 sin signos de compresión medular. Diagnóstico: fractura patológica del cuerpo vertebral de T9.

Resultados: Bajo anestesia general se realiza descompresión del canal raquídeo, instrumentación posterior combinada T7-T11, artrodesis con injerto óseo, vertebroplastia de T9 y toma de muestra para biopsia. Biopsia: tumoración parae spinal con densa infiltración de células plasmáticas positivas a cadenas ligeras Kappa. Se remite al servicio de hematología para continuar estudio, donde se diagnostica de plasmocitoma solitario kappa no secretor en T9, sin evidencia de mieloma múltiple en el momento actual y se trata con radioterapia local con evolución favorable.

Comentarios y conclusiones: También llamado mieloma solitario, es un tumor de células plasmáticas histológicamente idéntico al mieloma

múltiple. Es considerado una variante clínica y un estadio inicial del mieloma múltiple. Es algo más común en hombres, y el pronóstico es más favorable para el plasmocitoma que para el mieloma múltiple. La progresión del plasmocitoma hacia mieloma múltiple oscila entre el 50 y el 60% de los pacientes. La supervivencia a 10 años es del 68,5% para el POS, mientras que en los casos de mieloma múltiple no suelen superar los 22 meses. La radioterapia con 5.000-6.000 cgs es el tratamiento de elección en el POS, incluso en los casos en que la lesión ha sido resecada con fines diagnósticos, con buena respuesta inicial en más del 90% de los casos.

CC-560. TUMORES MALIGNOS DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS: ALGORITMO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO

M. Rojo Remírez, F. Jara Sánchez y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Los tumores malignos de los nervios periféricos son entidades anatomico-pathológicas raras derivadas de tejidos ectodérmicos. A propósito de un caso clínico planteamos la necesidad de diseñar estrategias de actuación diagnóstica y terapéutica en estos tumores.

Material y método: Se plantea el caso clínico de una mujer de 41 años que consulta por la presencia de una tumoración en hueco poplítico derecho de lento crecimiento durante más de 3 años asociado a parestesias en territorio tibial posterior de reciente aparición. Tras realizarse ecografía, RMN y electromiografía se llega al diagnóstico probable de schwannoma de nervio peroneo y se realiza una enucleación de la lesión. El diagnóstico anatomico-pathológico postoperatorio habla sin embargo de "schwannoma maligno epiteloide" con lo que se modifica la estrategia terapéutica: se completa el estudio de extensión y se realiza una escisión completa con márgenes libres asociando braquiterapia adyuvante.

Resultados: Tras 8 meses de seguimiento la paciente presenta una paresia del nervio ciático poplítico externo y no presenta recidiva local ni metastatización a distancia.

Comentarios y conclusiones: Los avances recientes en radiología han supuesto un cambio en la estrategia diagnóstico terapéutica de los TMNP. Siguen existiendo controversias en cuanto a los signos clínicos radiológicos de alarma, a la necesidad de terapias asociadas a la cirugía, en cuanto a la conveniencia en la reparación de los déficits neurológicos. Se plantea finalmente un algoritmo diagnóstico terapéutico ante este tipo de tumores.

CC-561. OSTEOCONDROMA DE CUELLO FEMORAL EN PACIENTE EN LA QUINTA DÉCADA

S. Calvo Calvo, L. Díez Berrio, T. Vivanco Jodar, J. López Goenaga, J.C. García de la Blanca y F.J. Mayo Santander

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: El osteocondroma es el tumor óseo primario más frecuente. Es un tumor benigno e indoloro, propio de varones en las 2 primeras décadas de la vida. La localización más frecuente es alrededor de la rodilla, habitualmente en fémur distal. La radiología da una lesión radiolúcida, bien delimitada, expansiva, con adelgazamiento de la cortical y calcificaciones moteadas. Los de huesos largos suelen recurrir tras la extirpación.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 41 años remitido desde el ambulatorio de zona al Hospital 12 de Octubre por encondroma de cuello femoral izquierdo con dolor de años de evolución y que éste ha ido aumentando progresivamente. El dolor le produce incapacidad para su vida diaria y está en situación de baja laboral. Se interviene el tumor, realizándose resección del mismo. Macroscópicamente es una lesión mamelonada de 3 cm de diámetro,

de consistencia dura, que engloba la parte posterior y medial del cuello y trocánter mayor. La anatomía patológica confirma el diagnóstico.

Resultados: Evolución satisfactoria a los 4 meses de la cirugía. El paciente refiere dolor ocasional, que no precisa analgesia y camina sin bastones.

Comentarios y conclusiones: Cuando un osteocondroma duele puede ser por compresión de estructuras vecinas, bursitis o fractura, pero lo más importante es descartar sarcomatización. Si no hay ninguna señal de debilitamiento del hueso o de crecimiento del tumor nos debemos limitar a la observación. Si requieren cirugía debemos hacer controles porque tienden a la recurrencia.

CC-563. EXTRIPACIÓN DE MASA TUMORAL EN REGIÓN POSTERIOR DEL MUSLO

M.E. Gómez San Martín, S. Antón García,
E. López-Anglada Fernández, J. Gosálbez García y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un varón de 77 años que consulta por presentar gran tumoración blanda en cara posterior de muslo izquierdo.

