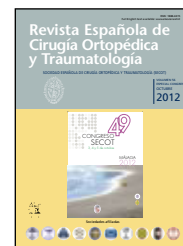




Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.elsevier.es/rot



CARTELES CIENTÍFICOS

CADERA (CC-1-CC-137)

CC-1. CUANDO LA CAUSA DE LA GONALGIA SE ENCUENTRA EN LA CADERA

A. Guijarro Valtueña, J.C. de Lucas Villarrubia, J. Campo Loarte, C. Zorzo Godes, C. Jiménez Salanova, M.S. González González, T.M. Beteta Robles y S. González González

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: El dolor localizado en la región de la rodilla puede deberse a patología de la articulación o de los tejidos circundantes, pero también puede ser debido a patologías en otras zonas anatómicas como la cadera o la zona lumbar. Se hace indispensable una buena anamnesis y exploración física para hacer un diagnóstico diferencial y poder plantear un enfoque terapéutico apropiado.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 37 años que acudió a nuestro hospital para consultar por gonalgia izquierda. En los antecedentes destacaba una artritis coxofemoral izquierda de etiología tuberculosa en su infancia que causó una discrepancia de longitud de 7 cm corregida con epifisiodesis de fémur distal derecho. En la exploración existía una limitación para la flexión de la cadera a 40° y una abolición de las rotaciones y de la abducción. El miembro inferior derecho era 2 cm más largo que el izquierdo. En el estudio radiológico pudo observarse una fusión de la cadera izquierda.

Resultados: La paciente fue intervenida quirúrgicamente tras seguir un protocolo antituberculoso durante 3 meses. Se llevó a cabo una osteotomía de la artrodesis y se implantó una prótesis total de cadera además de realizar una osteotomía de deslizamiento del trocánter mayor. La paciente mantuvo una ortesis de abducción durante 6 semanas y siguió con antibioterapia durante tres meses más. La rehabilitación fue intensiva. Seis meses tras la cirugía, la paciente no tenía dolor en cadera ni en rodilla, aunque persistía una leve marcha en Trendelenburg. El balance articular de la cadera era de 90° de flexión, 20° de rotación interna, 30° de rotación externa y 30° de abducción y no existía discrepancia de longitud de los miembros inferiores.

Comentarios y conclusiones: Una gonalgia debida a una patología de cadera como una artrodesis secuela de una artritis séptica no es un proceso común. Sin embargo, el dolor localizado en una región anatómica puede ser referido desde lesiones a distancia. Una anamnesis detallada y una exploración física correcta nos orientan hacia el diagnóstico adecuado y nos ponen en el camino del tratamiento apropiado.

CC-2. COXALGIA CRÓNICA SECUNDARIA A CONDROBLASTOMA DE CADERA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. García Londoño, C. Rodríguez Alonso, M. Eduardo Gallina, L. López de Dicastillo Roldán, B. Antón Capitán y M. Azcaray Anta

Hospital San Pedro. La Rioja.

Introducción y objetivos: El condroblastoma de cadera es un raro tumor que corresponde al 2% de los tumores óseos, habitualmente benigno pero con posibilidad de malignización. Hoy día las posibilidades terapéuticas para dicho tumor varían entre radiofrecuencia, resección directa por luxación controlada de cadera y artroplastia de la misma. En nuestro caso presentamos un paciente de 42 de edad y dos años de evolución de coxalgia izquierda que se trató inicialmente con radio frecuencia, pero que debido al tamaño de la lesión sufrió el colapso de la cabeza femoral y requirió un segundo tiempo quirúrgico para artroplastia de la misma.

Material y método: Paciente captado por remisión directa a las consultas externas de trauma con dx de cojera e imagen tumoral en cabeza de fémur a la cual se le realizó seguimiento por 2 años.

Resultados: Luego de practicar el reemplazo articular a la paciente mejoró el dolor por completo recuperando su funcionalidad y consideramos que por el momento el caso se encuentra satisfactoriamente resuelto, si bien además contemplamos la necesidad de nuevas intervenciones a largo plazo de dicha cadera.

Comentarios y conclusiones: El reemplazo articular en paciente joven en una opción terapéutica a contemplar, sin embargo se debe tener con plan alternativo de tratamiento en cuanto la situación sea posible para tratar de conseguir que la cadera nativa sea lo más longeva posible.

CC-3. LUXACIÓN ANTERIOR DE CADERA SIN FRACTURA ASOCIADA

A. Orois Codesal, R. Ballesteros Massó, J. Moreno Martínez, J.A. Oteo Maldonado, S. Pascual del Hoyo, C. López Orosa, P. Benavente Rodríguez y M. Coco Velilla

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: La luxación anterior de cadera es un proceso muy infrecuente (alrededor de un 10% de las luxaciones traumáticas) y un 50% de ellas presentan fracturas asociadas. El mecanismo lesional suele ser una abducción, rotación externa y flexoextensión simultáneas de la cadera. Presentamos un caso de luxación anterior traumática de cadera, sin fractura asociada, en una mujer de 81 años, tratada de forma conservadora.

Material y método: Paciente con antecedentes personales de fibrilación auricular en tratamiento con Sintrom, independiente para las

actividades de la vida diaria, que sufre una caída casual en su domicilio (flexión y abducción forzadas de cadera al agacharse sobre suplemento de WC portátil). A la exploración, presenta el miembro inferior en abducción y rotación externa. La radiografía de pelvis muestra una luxación anteroinferior de cadera (obturatriz). Se realizó una reducción cerrada, bajo anestesia general, mediante el método de Allis y control radioscópico. Posteriormente se realizó una inmovilización con tracción blanda 2,5 kg sin incidencias.

Resultados: En el control por TAC postreducción se observaron dos fragmentos óseos de pequeña entidad adyacentes a la porción posteroinferior del rodete acetabular. A los tres días postreducción se retiró la tracción y se autorizó la sedestación. Inició la carga a partir del 4º día, presentando deambulacion sin limitación a la 6ª semanas. Tras un seguimiento de 3 meses la paciente está asintomática.

Comentarios y conclusiones: En las Luxaciones de cadera es imprescindible una reducción precoz para evitar la osteonecrosis de la cabeza femoral. Es importante evaluar lesiones asociadas, sobre todo fracturas subcondrales mediante TC o RNM. El seguimiento debe ser a largo plazo con el fin de detectar posibles complicaciones: luxación recidivante, lesión neurovascular, fracturas inadvertidas, artrosis post-traumática. La luxación anterior de cadera en este grupo de edad es una entidad extremadamente poco frecuente.