Material y método: Paciente que sufre traumatismo en miembro inferior izquierdo, acudiendo al Servicio de Urgencias de otro centro donde es diagnosticado de hematoma en cara posterior de muslo. Dicha masa se va organizando con el tiempo convirtiéndose en una masa de consistencia elástica y con persistencia de dolor a la palpación e impotencia funcional para la deambulación del paciente, realizándose estudios complementarios (ecografía, RM y gammagrafía) siendo diagnosticado de masa tumoral en región posterior de muslo izquierdo, por lo que es trasladado a la Unidad de Tumores de nuestro Centro para tratamiento definitivo. Se realiza la extirpación quirúrgica de dicha masa y de un implante tumoral adyacente; se realiza un abordaje posterior, presentando dicha masa la peculiaridad de englobar ambos troncos ciáticos pero sin infiltrarlos por lo que se despegan con exoneurólisis. La pieza se envía a anatomía patológica, siendo el diagnóstico de confirmación fibrohistiocitoma maligno.

Resultados: El curso postoperatorio es favorable, manteniéndose la movilidad y la sensibilidad conservadas. El paciente es sometido a radioterapia adyuvante para un mejor control local de la enfermedad.

Comentarios y conclusiones: La extirpación quirúrgica de las masas tumorales puede ser un procedimiento técnicamente muy complejo debido al tamaño de la masa y a su íntima relación con los vasos y los nervios de la región donde se localiza, siendo la principal opción para la curación del paciente. Es importante un diagnóstico correcto y precoz de las masas tumorales, incluyéndose un extenso estudio preoperatorio por imagen para una adecuada planificación quirúrgica.

CC-564. TUMORACIÓN EN CARA ANTEROEXTERNA DEL MUSLO

M.I. Holgado Álvarez, A. Cienfuegos López, M.E. Mesa Rivero
y J.M. Rodríguez de la Cueva

Hospital Universitario Nuestra Sra. de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Paciente de 75 años con antecedentes personales de hipotiroidismo, trombopenia autoinmune, epilepsia e hipertensión. Que consulta tumoración columnar de 12 cm en cara antero externa de muslo derecho no adherido a planos profundos de largo tiempo de evolución. Se inician pruebas para diagnóstico.

Material y método: Se realizó PAAF informada como material fibrino-hemático que engloba abundantes siderófagos sin posibilidad de descartar neoplasia. En el estudio de RMN se objetivó lesión ocupante de espacio (tumoración mixta sólido quística) que afecta al músculo ten-

sor de la fascia lata del muslo derecho con gran componente exofítico que se extiende a tejido celular subcutáneo. No se evidencian metástasis. Ante los hallazgos obtenidos se decidió intervención quirúrgica para análisis tanto anatopatológico como microbiológico. En la intervención se realiza exéresis de la pieza que engloba todo el espesor del músculo tensor de la fascia lata sin invadir otros planos.

Resultados: Tras el análisis anatopatológico se informa fibrohistiocitoma benigno estadiificado dentro del grupo IA por la American Joint Committee según criterios de celularidad, índice mitótico, atipia nuclear y tasa de necrosis.

Comentarios y conclusiones: El fibrohistiocitoma benigno ocurre generalmente en dermis y celular subcutáneo y muy rara vez en tejidos profundos. Compuesto por una mezcla de histiocitos y fibroblastos acompañados por elementos inflamatorios, células gigantes multinucleadas y siderófagos. Se presenta en la vida adulta y su localización más frecuente en la porción proximal de las extremidades. Es un alto tumor agresivo localmente con un alta tasas de recidiva local, cuyo tratamiento es escisión amplia inicial.

CC-565. TUMORACIÓN EN REGIÓN POPLÍTEA

S. Gros Aspiroz, F. Pérez Villar, V. Altemir Martínez
y J.J. Fernández Martínez

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: Ante una tumoración en región poplítea se puede pensar en varias afecciones como son el quiste de Baker, aneurisma poplíteo, patología infecciosa o patología tumoral ya sea benigna o maligna. Se deberá llegar al diagnóstico tras exploración física de la misma y con la ayuda de pruebas complementarias.

Material y método: Se expone el caso de una paciente mujer de mediana edad que acude por tumoración de consistencia dura, no latiente, sin signos de infección, en región poplítea de reciente instauración, leve impotencia funcional y molestias mecánicas.

Resultados: Se realizó RM que se informa como osteocondroma pediculado en zona posteroexterna metáfisis tibial. Se realiza gammagrafía ósea en la que se observa marcada hiperactividad osteogénica en la lesión tibial, sugiriendo control gammagráfico en caso de sospecha de degeneración. Debido a su rápida aparición, el aumento de crecimiento y del dolor se decide intervenir quirúrgicamente utilizando una vía posterior (de Trickey) de rodilla por la que se accede fácilmente al osteocondroma y se procede a su exéresis. El resultado anatopatológico descarta la lesión maligna asociada. La paciente se recupera satisfactoriamente y en pocas semanas recupera su actividad normal desapareciendo las molestias.

Comentarios y conclusiones: El osteocondroma es la lesión ósea benigna más frecuente (10-15% de los tumores óseos), que normalmente afectan a metáfisis de huesos largos y sobre todo rodeando la rodilla. Los osteocondromas solitarios malignizan en un 1%, las características clínicas de sospecha son el dolor, brote de crecimiento y características radiológicas comparativas. Esto, unido a que puede originar deformidad, fracturas, trastornos nerviosos, vasculares y bursitis por compresión, pueden decantar la opción quirúrgica temprana.

CC-566. FIBROMA DESMOPLÁSICO DE LOCALIZACIÓN PÉLVICA

D. Blanco Díaz, I. Auñón Martín, J.A. Zafra Jiménez,
J. Ortega García, M.R. García-Rayó Rodríguez-Barbero
y C. Resines Erasun

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: El fibroma desmóplásico es un tumor poco frecuente catalogado como benigno pero con un comportamiento local agresivo. El diagnóstico radiológico es difícil y con bajo índice de

sospecha. El pronóstico suele ser favorable con una baja tasa de recurrencia y ausencia de metástasis.

Material y método: Paciente varón de 27 años que presenta dolor inguinal derecho de varios años de evolución sin antecedente traumático. No presentaba otra sintomatología. Las estudios de imagen incluyendo radiografías, TAC y RMN mostraban una imagen osteolítica insuflante en la rama iliopubiana derecha y pilar anterior del acetáculo con extensa rotura de la cortical y masa de partes blandas. El estudio de extensión descartó la presencia de enfermedad sistémica. Durante el proceso diagnóstico se realizó en dos ocasiones punción-aspiración con aguja fina guiada por TAC de la lesión obteniéndose en ambos casos material poco representativo. Finalmente se realiza biopsia incisional tomando muestras con tru-cut.

Resultados: Se obtuvo un material fibroso de consistencia blanda. El resultado histopatológico reveló la presencia de fibroblastos sobre una matriz de colágeno con el diagnóstico definitivo de fibroma desmóplásico.

Comentarios y conclusiones: La localización pélvica de este tipo de tumor es poco frecuente pero debemos pensar en ella ante la presencia de una lesión osteolítica primaria. El diagnóstico diferencial debe realizarse con tumores de distinta agresividad como la displasia fibrosa, el histiocitoma fibroso maligno y el fibrosarcoma. De ahí la importancia de un diagnóstico precoz correcto. Dado el bajo rendimiento de la punción percutánea, se recomienda llevar a cabo biopsia incisional.

CC-567. OSTEOCONDROMA DE GRAN TAMAÑO EN FÉMUR PROXIMAL

V. García Virto, F. Yagüe Solís, P. Barrio Sanz, M. González Salvador, M. Plata García, M. Brotat Rodríguez y J.M. Gutiérrez Carrera

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: Los osteocondromas constituyen el 40% de los tumores benignos y el 10% de los tumores primarios del hueso. Pueden aparecer como lesiones solitarias o como una afección hereditaria múltiple. El objetivo es mostrar un osteocondroma de gran tamaño en fémur proximal.

Material y método: Varón de 25 años, que consulta por masa indolora en muslo izquierdo, sin antecedente traumático. A la exploración, se palpa una masa en región supero-interna del muslo, indolora, dura, no móvil, existiendo una limitación para la extensión y rotación interna de la cadera. En las radiografías observamos una imagen sésil dependiente de trocánter menor, con continuidad ininterrumpida de las corticales. En TAC, se comprobó lesión ósea de 9 x 7 x 4 cm de diámetro, compatible con osteocondroma. Se realizó estudio gammográfico, confirmándose la existencia de lesión única sin características de malignidad y en RMN se valoró que la cubierta cartilaginosa era inferior a 1 cm. Con el diagnóstico de osteocondroma solitario, se realizó exéresis de la masa a través de un abordaje interno.

Resultados: El paciente caminó con ayuda de bastones las primeras semanas, para continuar con apoyo completo. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de osteocondroma sin signos de malignidad, comprobándose en las radiografías de control la resección completa de la lesión.

Comentarios y conclusiones: Las localizaciones más frecuentes de los osteocondromas son el fémur distal, la tibia proximal y el húmero proximal. Suelen ser lesiones asintomáticas, aunque pueden dar clínica por compresión de estructuras vasculo-nerviosas o limitación de la movilidad articular. Su tamaño se estabiliza al final del crecimiento, existiendo un riesgo de un 1% de degeneración sarcomatosa. El tratamiento quirúrgico es la exéresis completa, cuya indicación en este caso, se realizó debido al gran tamaño, su localización próxima a estructuras vasculo-nerviosas y la limitación que producía en la movilidad de la cadera.

CC-568. ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA COMO TRATAMIENTO PALIATIVO DE COXALGIA EN PACIENTE CON METÁSTASIS ÓSEAS MÚLTIPLES

J.P. García Paños, J.P. Puertas García Sandoval, J.R. Fernández Sánchez, R. Cano Gea, A. Valcárcel Díaz, M. Lamata Iturria, J.J. López Martínez y S. Ros Martínez

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso de coxalgia en paciente con sospecha de enfermedad metastásica, su proceso diagnóstico, tratamiento y evolución.

Material y método: Paciente de 54 años que consulta por dolor glúteo e inguinal izquierdo, acompañado de síndrome constitucional, de 2 años de evolución, con patrón inflamatorio, previamente diagnosticado de enfermedad de Paget tratada con Zoledronato iv sin mejoría. Presenta dolor a movilización y limitación funcional de cadera, atrofia de cuádriceps, fuerza y sensibilidad conservadas. En radiología simple se aprecian lesiones líticas en ilíaco, acetáculo y cabeza femoral izquierda y fractura en ramas derecha. La gammagrafía muestra aumento de captación en hemipelvis izquierda, costillas y esternón. Con sospecha de Paget poliostótico se realiza TC de pelvis que muestra imagen lítica en hemipelvis izquierda, L4 y cabeza femoral derecha. PET aprecia tejido tumoral viable en múltiples localizaciones óseas. Con sospecha de enfermedad metastásica se toma biopsia de ilíaco y acetáculo que confirma el diagnóstico de metástasis de carcinoma ductal de mama EIV. Mamografía: muestra mamas de aspecto lipoideo, simétricas, Birads 1. Se completa estudio de extensión con TC toracoabdominal, cerebral. Se decide tratamiento quirúrgico mediante reconstrucción de cadera izquierda con artroplastia total más injerto en fondo acetabular con componentes no cementados.