CC-4. LUXACIONES DE PRÓTESIS TOTALES DE CADERA DEL HOSPITAL GENERAL YAGÜE, 2008-2012

A. Natera Ramírez, J. Salvat Dávila, J. Suero Mangas, J.H. Rodríguez Meléndez, M. Mora Fernández, A. Blanco Pozo y J.C. Benavente Valdivia

Hospital General Yagüe. Burgos.

Introducción y objetivos: El presente es un estudio retrospectivo de las luxaciones de las artroplastias totales de caderas de nuestro hospital desde al año 2008 al 2012. El objetivo de este estudio es determinar los factores que inciden en la luxación de las artroplastias totales de cadera en nuestros pacientes.

Material y método: Se realizó una revisión de las historias clínicas de las luxaciones de las artroplastias totales de caderas en el periodo comprendido del año 2008 al 2012.

Resultados: Un total de 65 luxaciones totales de caderas fueron atendidas en nuestra institución en el periodo 2008-2012. De las cuales 15 fueron implantadas en otros hospitales. El 90% presentaron una anulación mayor de 50°. La retroversión, anteversión y offset no pudo ser valorado en todos los casos por la calidad de las radiografías. El 70% de las luxaciones se produjeron en mujeres. Solo un 10% tenían como antecedente AR. El 40% de las luxaciones correspondían a recambios.

Comentarios y conclusiones: Los resultados de nuestro estudio son similares a los encontrados en la bibliografía revisada.

CC-5. COXARTROSIS RÁPIDAMENTE DESTRUCTIVA

A. Escandón Rodríguez, M.A. Sandoval García, J. Alonso Figaredo y D. Hernández Vaquero

Hospital San Agustín. Asturias.

Introducción y objetivos: La coxartrosis rápidamente destructiva es una variedad infrecuente de artrosis de cadera caracterizada por destrucción de la articulación coxo-femoral en un periodo relativamente corto de tiempo. Anatomopatológicamente posee similitudes tanto con la artrosis convencional como con la necrosis isquémica de la cabeza femoral.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 73 años, que acude a consulta refiriendo dolor e impotencia funcional en la cadera derecha, de tres meses de evolución. En la exploración se apreció dolor en área inguinal con irradiación hacia cara anterior del

muslo y rodilla derecha. Un estudio radiográfico de la cadera derecha mostró moderados signos de artrosis con ligero pinzamiento de la interlínea articular en el cuadrante súpero-externo. Se indicó tratamiento sintomático.

Resultados: Seis meses después acude manifestando marcado empeoramiento de su sintomatología. La actual radiografía evidencia aplanamiento grave de la cabeza femoral con desestructuración franca de la superficie articular. Tres meses después se realiza un reemplazo articular con una prótesis total cementada de baja fricción. En el acto quirúrgico se encuentra una cabeza femoral destruida en un 40% y desprovista casi en su totalidad de cartílago. El estudio histológico confirma el diagnóstico de artrosis sin otros hallazgos.

Comentarios y conclusiones: La coxartrosis rápidamente destructiva es una infrecuente enfermedad que afecta fundamentalmente a mujeres en torno a 70 años. Estos pacientes experimentan una espectacular destrucción de la articulación coxo-femoral, a menudo a los pocos meses de iniciarse la sintomatología. En el estudio radiográfico observamos estrechamiento progresivo del espacio articular de más de 2 mm/año, evolucionando hacia una desestructuración articular que la distingue de la artrosis convencional por la respuesta hipotrófica ósea manifestada en la escasez de osteofitos. Por ello, puede simular radiológicamente una artropatía séptica, neuropática, inflamatoria, metabólica, e incluso una artrosis secundaria a necrosis isquémica de la cabeza femoral. El tratamiento es la sustitución articular.

CC-6. ABSCESO DE PSOAS SOBRE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

A. Ferrer Frías, E. García Castro, R. Goñi Robledo, P. Igado Insa, A.P. Borja Jara y R. Tobalina Ortiz

Hospital Universitario Txagorritxu. Álava.

Introducción y objetivos: El absceso de psoas es una colección de pus en el compartimento del músculo iliopsoas. La vía de diseminación puede ser por vía hematológica o por contigüidad. Es más frecuente en hombres que en mujeres y no existen diferencias en cuanto a la lateralización.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 35 años intervenido de prótesis total de cadera en 2008 con prótesis par metal-metal. Buena evolución durante 3 años, pero en septiembre de 2011 acude a consulta de traumatología por presentar tumoración en región inguinal ligeramente dolorosa al ejercicio. Se realiza TC de forma ambulatoria donde se objetiva bursitis del iliopsoas o ileopectínea. En octubre de 2011 se practica punción de cadera obteniéndose líquido con ausencia de gérmenes. Se programa para revisión de prótesis por sospecha de enfermedad por partículas de metal. El día 6/12/2011 acude a servicio de urgencias por dolor en región inguinal izquierda de dos días de evolución y fiebre termometrada de hasta 38°. En la exploración física presenta: EII en flexo y ligera RE, dolor a la palpación en ingle y flanco izquierdo, ligera hipoestesia en cara anterolateral de muslo, Pulsos presentes. Temperatura de 37,5, PCR de 90.

Resultados: Se realiza TC urgente donde se objetiva un aumento del tamaño de la bursitis respecto al TC previo. Ante los hallazgos radiológicos y el empeoramiento clínico del paciente se realiza en quirófano de urgencias drenaje del absceso encontrándose líquido purulento que se envían a analizar. Se instaura tratamiento antibiótico empírico hasta llegada de cultivos. Se realiza control conjunto con Medicina Interna. Se procede de forma programada a recambio protésico extra-ayendo ambos componentes que se encuentran bien integrados, encontrándose pus en la articulación. Precisa de osteotomía femoral para extraer el componente. Tras la extracción y limpieza quirúrgica de acetábulo se coloca espaciador de cemento con antibiótico. Durante su ingreso se efectúan nuevas pruebas de imagen y de laboratorio donde se aprecia una mejoría tanto analítica como clínica por lo que el paciente es dado de alta. En seguimiento a través de consultas externas de traumatología se realiza un nuevo TC donde se observa

una resolución completa de la colección glútea y la analítica presenta parámetros de infección que rondan la normalidad.