Resultados: La paciente mejora de la coxalgia recuperando balance articular completo tras tratamiento rehabilitador. Recupera deambulación asistida por un bastón. Pasa a cargo del servicio de oncología para tratamiento paliativo de su enfermedad de base.

Comentarios y conclusiones: La sustitución total de cadera constituye una alternativa adecuada como tratamiento paliativo en pacientes con coxalgia por enfermedad metastásica, siempre que presenten una esperanza de vida superior a seis meses. El diagnóstico de la enfermedad metastásica requiere de estudios de imagen, biopsia y estudio de extensión.

CC-569. QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO RECIDIVADO. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

R. Rodríguez Martínez, J.P. Puertas García-Sandoval, J.A. Calatayud Mora, S. Illán Franco, J.R. Fernández Sánchez, R. Cano Gea, J.P. García Paños y A. Valcárcel Díaz

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El quiste óseo aneurismático es una lesión quística llena de sangre revestida de tejido vascular, estroma benigno, células gigantes y hemosiderina. Es más frecuente en adultos jóvenes. Aparece en metáfisis de huesos largos, pelvis y cuerpos vertebrales. En la radiografía simple se ve una lesión lítica multiloculada, en "baño de burbujas", limitada por una fina capa de hueso perióstico. En la gammagrafía presenta intensa captación periférica, con escasa captación central. Un nivel líquido en la TC confirma el diagnóstico. El tratamiento consiste en raspado de las paredes e implantación de injertos en su cavidad. La recurrencia es del 20-30%. El pronóstico del quiste óseo aneurismático es excelente.

Material y método: Paciente de 23 años remitida desde otro centro tras ser intervenida hace seis meses de quiste óseo aneurismático en la epífisis proximal de la tibia derecha mediante curetaje e injerto. Tras TC y RM se observa recidiva en la región externa de la tibia proximal. Se realizar nuevo curetaje seguido de fresado y criocongelación

con nitrógeno líquido. Se sustituye el defecto óseo con aloinjerto triturado y un bloque estructural como soporte. No se implanta material de osteosíntesis.

Resultados: La paciente evolucionó bien de la herida quirúrgica, sin rechazo del aloinjerto, se inició carga parcial a los 2,5 meses y carga total a los cinco meses postcirugía. Se realizó fisioterapia desde las dos semanas postcirugía, siendo el balance articular de la rodilla de 110° de flexión y extensión completa. Tras 8 meses postcirugía no ha presentado recidiva.

Comentarios y conclusiones: El quiste óseo aneurismático es una lesión benigna, pero su evolución y localización producen limitaciones importantes, requiriendo en ocasiones cirugías radicales. El tratamiento inicial consiste curetaje y llenado del defecto con injerto o cemento. Debe reservarse la implantación de megaprótesis o alopórtesis cuando la articulación esté destruida y no exista una opción más conservadora.

CC-570. DESARTICULACIÓN DE HOMBRO COMO TRATAMIENTO DE SARCOMA DE PARTES BLANDAS

J.P. García Paños, J.P. Puertas García-Sandoval,
J.R. Fernández Sánchez, R. Cano Gea, A. Valcárcel Díaz,
J.A. Calatayud Mora, S. Ros Martínez y R.A. Rodríguez Martínez

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso de sarcoma de partes blandas de miembro superior en el que fue necesaria una desarticulación glenohumeral como tratamiento radical, diagnóstico y evolución postquirúrgica.

Material y método: Paciente de 37 años de edad con déficit mental secundario a meningoencefalitis, que presenta masa pétrea, eritematosa con crecimiento progresivo en miembro superior izquierdo. A la exploración se muestra como una masa dura, fija a planos profundos que ocupa la cara externa de la mitad superior del brazo izquierdo. El hemograma, analítica y marcadores tumorales son normales. En Rx simple de hombro se aprecia masa de partes blandas. Eco muestra masa sólida de 5x7 cm con ecos en su interior. Con la sospecha de sarcoma de partes blandas se realiza biopsia que confirma el diagnóstico de tumor mesenquimal de alto grado de malignidad. Se realiza estudio con RM que muestra gran masa heterogénea multicompartmental que ocupa 3/4 de la circunferencia humeral desde la región subcapital hasta 1/3 medio humeral con infiltración de periostio, paquete vasculonervioso, musculatura y adenopatías axilares. En estudio de extensión con TC toracoabdominal con contraste no se aprecia enfermedad a distancia contralateral ni abdominal. Se realiza PET/TC para planificación quirúrgica. Se realiza valoración multidisciplinar por servicios de Oncología, Radioterapia, Cirugía General y Traumatología. Se inicia Radioterapia preoperatoria con el objetivo de disminuir el volumen tumoral sin obtener respuesta. Se decide erradicación con fines curativos del tumor mediante desarticulación glenohumeral reglada.

Resultados: A los 5 meses postratamiento la paciente permanece libre de enfermedad siendo difícil valoración clínica por su estado mental. Sigue revisiones en consultas de Traumatología y Oncología.

Comentarios y conclusiones: La desarticulación glenohumeral constituye un tratamiento agresivo pero con fines curativos en aquellos sarcomas de partes blandas irresecables de miembro superior proximal. Es fundamental un abordaje multidisciplinar para el adecuado tratamiento de estos tumores.

rrollan en la cortical. Su localización más frecuente es la región metafisaria de los huesos tubulares largos, especialmente en fémur, tibia, peroné y calcáneo. Presentaremos un caso de lipoma intraóseo de calcáneo tratado en nuestro servicio.

Material y método: Mujer de 55 años sin antecedentes de interés que acude a consulta por referir molestias inespecíficas en pie derecho de meses de evolución. A la exploración física sólo se detectan molestias a palpación en el talón. Tras realizar una radiografía del pie afecto se detecta la lesión. Se realiza una nueva radiografía, TAC y RMN, donde se observa una gran lesión que ocupa el 80% del hueso, compatible con lipoma. Un año tras el diagnóstico se realiza por vía ántero-externa curetaje de calcáneo, llenado con injerto óseo de banco e infiltración con plasma rico en factores plaquetarios. La anatomía patológica confirma el diagnóstico.

Resultados: La paciente fue dada de alta a los 8 meses de la cirugía, mostrándose asintomática y con una imagen radiológica con buena integración del injerto óseo.

Comentarios y conclusiones: La mayoría de los pacientes con lipomas intraóseos son varones y tienen alrededor de los 40 años cuando son diagnosticados. Puede ser asintomático o producir dolor. Raramente debutá clínicamente con una fractura. Radiológicamente suele producir una lesión lítica, bien definida rodeada por un fino cerco escleroso. Puede contener trabeculaciones o calcificaciones. Muchas veces se confunden con otros tumores, especialmente con quistes óseos unicamerales o quistes aneurismáticos, cuando se hallan en el calcáneo. Histológicamente consiste en lóbulos de adipocitos de aspecto maduro. Algunos tumores pueden presentar necrosis grasa con macròfagos espumosos y fibrosis. Tienen un excelente pronóstico y raramente recidivan.

CC-572. TRATAMIENTO DEL SARCOMA DE PARTES BLANDAS EN MAYORES DE 75 AÑOS EN EL ÚLTIMO AÑO

M.L. López de Dicastillo Roldán y V.E. Gómez Palacio

Hospital San Pedro. Logroño.

Introducción y objetivos: Los sarcomas de partes blandas suponen un 1% de los tumores, localizados fundamentalmente en las extremidades inferiores. Afectan sobre todo en la 5.^a-6.^a décadas, suelen ser asintomático y para su diagnóstico la biopsia es fundamental. El tratamiento es multidisciplinario siendo la cirugía lo más importante.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo del último año de sarcomas de partes blandas, tratados de forma quirúrgica y en pacientes mayores de 75 años. Encontramos dos pacientes con estas acotaciones, el primer caso se trata de una mujer de 78 años que acude por tumoración en hombro derecho de 6 meses de evolución, no dolorosa. En la radiología se aprecia calcificación a nivel del deltoides, no anclada en hueso y la biopsia escisional muestra osteosarcoma extraesquelético. El segundo caso, mujer de 85 años que acude por tumoración en la cara posterior del muslo izquierdo de 2 meses de evolución, profunda y dolorosa a la palpación. Se amplía el estudio con pruebas de imagen y PAAF con resultado de tumor mesenquimal maligno.

Resultados: En el primer caso se procede a la resección con márgenes libres y sin tratamientos adyuvantes. Actualmente la paciente está asintomática, libre de enfermedad. En el segundo caso se interviene para tumorectomía. La AP refiere "schwannoma maligno, con márgenes infiltrados". En este caso se asocia radioterapia y quimioterapia tras lesión residual. A los 4 meses se diagnostica de metástasis pulmonares con fallecimiento de la paciente.

Comentarios y conclusiones: Los tumores de partes blandas con sus diferentes variantes, son cuadros patológicos que encontramos en nuestra práctica diaria, es importante un correcto diagnóstico y tratamiento. Revisando artículos en ciertos grupos de edad el tratamiento es controvertido, ya que al aumentar la esperanza de vida, encontramos diferentes decisiones terapéuticas y resultados, como en nuestro estudio.

CC-571. GRAN LIPOMA INTRAÓSEO EN CALCÁNEO

B. Fernández Bran y R. Castro Salvador

Hospital POVISA. Vigo.

Introducción y objetivos: El lipoma intraóseo es un tumor óseo raro benigno que se producen en la cavidad medular y raramente se desa-

CC-573. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN METÁSTASIS TUMORALES EN HÚMERO PROXIMAL

R. Rodríguez Martínez, J.J. López Martínez,
J.P. Puertas García-Sandoval, J.S. Vela Pardo, J.J. Parrilla Riera,
J.A. Calatayud Mora, S. Ilán Franco y M. López Antón

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Los avances en oncología médica han mejorado la supervivencia en pacientes oncológicos; esto unido a las mejoras en los sistemas protésicos hace que las indicaciones en el tratamiento de las metástasis óseas cambien continuamente. El tratamiento quirúrgico debe ser individualizado, con estrecha coordinación con los oncólogos y radioterapeutas.