Comentarios y conclusiones: El absceso de psoas es una patología infecciosa. Dependiendo de su patogenia se clasifica en: Absceso primario: diseminación hematológica o linfática, el germen más frecuentemente aislado suele ser el *S. aureus* y el MARSa. La diabetes, ADV, inmunodeficiencias, hematoma y fallo renal son factores de riesgo predisponentes. Absceso secundario: por contigüidad; puede ser una infección mono o polimicrobiana. Los factores de riesgo incluyen intervenciones en la región inguinal, artroplastia de cadera, cirugía de columna... Los signos y síntomas principales son dolor en flanco o espalda con o sin irradiación, fiebre, masa inguinal, cojera... El diagnóstico se basa tanto en la sospecha clínica como en el estudio analítico y pruebas de imagen. El tratamiento consiste en drenaje quirúrgico y antibioterapia. En nuestro caso, teniendo en cuenta la literatura encontrada en diversos artículos, consideramos que el absceso se pudo producir como consecuencia de una sobreinfección de la bursitis secundaria a la artroplastia total de cadera. En la actualidad el paciente presenta un BEG y buena calidad de vida. Pendiente de recambio de prótesis.

CC-7. RESULTADOS DEL COTILO DOBLE MOVILIDAD DE ÚLTIMA GENERACIÓN EN ESPAÑA: 135 PTC SEGUIDAS DURANTE UNA MEDIA DE 32 MESES

A.I. Torres Pérez, A. Murcia Mazón y A. Meroño García

Hospital Universitario Santa Lucía. Murcia.

Introducción y objetivos: La luxación de la PTC, es la segunda causa de cirugía de revisión; siendo la primera el aflojamiento de los implantes y la tercera la infección. El concepto Doble Movilidad fue puesto a punto por Gilles Bousquet y André Rambert en 1974. Su diseño se basa en dos conceptos clásicos: la baja fricción y el bajo desgaste de Charnley y las cabezas grandes para restablecer la anatomía y aumentar la estabilidad de Mc Kee Farrar. Su objetivo era: reducir luxaciones, ampliar la movilidad articular y disminuir el desgaste de los implantes. Teniendo en cuenta que numerosas publicaciones han mostrado el interés del cotilo doble movilidad en la reducción del número de luxaciones de PTC primarias, así como en el tratamiento de la inestabilidad crónica de las PTC; que muchos autores han resaltado el alto número de luxaciones de implantes de cadera que tienen lugar en los pacientes con síndromes neurológicos (hemiplejía, espasticidad, Parkinson, epilepsia...) y problemas psíquicos (demencia senil, encefalopatía etílica...) y que en España no se había realizado un estudio de los resultados del Cotilo Doble Movilidad de Nueva Generación. Decidimos estudiar los resultados de este Nuevo Cotilo Doble Movilidad en una serie de casos prospectiva en pacientes con coxartrosis o una fractura subcapital desplazada que asociaban factores de riesgo para padecer un episodio de luxación de su PTC (edad avanzada, problemas neurológicos...) y comprobar si verdaderamente este cotilo reducía el porcentaje de luxaciones en este tipo de pacientes, si los resultados se ajustaban a los de la literatura (algunos autores indican que este cotilo, el clásico, es el de elección en los pacientes con alto riesgo de inestabilidad posquirúrgica y estimar su supervivencia a corto-medio plazo. En este estudio multicéntrico (Hospital de Cabueñes y Hospital Universitario Santa Lucía) se evalúan los resultados de una serie retrospectiva y continúa de 135 PTC realizadas implantando un cotilo doble movilidad de nueva generación.

Material y método: En este estudio se exponen los resultados de una serie prospectiva homogénea en cuanto al tipo de cotilo implantado y las indicaciones quirúrgicas compuesta por 135 pacientes con una edad media de 82,1 años intervenidos entre el 2005 y el 2008. Los candidatos a ser incluidos en el estudio eran pacientes que deambulaban previamente a la cirugía con fractura de cuello de fémur des-

plazada o coxartrosis primaria con más de 75 años de edad y/o con alguna patología que aumentara el riesgo de luxación: enfermedades neuromusculares (espasticidad, epilepsia, Parkinson,...), problemas psíquicos (demencia senil, alcoholismo, Alzheimer,...) Para pasar a formar parte del análisis de resultados obtenidos se exigió un seguimiento mínimo posquirúrgico de al menos 12 meses. Todos los pacientes fueron sometidos a un seguimiento clínico y radiográfico de una media de 36 meses (12-60 meses). Se trataba de casos consecutivos y todos eran prótesis totales de cadera primarias. En cuanto a la edad, la media en el momento de la cirugía fue de 82,1 años (75-92). Esta serie estaba compuesta por 86 mujeres (63,7%) y 49 varones (36,3%). La mayoría eran caderas derechas (87,4%) y no había ningún caso bilateral. Como patologías asociadas más importantes destacar que el 64,5% (78 pacientes) de los pacientes presentaban: hipertensión arterial, 44,6% tomaban anticoagulantes o antiagregantes (54 pacientes), 27,3% cardiopatía (33 pacientes) y 22,3% diabetes (27 pacientes). En cuanto a las enfermedades neuromusculares o los problemas psíquicos, 41,4% de los pacientes (56 pacientes) de este estudio presentaban alguno de estos: Parkinson, Alzheimer, demencia senil y ACV. Los pacientes fueron intervenidos por dos cirujanos especializados en cirugía de cadera con más de 30 años de experiencia. La vía de abordaje empleada fue siempre la posteroexterna de Moore. El cotilo empleado en todos los pacientes fue el mobiliT[®] no cementado (Tornier[®], Montbonnot-Francia). Todos los pacientes eran revisados periódicamente haciendo una valoración clínica y radiográfica. Se evaluaron los resultados clínicos mediante las escala Postel Merle d'Aubigné (PMA) y Harris Hip Score realizadas en el preoperatorio y a los 12 meses. Para valorar la calidad de vida se eligió el cuestionario EuroQOL, genérico y ya validado por ser breve, de fácil comprensión por el paciente y sencillo a la hora de cumplimentar a la vez. Se estudió la aparición de signos de aflojamiento precoz comparando las radiografías seriadas viendo la interfaz hueso-prótesis, cemento-prótesis o cemento-hueso, identificando así la existencia de desgaste del polietileno, osteolisis o migración de los componentes. El análisis estadístico de los datos fue realizado con el programa informático: Matlab 7.5 (R2007B): "Model-Based Calibration Toolbox" versión 3.3. Se estimó la función de supervivencia del implante aplicando el método de Kaplan-Meier un intervalo de confianza del 95% considerando como punto final la revisión quirúrgica de la prótesis por cualquier causa y a nivel del acetábulo, su revisión o el desgaste del polietileno.