Material y método: Presentamos tres casos clínicos de metástasis en húmero Proximal. El primero es el de una mujer con metástasis única de cáncer de mama. El segundo es el de un varón de 54 años con cáncer de colon con metástasis en pelvis y tercio proximal de húmero. El tercer caso es el de un varón de 56 años con cáncer de pulmón que debutó con omalgia de un mes de evolución y tras estudio radiográfico se apreció una metástasis de tercio proximal de húmero. Los tres pacientes tenían un PET previo a la cirugía como parte del protocolo seguido por los departamentos de Oncología-Cirugía Oncológica.

Resultados: La decisión quirúrgica basada en individualizada, fue de cirugía radical y megaprótesis de húmero en los dos primeros casos, y estabilización percutánea en el tercer caso, como método paliativo. A los seis meses el primer paciente presenta una buena funcionalidad del miembro superior y está libre de enfermedad, el segundo paciente presenta una funcionalidad moderada, que le permite ser autónomo y sin dolor. El tercer paciente falleció a los tres meses y medio del diagnóstico.

Comentarios y conclusiones: El manejo de las metástasis desde el punto de vista de la cirugía ortopédica tiene, dos objetivos, el curativo cuando son metástasis únicas, siendo conveniente realizar un tratamiento radical y un tratamiento paliativo para proporcionar mejor calidad de vida. Las opciones quirúrgicas deben ser adecuadas a lo que es más beneficioso para los pacientes, en los que hay que considerar su estado de inmunodepresión y patología de base.

CC-574. GANGLIÓN INTRANEURAL

A. Pérez Pons, J. Vázquez Ortiz, R. Clos Molina, R. Bachiller Caño,
L. Guillamet Juncá, F. Díaz Escriu, E. Trias Puertolas
y J. Pérez Castanedo

Hospital General de Vic.

Introducción y objetivos: Paciente de 31 años que consulta por parálisis completa de CPE de 6 semanas de evolución sin antecedente traumático. Exploraciones: EMG: signos de denervación en musculatura dependiente de rama peroneal profunda; RMN lumbar y rodilla: lesión quística en trayecto de CPE (¿ganglion intraneural?). Se procede a intervención quirúrgica realizando exéresis completa de la tumoralización. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de ganglion intraneural. A los 4 meses postoperatorio: indicios de contracción de tibial anterior y 3/5 en EPDG y ECD. A los 6 meses: 2/5 en tibial anterior. Los quistes intraneurales son raros. La localización más frecuente (86%) es en el CPE. La clínica comprende dolor y atrofia de la musculatura anterior de la pierna y el dorso del pie. El diagnóstico se realiza mediante EMG, RMN. Resultados a largo plazo mejores en aquellos pacientes a los que se le realiza exéresis completa. El 65% recuperan la funcionalidad del nervio.

Material y método: A propósito de un caso.

Comentarios y conclusiones: Se presenta el caso clínico para cartel científico debido a la rareza del caso.

CC-575. FRACTURA PATOLÓGICA SUPRACONDÍLEA DE FÉMUR DE ORIGEN DESCONOCIDO

C. Gascón López, J. Perelló Roselló, D. Salinas González,
J. Maravi Poma, R. Salas Solivellas, O. Tendero Gómez
y M. Rubí Jaume

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

Introducción y objetivos: El plasmocitoma solitario óseo es una variante poco frecuente del mieloma múltiple. Las manifestaciones clínicas son poco evidentes y en algunos casos la fractura patológica es la primera manifestación de la enfermedad.

Material y método: Presentamos un varón de 74 años sin AP de interés que acude remitido desde un hospital comarcal para estudio de una fractura patológica supracondílea de fémur sobre una lesión lítica de grandes dimensiones. Por la edad del paciente y las características de la lesión nuestra sospecha clínica era de un posible plasmocitoma óseo. Se realizó una gammagrafía ósea y una serie ósea para completar el estudio de extensión, que en ambos casos dieron resultado negativo. Realizamos una biopsia que confirmó nuestra sospecha diagnóstica.

Resultados: Descartamos realizar una osteosíntesis primaria por el riesgo del fallo de la misma y optamos por una arthroplastia total de rodilla con una prótesis tumoral. Tras la cirugía el paciente ha presentado una buena evolución y tiene buena movilidad a nivel de la rodilla afecta. El paciente recibió tratamiento radioterápico coadyuvante y continúa con controles periódicos que puedan descartar progresión de la enfermedad.

Comentarios y conclusiones: El plasmocitoma solitario óseo es una entidad de difícil diagnóstico y su localización más habitual es a nivel vertebral. La afectación a nivel metafisario distal es muy infrecuente. El tratamiento es multidisciplinar y junto a los tratamientos radioterápicos, la cirugía es necesaria en los casos de afectación de partes nobles y en el caso de fracturas, como en el paciente que presentamos. Tras revisar la literatura hemos encontrado que no hay series extensas ni protocolos de tratamiento en estos casos. La opción de la arthroplastia tumoral puede ser una alternativa que proporciona buenos resultados funcionales y permite una movilidad temprana de la zona afectada.

CC-576. TUMORACIÓN GIGANTE EN MUSLO

R. de los Santos de la Cruz, A. Vergara Ferrer,
M. Hilario Pérez y L. Sevillano

Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés.

Introducción y objetivos: Se expone el caso de un paciente de 68 años que acude a consultas por masa en cadera y muslo izquierdo de dos meses de evolución.

Material y método: Como antecedentes personales de interés se le realizó una resección de vejiga por carcinoma urotelial grado II 6 años antes. El paciente manifiesta que desde mayo del 2009 se ha desarrollado en su muslo izquierdo una masa de crecimiento lento pero continuo, observándose en la exploración importante inflamación en región posterior del muslo izquierdo con aumento del volumen. Movilidad de la cadera y rodilla conservada. Leve dolor a la palpación de la masa. En la radiografía simple no aparecen lesiones óseas agudas y la RMN se informa como tumoración de apariencia quística y multiseptada en compartimiento posterior del muslo izquierdo de 23 cm de diámetro máximo con captación periférica y septal compatible con mixoma.

Resultados: Se decide tratamiento quirúrgico realizándose exéresis marginal + biopsia, extrayéndose una masa multilobulada, con buena vascularización, con un peso aproximado de 2 kg y que estaba en íntima relación con el nervio ciático.

Comentarios y conclusiones: La anatomía patológica es informada de liposarcoma mixoide.

CC-578. INJERTO VASCULARIZADO DE DIÁFISIS DE PERONÉ TRAS RESECCIÓN DE TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DEL RADIO DISTAL

M. del Valle Jou¹, A. Ferreres Claramunt², S. Solsona Espín¹, E. Rodríguez Boronat¹, I. Casado Mena¹, I. Iribarri Etxabeguren¹, J.E. Colombo Márquez¹ y S. Lobato Trenado¹

¹Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

²Institut Kaplan. Barcelona.

Introducción y objetivos: El injerto libre vascularizado de peroné es un procedimiento de uso frecuente para reemplazar grandes defectos óseos tumorales. El extremo distal del radio es uno de los lugares donde más veces se ubica el tumor de células gigantes.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 23 años con un gran tumor de células gigantes del radio distal tratado mediante injerto óseo vascularizado de peroné. Tras una amplia resección de la tumoración se realizó una artrodesis parcial de la muñeca entre un injerto libre vascularizado de diáfisis de peroné y la porción escafolar de la hilera proximal del carpo.

Resultados: Presentamos el resultado clínico y radiológico tras un año de la cirugía.

Comentarios y conclusiones: Se trata de una cirugía laboriosa, pero el resultado lo consideramos bueno.

CC-579. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES ÓSEO. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

M. Almenara Fernández, F. Abat González, A. Peiró Ibáñez, L. Trullols Tarragó, I. Gracia Alegría y J. Majó Bujigas

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes (TCG) es un tumor óseo benigno que puede comportarse de agresivamente. El aspecto radiológico más común es el hallazgo de una lesión única, lítica y excéntrica en la región metáfiso-epifisaria del hueso. Histológicamente está constituido por celularidad variada, predominando las células gigantes de tipo osteoclasto. Según la literatura publicada, aparece generalmente en adultos entre 20-50 años y existe una mayor incidencia en el sexo femenino. Las localizaciones más frecuentes son: fémur distal y tibia proximal. Presenta un 25-50% de recidivas, 10% malignización y en algunas ocasiones incluso puede llegar a metastatizar.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo analizando los pacientes intervenidos de TCG óseo en nuestro centro en los últimos 20 años, en los que hemos determinado la edad, sexo, localización, opciones terapéuticas empleadas, evolución post-operatoria y complicaciones presentadas.

Resultados: Hemos analizado 100 pacientes intervenidos de TCG óseo en nuestro hospital, con una edad media de 33 años y seguimiento medio de 10 años. Hemos observado un ligero predominio del sexo femenino. La localización más frecuentemente afectada es el fémur distal. En cuanto al tratamiento, en la mayoría de los casos se realizó curetaje con aporte de injerto óseo. En cuanto al porcentaje de recidivas, resultó similar a las publicadas en la literatura, pero obtuvimos menor tasa de malignización tumoral.

Comentarios y conclusiones: Los TCG son lesiones benignas solitarias con destrucción ósea significativa y que pueden comportarse de manera agresiva, por lo que el tratamiento adecuado deberá incluir consideraciones en cuanto al compromiso local, tamaño y grado de destrucción del tejido tumoral. Según nuestro estudio, el tratamiento con curetaje y aporte de homoinjerto ha aportado buenos resultados, permitiendo recuperar el stock óseo dañado. Debemos realizar controles postoperatorios clínicos y radiológicos para detectar signos de recidiva o posible malignización de la lesión.

CC-580. COMPLICACIONES ONCOLÓGICAS DE LOS TUMORES DE CÉLULAS GIGANTES DEL EXTREMO DISTAL DEL RADIO

I.C. Vázquez Vecilla¹, L. Vírseda García¹, A. Ramos del Río¹, F. Arias Martín¹, A. Saldaña Díaz¹, S. Sánchez Herráez¹, C.I. Persson Martín² y L.R. Ramos Pascua¹

¹Hospital de León, ²Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Los tumores más frecuentes del extremo distal del radio son los de células gigantes, que a veces son formas multicéntricas de la enfermedad. El 11% de ellos se localiza allí, con la particularidad de mostrar una mayor agresividad en ese asiento. De tal forma, las recidivas y las metástasis en los pacientes con tumores en esa localización son más frecuentes. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia en el tema, que ilustra su particular comportamiento.

Material y método: Se presentan tres pacientes con tumores de células gigantes del extremo distal del radio entre una serie de 7 que se trataron, dos de ellos, con resección en bloque con márgenes amplios y reconstrucción; y, el tercero de los casos, con una amputación radical amplia de entrada. En el primero se produjo un implante del tumor de células gigantes en el tercio medio del antebrazo; en el segundo una recidiva local; y en el tercero, la metastatización al cabo de 6 meses del tratamiento. Se presentan los tratamientos posteriores y la evolución de todos los casos al cabo de un seguimiento medio de 4 años.