Resultados: El número de pacientes incluidos cada año en este estudio, de manera consecutiva, entre los años 2003 y 2008 se distribuyó de la siguiente manera: año 2005: 34, año 2006: 41, año 2007: 38 y año 2008: 22. En esta serie un 68,1% (82 pacientes) de los pacientes fueron intervenidos de una fractura subcapital femoral y un 31,8% (43 pacientes) de una coxartrosis primaria. Todos los cotilos implantados fueron del tipo mobiliT[®] (Tornier[®], Montbonnot-Francia) no cementado con un tamaño de al menos 48 mm de diámetro. La cohorte global comprendía 135 prótesis totales de cadera en las que se pusieron los siguientes vástagos: 40% vástago Exeter[®] cementado (Stryker[®], Newbury, UK); 54,8% Linea[®] no cementado (Tornier[®], Montbonnot-Francia) y 5,2% Versys[®] no cementado (Zimmer[®], Warsaw, Indiana, USA). La longitud de los cuellos implantados presentaba la siguiente distribución: 1,48% extralargo, 23,7% largo, 58,5% medio y 16,3% corto. Todas las cabezas implantadas fueron de 28 mm de diámetro y metálicas. Los valores medios obtenidos según la escala PMA en el preoperatorio fueron los siguientes: 10,13 (5-13) y a los 12 meses de la cirugía 16,07 (10-18) produciéndose un aumento medio de 5,94 puntos. En cuanto al HHS se obtuvo una puntuación media preoperatorio de 45,83 (17-62) y a los doce meses de 90,03 (53-100) teniendo lugar un incremento de 44,20 puntos. Las diferencias entre los valores pre y postop de ambas escalas fueron estadísticamente significativas (pPMA < 0,001, pHHS = 0,001) En cuanto a la capacidad para deambular: 56% caminaban sin ayuda, 29% con un bastón, 9% con dos bastones, 4% con andador y 2% en silla de ruedas, 24% de los

pacientes cojeaban. Se compararon los resultados obtenidos mediante EuroQOL, según sexos viendo que al ingreso los varones presentaban más dolor e incomodidad y las mujeres mayor ansiedad y peor calidad de vida. Los valores del EuroQOL, a los 12 meses fueron los siguientes: movilidad (42% presentaban dificultades para caminar, 56% caminaban sin problemas, 2% no deambulaban), cuidado personal (58% eran completamente autónomos y 40% tenían dificultades para vestirse o lavarse solos, 2% no podían vestirse ni lavarse solos), actividad habitual (88% presentaban problemas para realizar las actividades cotidianas, 10% las realizaba sin problemas, 2% no podían realizarlas), dolor/malestar (30% no tenían ni dolor ni incomodidad, 60% era moderado, 10% intenso) y angustia/depresión (50% no tenían, 45% moderado, 5% extremadamente severa). Al año los valores eran similares en ambos sexos. Las diferencias entre los resultados del EuroQOL al ingreso y a los doce meses fueron estadísticamente significativas para el dolor-malestar ($p = 0,02$) y la angustia-depresión ($p < 0,001$). Todos los pacientes fueron sometidos a un seguimiento clínico y radiográfico de una media de 36 meses (12-60 meses). Los 14 pacientes fallecidos no fueron excluidos del análisis de resultados porque todos habían completado los doce meses de seguimiento exigidos para ser incluidos en el estudio. Todos los pacientes fallecieron por causas ajenas a la intervención protésica y en la última revisión a la que asistieron el estado del implante era satisfactorio. En la última visita de seguimiento (mayo 2011), se había conseguido realizar un seguimiento de más de 24 meses en 121 (89,6%) pacientes. Como complicaciones destacar que se produjeron dos episodios de luxación una precozmente, en el primer mes tras la intervención, y la otra a los dos meses de la cirugía. En la primera, la paciente se agachó para coger un objeto del suelo de manera brusca notando la aparición de un dolor súbito y asociando impotencia funcional. Esta luxación se redujo fácilmente de forma cerrada y se colocó una férula anti abducción durante 6 semanas. En el control radiográfico realizado en el quirófano, tras la reducción, los implantes estaban fijos y la prótesis era estable. En el segundo caso, el episodio tuvo lugar tras una gran caída desde la escalera del domicilio tras un traspie (aproximadamente 2 m de altura), se necesitó realizar una reducción a cielo abierto (se habían interpuesto partes blandas) y se mantuvo luego durante 6 semanas con una férula anti abducción. Al comprobar los implantes todos estaban bien fijos y una vez reducida era muy estable. No fue preciso recambiar ningún componente ni ninguna recidivó. Los dos fueron luxaciones posteriores puras. En nuestra serie no hubo ningún fenómeno de luxación intraprotésica. También se recogieron tres infecciones protésicas aparecidas durante el primer mes postoperatorio. Una, superficial donde la cicatriz asociaba eritema y edema asociado a un síndrome febril de origen desconocido. Se trató realizando un lavado y siguiendo un tratamiento antibiótico ajustado al resultado del antibiograma durante 2 semanas iv y otras 2 semanas vo, la infección no recidivó. Las otras dos se debieron a una diseminación hematogénica de una infección respiratoria (neumonía atípica) y una infección abdominal (diverticulitis de evolución tórpida). Se produjeron cinco fracturas periprotésicas: dos intraoperatorias (pequeñas fisuras del calcar tratadas mediante cerclajes), dos durante el primer mes postquirúrgico (una tratada mediante una placa LCP y otra ortopédicamente) y una fractura aparecida a los tres meses de la intervención (se redujo empleando una placa LCP). En cuanto a las fracturas periprotésicas indicar que las dos pequeñas fisuras del calcar intraoperatorias se produjeron por la importante osteoporosis del fémur, una al reducir con los implantes de prueba y la otra al probar con las diferentes rasps para elegir la que mejor se ajustara al canal femoral (en un vástago no cementado) y las otras tres postquirúrgicas tuvieron lugar tras importantes caídas. Seis pacientes tuvieron que ser estudiados por presentar una clínica compatible con una trombosis venosa profunda: en cuatro el estudio Eco Doppler fue positivo y en dos fue negativo. El seguimiento mostró la aparición de radiolucencias en 2 cotilos a los tres meses de la implantación con una superficie de menos de 2 mm en la zona III de De Lee (isquion) no progresivas ni con manifestacio-