Resultados: El resultado del primer paciente fue bueno tras la resección amplia del implante. En el segundo paciente, tras dos recidivas locales, se realizó una amputación amplia. El tercero continúa con metástasis pulmonares, sin evidencia de recidiva local.

Comentarios y conclusiones: Los tumores de células gigantes del extremo distal del radio se comportan de forma más agresiva que lo hacen los mismos tumores en otras localizaciones.

CC-581. AMPUTACIÓN PIROGOFF MODIFICADA APLICADA A LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA DEL PIE

C.A. Encinas Ullán¹, A. Nóvez Tallón², E. Ortiz Cruz¹, F. Oñorbe Sanfrancisco¹, J.M. González López¹ y J.S. Ruiz Pérez¹

¹Hospital La Paz. Madrid. ²ASEPEYO. Madrid.

Introducción y objetivos: La resección amplia mediante amputación parcial pie presenta como ventajas sobre la resección radical por debajo de la rodilla: obtención de un muñón que permite la carga reduciendo el gasto energético y un impacto social, psicológico y familiar mínimo.

Material y método: Presentamos una serie de 3 casos consecutivos intervenidos en nuestro hospital. La valoración funcional del postoperatorio fue evaluada mediante la escala de Takakura modificada por Akira Taniguchi.

Resultados: El motivo de la resección fue un carcinoma epidermoide verrucoso bien diferenciado, un sarcoma sinovial, un condrosarcoma extraesquelético mixoide: el tiempo medio de seguimiento fue 31 meses. Los resultados fueron 96, 94, 81 (excelentes, puntuación entre 80 y 100), en un caso se produjo discrepancia de longitud pero menor de dos centímetros y dos de ellos tuvieron problemas en la cicatrización de la herida pero fue conseguida finalmente sin reintervenciones. Los paciente son capaces de caminar grandes distancia y sin cojera.

Comentarios y conclusiones: La amputación de Pirogoff es una técnica en la que se conserva la longitud del miembro y la protetización podría evitarse. Permite un apoyo parcial de forma precoz sin necesidad de ortesis funcional para la deambulación precisando únicamente ortesis de relleno para el calzado.

CC-582. LIPOSAS GIGANTES EN EXTREMIDAD SUPERIOR

J.E. Colombo Márquez, M. del Valle Jou, S. Solsona Espín,
E. Rodríguez Boronat, I. Casado Mena, I. Iribarri Etxabeguren,
F. Martínez Hornillos y S. Lobato Trenado

Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

Introducción y objetivos: El lipoma es el tumor benigno de partes blandas más frecuente. Se denomina lipoma gigante a aquel cuyo diámetro mayor es superior a 5 cm.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo de los lipomas gigantes de la extremidad superior operados en nuestro centro entre los años 2000-2008. Se han recogido 15 casos diagnosticados por examen clínico y pruebas complementarias. El tratamiento quirúrgico ha sido exéresis completa de la tumoración y biopsia.

Resultados: La escisión de la tumoración siempre ha sido completa y la biopsia ha confirmado la benignidad de la tumoración. No hemos tenido ninguna recidiva.

Comentarios y conclusiones: Los lipomas gigantes son poco frecuentes y se diagnostican con facilidad.

CC-583. REVISIÓN DE TUMORES ÓSEOS DE CÉLULAS GIGANTES EN UN PERÍODO DE 14 AÑOS

V. Ros Munné, A. Carballo García, P. Martínez Grau
y X. Solernou Soler

Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes representa el 4-8% de los tumores óseos primarios. Es una neoplasia benigna pero

tiene comportamiento agresivo local, tasa de recidiva del 50% y degeneración maligna entre 1-2%. El objetivo es valorar el comportamiento de estos tumores y los resultados de su tratamiento en nuestro servicio.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo del período entre 1995 hasta febrero 2009 recogiendo una serie de 10 casos diagnosticados de tumor óseo de células gigantes y tratados en nuestro centro. El seguimiento medio es de 67 meses con una edad media de 28 años (6 hombres/4 mujeres). Localización a nivel epifiso-metáfisisa de fémur distal en 5 casos, 3 casos en sacro/pelvis, 1 caso en metatarsiano y 1 caso en falange de la mano. Para el diagnóstico se utilizaron pruebas de imagen (Rx, RM, TC, GGO) confirmándose con anatomía patológica obtenida por punción-biopsia guiada por TC. El tratamiento más utilizado es el curetaje e injerto óseo homólogo ± coadyuvantes. En ningún caso se utilizó radioterapia.

Resultados: Hemos observado una tasa de recidiva del 40%. Los 4 casos recidivados se trajeron con nuevo curetaje e injerto óseo: 2 casos libres de enfermedad actualmente, 1 caso al aparecer la 3.^a recidiva con afectación extensa, se decidió realizar amputación supracondilea y el otro caso tuvo una evolución satisfactoria hasta que 10 años más tarde se detectó un osteosarcoma de alto grado independiente, realizándose amputación infratrocantérica y quimioterapia. No se detectó ninguna metástasis ni degeneración sarcomatosa.

Comentarios y conclusiones: El pronóstico del tumor óseo de células gigantes depende de su comportamiento, debido a la probable recidiva local, la degeneración sarcomatosa e incluso la aparición monostótica de otros tumores primarios independientes. El tratamiento inicial es el curetaje e injerto óseo, reservando las cirugías más agresivas para la posible mala evolución.