nes clínicas. Los cotilos no aprecian estar aflojados. Se registró un hundimiento de un vástago no cementado durante el seguimiento radiográfico a los 6 meses de 5 mm. Este hundimiento no progresó durante el resto de las visitas. En cuanto a las radiolucencias del componente femoral un paciente presentaba pequeñas áreas radiolucidas de menos de 2 mm en la zona 1 de Gruen sin dolor asociado. Durante el seguimiento, dos pacientes presentaron un acortamiento de más de 2 cm (2,5-3) y tres pacientes un alargamiento de más de 2 cm (2,5-3,5). La supervivencia general de la prótesis a los 12 meses (2 luxaciones, 2 osteolisis de cotilo y 1 en el vástago, 3 infecciones, 5 fracturas y 1 hundimiento del vástago) con un intervalo de confianza del 95% fue del 82% (72,7-85,9). No se incluyeron las complicaciones generales: TVP, neumotórax, neumonía, ... puesto que estas son complicaciones médicas no relacionadas con la cirugía. Tampoco los fallecidos, ya que en ningún caso la causa de la muerte fue la intervención quirúrgica y alguno de ellos ya están recogidos como infección o fractura peri protésica. Para calcular la supervivencia aislada del cotilo a los 12 meses se desestimaron los casos de infecciones y se consideraron solo los episodios de luxación y osteolisis (2 luxaciones, 2 osteolisis) siendo esta del 97,03% (87,3-99,2) con un intervalo de confianza del 95%. A los 5 años, se calculó la supervivencia aislada del cotilo (excluyendo los pacientes fallecidos) y con un intervalo de confianza del 95% siendo esta de un 96,7% (85,4-98,8).

Comentarios y conclusiones: El cotilo Doble Movilidad presenta una serie de ventajas: una mayor amplitud de movimiento debido a su gran estabilidad, una buena transmisión de cargas y un bajo porcentaje de desgaste del polietileno. Los inconvenientes de la doble movilidad son bastante escasos. Corresponden esencialmente a lo que se denomina luxación intraprotésica. En nuestra serie no se encontró ninguna luxación intraprotésica. Este hecho se debe a que es una complicación cada vez menos frecuente, ya que ahora se conocen sus factores de riesgo y sus causas y se han encontrado sus soluciones (emplear cuellos de pequeño diámetro, lisos, pulidos, sin orificios de extracción en los que el cono Morse no sobrepase a la cabeza en su longitud y cabezas sin collarete (mejor con cuello corto o medio) y a que el seguimiento de nuestros pacientes no ha llegado todavía a los 10 años (esta complicación, en caso de ocurrir, se produce en un promedio de 10 años de la implantación y es excepcional a medio plazo). Se recomienda no utilizar cuellos de gran diámetro ni cabezas con collarete. La diferencia de resultados obtenidos en las escalas PMA y HHS pre y postop fue estadísticamente significativa para ambos test. En cuanto al EuroQOL se vio que la calidad de vida había sufrido un deterioro importante en el momento del ingreso pero que al año se alcanzaban puntuaciones muy similares e incluso mejores a la del estado basal del paciente. El porcentaje de luxación de la prótesis de cadera con este cotilo en nuestra serie fue de un 1,48%. Comparando con los obtenidos por Farizon et al (0,22%-135 pacientes), Fiquet et al (0,22%-450 coxartrosis/2%-150 fracturas subcapitales pacientes, cirugía de revisión) y Philippot et al (0%-106 remplazos primarios) en series en las que se implanto el cotilo Doble Movilidad de una generación anterior los resultados de luxación en nuestra serie son más altos. Quizá esto se deba a que gran parte (41,4%) de los pacientes que componen nuestra serie presentan problemas neurológicos o musculares y todos los pacientes tienen más de 75 años. Woolson y Rahimtoola demostraron que la presencia de problemas cognitivos y/o alcoholismo eran los factores de riesgo mejor individualizados para aumentar el riesgo de luxación postquirúrgica en los tres primeros meses postquirúrgicos. Tarasevius et al comunicaron un 10% de luxaciones en pacientes intervenidos de fracturas del cuello femoral en los 12 primeros meses postcirugía. Levy et al obtuvieron un porcentaje del 20% de luxaciones en pacientes con más de 80 años intervenidos por fracturas subcapitales de cadera. En estas series no se emplearon cotilos Doble Movilidad. Si comparamos nuestros resultados con los de estas series con alto número de pacientes mayores, con fracturas de cadera y patologías cognitivas, el número de luxaciones es mucho menor. En cuanto a la

vía de abordaje, se ha atribuido mayor número de luxaciones al posterior pero hay autores que han demostrado que no influye de manera directa en la aparición de luxaciones postquirúrgicas tempranas o si aumenta los porcentajes de luxación si se asocian factores como la mala colocación de los implantes o la utilización de cabezas pequeñas. En esta serie los pacientes tienen una edad avanzada e importantes patologías cognitivas y neuromusculares que facilitan el riesgo de caídas y la aparición de las fracturas peri protésicas recogidas durante el seguimiento. Al comparar nuestros resultados con otras series de cotilos de Doble Movilidad clásicos vemos que la supervivencia del cotilo 96,7% a los 5 años es similar a la obtenida por Farizon y cols (135 cotilos-95,4% supervivencia implante a los 12 años), Philippot et al (106 cotilos-94,6% supervivencia a 10 años) y Philippot et al (384 cotilos-96,3% supervivencia 17 años). Estas series de cotilos Doble Movilidad clásicos presentan buenos resultados con un largo seguimiento (entre 15 y 17 años) pero por ahora no hay series de estos cotilos doble movilidad nueva generación con un seguimiento tan largo. La principal limitación del estudio es que necesita un periodo de seguimiento mas largo para valorar mejor la supervivencia de estas prótesis. Se siguen revisando estos pacientes para ver que ocurre con estos implantes a largo plazo. Aunque los test de desgaste del nuevo polietileno son mucho menores que los porcentajes de desgaste comunicados en los de la generación anterior se desconoce todavía la supervivencia a largo plazo de los Nuevos Cotilos Doble Movilidad, por lo que se necesita realizar mas estudios clínicos observando al evolución de estos implantes con el paso del tiempo. El objetivo de este estudio que era comprobar si este cotilo reducía el porcentaje de luxaciones en los pacientes mayores y con factores que aumentan el riesgo de aparición de una luxación fue alcanzado y de manera satisfactoria comprobando que nuestros resultados se ajustaban a los de la literatura. El cotilo muestra su eficacia disminuyendo en número de luxaciones de las prótesis de cadera, especialmente en los pacientes con alto riesgo. Los resultados funcionales obtenidos por los pacientes de esta serie son muy positivos. Creemos, según la experiencia de nuestra serie y la aportada por la bibliografía, se puede recomendar este tipo de cúpulas de doble movilidad, ya que son estables y fiables. Esto no significa que se deba perder el rigor en la técnica de colocación y en la elección del implante. Philippot et al recomiendan la utilización de este cotilo en los pacientes con mas de 70 años y con factores de riesgo de luxación, especialmente teniendo en cuenta que la primera causa de cirugía de revisión en estos pacientes es la inestabilidad crónica. La posibilidad de reducir el riesgo de luxación de una prótesis y evitar una nueva intervención quirúrgica no sólo reduce la ansiedad del cirujano y del paciente, sino también los gastos económicos del sistema. El cotilo Doble Movilidad bien indicado y adecuadamente implantado es una buena opción para los pacientes con alto riesgo de luxación por su buena relación coste-eficacia.

CC-8. FRACTURA LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CABEZA FEMORAL Y ACETÁBULO. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Borja Jara, L. Mínguez Cabeza, M. Luzuriaga Vázquez, E. García Castro, R. Goñi Robledo, M.P. Igado Insa y A. Ferrer Frias
Hospital Universitario de Álava.

Introducción y objetivos: Valoración del tratamiento quirúrgico en la Fractura luxación de cadera.

Material y método: Se presenta el caso clínico y evolución de un paciente con fractura luxación de cadera Pipkin grado IV.

Resultados: El paciente fue intervenido quirúrgicamente realizándose una osteosíntesis con 3 tornillos reabsorbibles mediante un abordaje anterior de cadera tipo Smith-Pethesen modificado, en el postoperatorio recupero el balance articular normal y un balance articular for-

zado ligeramente doloroso, el nivel de actividad diaria se ha recuperado y deportivo previo a la lesión ha disminuido, en los controles evolutivos no presenta signos de inestabilidad de cadera en la exploración física.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas luxaciones de cadera se asocian a traumatismo de alta energía, no se ha llegado a un consenso claro de tratamiento, pero sea cual sea el elegido lo que se busca es un restablecimiento de la congruencia articular completa.

CC-9. FRACTURA PATOLÓGICA DE ACETÁBULO TRATADA MEDIANTE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

A. Alavedra Massana, J.C. Bonilla López, E. Cañete Carril y J.M. Fernández Prat

CST-Hospital de Terrassa. Barcelona.

Introducción y objetivos: El carcinoma intraductal prostático afecta a pacientes con una edad media de 70 años, con una supervivencia a los 5 años entre el 15 y 43%. Presentamos un caso de carcinoma intraductal prostático metastatizado con fractura patológica de acetábulo, y el tratamiento de la misma.

Material y método: Varón de 75 años, sin antecedentes de interés, que consulta a su médico por dolor glúteo derecho irradiado a extremidad inferior. En la analítica de rutina se observa un PSA de 1.090, y se remite al Servicio de Urología. Se solicitan pruebas complementarias. El TAC abdominal objetiva una tumoración prostática con metástasis a pelvis, la radiología de pelvis muestra una fractura patológica de acetábulo derecho con protrusión intrapélvica de la cabeza femoral, y la gammagrafía ósea aprecia afectación del acetábulo y ala iliaca derechos. Se realiza biopsia prostática, informada de carcinoma intraductal prostático. Se valora por el Servicio de C.O.T., observando un bloqueo mecánico de la cadera derecha con movilidad pasiva muy reducida, dolor glúteo irradiado a rodilla sin signos claros de radiculalgia ni déficit sensitivomotor distal. El comité de tumores decide iniciar tratamiento con bicalutamida, ácido zoledrónico y radioterapia, y aconsejan intervención quirúrgica de la cadera por tratarse de un paciente sin expectativa de vida limitada a medio plazo. Se coloca una artroplastia total de cadera con anclajes periféricos a cotilo e injerto de hueso autólogo en el trasfondo acetabular.

Resultados: El paciente inicia deambulación al cuarto día de la cirugía. A los 2 años, deambula sin dolor ni soporte externo, la radiología muestra una buena adaptación del injerto con buena implantación protésica. En la última gammagrafía ósea no se observan complicaciones protésicas y aparecen imágenes de vascularización en acetábulo derecho.

Comentarios y conclusiones: Según nuestra experiencia, la artroplastia total de cadera con anclajes periféricos a cotilo ofrece una resistencia mecánica suficiente para permitir carga precoz durante el tiempo de incorporación del injerto óseo en casos de defectos óseos graves del trasfondo acetabular. En nuestro caso, aunque el hueso irradiado no es un territorio ideal, la incorporación de un injerto autólogo es posible.

CC-10. FRACTURA PERIPROTÉSICA ACETABULAR TRAS CRISIS COMICIAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE UNA PRÓTESIS TOTAL DE CADERA. UNA COMPLICACIÓN MUY POCO FRECUENTE

B.C. Zorzo Godes, M. Tristán Lozano, A. Ortega Briones, C. Jiménez Salanova, M.S. González González, A. Guijarro Valtueña, T.M. Beteta Robles y S. González González

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: Existen muy pocos casos de fractura peri-protésica tras crisis comicial descritos en la literatura. En la mayoría de los casos se producen en pacientes ancianos con osteopenia grave.

Material y método: Se presenta un caso clínico con apoyo iconográfico y se realiza revisión de la literatura a propósito de dicho caso.

Resultados: Se presenta el caso de un varón de 37 años, con antecedentes de síndrome de Down, cirrosis hepática por virus de la hepatitis B y cardiopatía congénita, que tras su primera crisis tónicoclónica generalizada presenta fractura subcapital Garden III de fémur derecho. El paciente es intervenido mediante artroplastia total de cadera derecha no cementada, con buena evolución clínica y radiológica inicial, comenzando apoyo de manera inmediata. A las tres semanas de la cirugía, el paciente sufre de nuevo una crisis comicial, objetivándose una fractura periprotésica de cotilo, con mínimo desplazamiento, pareciendo el componente acetabular estable. En los controles sucesivos se objetiva un desplazamiento de la fractura, así que es intervenido mediante retirada de ambos componentes, que se encuentran aflojados, osteosíntesis de columna posterior con doble placa de reconstrucción e implante de nuevos componentes no cementados, comprobándose buena estabilidad y movilidad de la prótesis. La evolución clínica y radiológica es favorable.

Comentarios y conclusiones: En las publicaciones revisadas acerca de las fracturas periprotésicas acetabulares se hace hincapié en caracterizar el trazo de fractura y su desplazamiento y especialmente, en comprobar que el componente acetabular se encuentre movilizado o no. En la mayoría de los artículos se recomienda revisión de los componentes y osteosíntesis de la fractura siempre que el acetábulo se encuentre móvil.

CC-11. FRACTURA DE CADERA DURANTE EL PARTO COMO COMPLICACIÓN DE LA OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DEL EMBARAZO

B. Antón Capitán, M. Azcaray Anta, F.M. Ramos Díez, C. Rodríguez Alonso, M.L. López de Dicastillo Roldán y C. Arias Nieto

Hospital San Pedro. La Rioja.

Introducción y objetivos: La osteoporosis transitoria del embarazo es una entidad clínica poco frecuente que ocurre generalmente durante el tercer trimestre del embarazo en gestantes jóvenes. Aún siendo de escasa frecuencia, la complicación que más se da y es más grave es la fractura de cuello de fémur. El objetivo es presentar un caso de fractura de cadera durante el trabajo de parto como complicación de una osteoporosis transitoria del embarazo.

Material y método: Se analiza la evolución natural y posibles complicaciones de la osteoporosis transitoria del embarazo (OTE).

Resultados: Presentamos el caso de una mujer de 31 años primigesta, con un embarazo a término de 40 semanas y sin complicaciones durante el mismo. El parto se llevó a cabo sin complicaciones, bajo anestesia epidural. Al resolverse el período anestésico, la paciente comienza con dolor intenso en la cadera izquierda. Se realiza con urgencia una radiografía de pelvis apreciándose una fractura de cuello de fémur Garden III, y osteoporosis en la cabeza de fémur izquierdo, hallazgos confirmados con TAC y RNM. A las 24h se procede a la reducción cerrada de la fractura y a la osteosíntesis con tornillos. Al alta se prescribe descarga de la extremidad durante 5 semanas y carga parcial progresiva con muletas durante otras 5 semanas, permitiendo la carga completa sin ayuda a las 10 semanas. A los 5 meses se aprecia una completa consolidación de la fractura con un ángulo cervicodiafisario de 128° y una normalización de la densidad ósea radiológica.

Comentarios y conclusiones: La OTE es una enfermedad que ocurre en el tercer trimestre del embarazo, autolimitada, de evolución benigna y de causa desconocida. Es fundamental hacer un buen diagnóstico diferencial para la detección y el tratamiento correcto de la enfermedad (necrosis avascular, procesos inflamatorios, infecciosos, neoplásicos). El tratamiento consiste en paliar los síntomas con analgésicos y descarga para evitar la complicación más grave de la enfermedad, la fractura de cuello de fémur.

CC-12. PRÓTESIS TOTAL DE CADERA EN PACIENTE CON LCC BILATERAL TIPO IV DE CROWE MEDIANTE VÍA TRANSFEMORAL Y POSTERIOR OSTEOTOMÍA DE DESLIZAMIENTO

B. Ruiz Nieto, A.I. Simón Carrascal, O. Pérez Simanca, H. Mínguez Pérez, R. de los Santos de la Cruz, J.V. Peralta Molero, P. Zuñil Acosta y J.A. Muñoz Moreno

Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: La Displasia Evolutiva de Cadera es el defecto congénito más frecuente en los recién nacidos, en escala mundial, con una incidencia de 5/1000 nacidos vivos. Aparece con más frecuencia en mujeres y pacientes con presentación podálica. El término comprende la subluxación de la cabeza femoral asociada a displasia del acetábulo y la luxación completa de la cabeza femoral con respecto al acetábulo verdadero. Los autores distinguen dos tipos de luxaciones: teratológicas (5%) y las típicas (95%). Estas últimas se presentan en niños sanos y pueden encontrarse al nacimiento o aparecer posteriormente. Es importante el diagnóstico precoz mediante técnicas de screening para evitar el desarrollo de la enfermedad. El tratamiento dependerá del grado de displasia y de la edad del paciente.

Material y método: Se presenta un caso de luxación congénita de cadera bilateral del adulto tipo IV de Crowe, tratada mediante artroplastia total bilateral de caderas, empleando una vía transfemoral y posterior osteotomía de deslizamiento más reconstrucción del acetábulo verdadero

Resultados: Conseguimos un alargamiento final de 5,8 cm del lado derecho y 5,6 cm en el izquierdo. Tras un seguimiento de 18 meses, la valoración clínica de la paciente siguiendo la escala de Merle d'Aubigne, mejoró desde los 5 puntos del preoperatorio a los 14 postoperatorios, realizando deambulación con carga total sin ayudas.

Comentarios y conclusiones: La clave de estas reconstrucciones es lograr la colocación del implante acetabular en una posición lo más anatómica posible, estable y con buena cobertura. El componente femoral deberá estar correctamente orientado y permitiendo que el músculo glúteo medio se encuentre en ventaja biomecánica para lograr un buen funcionamiento articular.

CC-13. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA FEMORAL SECUNDARIO A LA MIGRACIÓN DE UN ANILLO DE BURCH-SCHNEIDER

C. Álvarez Gómez, M. Almenara Fernández, N. Ibáñez Aparicio, R. Ovidiu Moldovan, M. Valera Pertegas, X. Crusi Seresols y R. Sancho Navarro

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción y objetivos: Las lesiones vasculares asociadas a los procedimientos de reemplazo de cadera son infrecuentes. La mayoría de casos ocurren durante el procedimiento quirúrgico. Las lesiones vasculares tardías, secundarias a la migración de componentes, son todavía más excepcionales y existen muy pocos casos publicados al respecto.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 91 años, que consultó en nuestro servicio de urgencias por una clínica de isquemia aguda en el pie derecho, dolor y aumento de volumen. La paciente tenía una historia de artroplastia primaria de cadera derecha en 1983. En 2005, en el contexto de un aflojamiento aséptico del cotilo, se realizó un recambio del componente acetabular por un anillo de reconstrucción de Burch-Schneider. En 2010 se objetivaron radiológicamente signos de aflojamiento, de características asépticas clínicamente. Dada la edad avanzada de la paciente, la ausencia de sintomatología y la correcta funcionalidad se indicó tratamiento conservador y seguimiento evolutivo. Al cabo de dos años consultó en urgencias por isquemia aguda del pie derecho. El examen con angioTC mostró un pseudoaneurisma originado de la arteria femoral derecha, relacionado directamente con la migración anterior del anillo de

Burch-Schneider Se realizó reparación vascular en un primer tiempo por abordaje anterior. En un segundo tiempo se procedió por acceso posterior a la extracción de los componentes protésicos, a excepción del vástago femoral, dada su modularidad y su correcta integración, con el objetivo de evitar inducir mayor morbilidad a la paciente.

Resultados: La paciente presentó correcta evolución, con un manejo postoperatorio en silla de ruedas, y movilizaciones activas y pasivas de la extremidad por el servicio de fisioterapia.

Comentarios y conclusiones: A pesar de que esta complicación ha sido descrita en muy pocas ocasiones, creemos que en el caso de migraciones significativas de los implantes o la sospecha de lesiones vasculares, la realización de examen con tomografía computarizada y estudio angiográfico permite un diagnóstico de certeza y una adecuada indicación quirúrgica.

CC-14. PRÓTESIS DE SUPERFICIE DE CADERA EN DESVIACIÓN AXIAL POSTRAUMÁTICA DEL FÉMUR PROXIMAL

C. Argüelles Rodríguez, P. García Prado, J.A. Diáñez Raimúndez, S. Antón García, J.F. Muñoz González, A. Gadañón García, C. Fernández Álvarez y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La artroplastía de superficie de cadera es una alternativa a la prótesis total de cadera convencional, y está indicada principalmente en el paciente joven. Aunque durante la última década ha aumentado su uso de manera exponencial, las complicaciones específicas de este tipo de implantes y los problemas derivados del par de fricción metal-metal hacen que su futuro siga siendo incierto.

Material y método: Presentamos un caso de un paciente de 54 años, que cuando tenía 28 años sufrió una fractura abierta fémur proximal izquierdo tras un accidente de tráfico. El paciente ha desarrollado una coxartrosis postraumática que le produce dolor e impotencia funcional. En la radiografía se objetiva una desviación axial del eje femoral proximal, además de dos tornillos a nivel del macizo trocántereo. Se realiza una artroplastía total con una prótesis de superficie mediante un abordaje lateral.

Resultados: La evolución del paciente resultó satisfactoria. Al año de la cirugía presenta una puntuación de 17 sobre 20 en la escala de Merle d'Aubigne y de 94 sobre 100 en la de Harris. El ángulo implante-diafisario es 8° más valgo que el cérvico-diafisario previo, y el ángulo acetabular es de 49°. Tanto los niveles de cromo y cobalto como la función renal presentan valores normales.

Comentarios y conclusiones: En la coxartrosis asociada a anomalía anatómica del eje femoral, la prótesis de superficie ofrece una solución sencilla a una cirugía en principio compleja en el caso de querer implantar componente femoral con vástago. Pueden ser primarias o secundarias, siendo estas últimas más frecuentes y secundarias a traumatismos, presentándose normalmente en el adulto joven. Teniendo en cuenta estos dos factores consideramos la prótesis de superficie una solución óptima en estos casos.

CC-15. ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN 6 PACIENTES CON OSTEOTOMÍAS FEMORALES PREVIAS

C. Argüelles Rodríguez, T.J. Moreno Guerrero, S. Ramos García, J.F. Muñoz González, A. Gadañón García, J.A. Martínez Álvarez, P. García Prado y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Las osteotomías femorales y pélvicas fueron durante muchos años el tratamiento quirúrgico de las enfermedades degenerativas de la cadera. Actualmente, la cirugía protésica de

cadera se ha convertido en el tratamiento de elección y las osteotomías han quedado en un segundo plano, aunque sigue habiendo indicaciones principalmente en el paciente joven.

Material y método: Se realiza una revisión retrospectiva de seis pacientes con osteotomías femorales realizadas entre 1979 y 1991. Se analizan las variables de edad, etiología, tipo de osteotomía realizada, duración de la osteotomía hasta la implantación de la prótesis total de cadera, vía de abordaje y tipo de implante seleccionado. Se describen las complicaciones y el tratamiento de las mismas.

Resultados: La edad media a la que se realizó la osteotomía femoral fue de 50,6 años [30-65]. La etiología fue coxartrosis primaria en tres casos, displasia de cadera en dos y artrosis postraumática en uno. Se realizó osteotomía varizante en cuatro casos, valguizante en uno y de traslación en otro. La duración media de las osteotomías fue de 18,1 años [6-32]. Las vías de abordaje empleadas para cirugía protésica fueron la lateral en tres casos, la posterior en dos y la antero-lateral de Watson-Jones en uno. Todos los componentes fueron no cementados y el par de fricción fue metal-PE en cuatro casos, cerámica-cerámica en uno y metal-metal en otro. En un paciente se produjo una hipometría de 3 cm por lo que fue necesario recambiar el vástago y en otro una infección de la herida quirúrgica que precisó desbridamiento. Todos los pacientes presentaron buena evolución hasta la fecha.

Comentarios y conclusiones: La osteotomía de cadera sigue siendo un buen tratamiento de la coxartrosis en pacientes jóvenes. Cuando falla la osteotomía es necesario recurrir a la artroplastía total de cadera, que tendrá un incremento de complicaciones debido a la cirugía previa.

CC-16. COXALGIA TRAS RECAMBIO DE UNA PRÓTESIS TOTAL DE CADERA CON UN PAR DE FRICCIÓN CERÁMICA-CERÁMICA

C. Argüelles Rodríguez, E. Gómez San Martín, J.A. Diáñez Raimúndez, S. Antón García, S. Ramos García, D. Núñez Batalla, C. Rodríguez de la Rúa Fernández y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La metalosis se debe a la corrosión metálica de un implante o al aclaramiento de sus partículas secundarias al desgaste. El desgaste metálico es debido normalmente al contacto entre el vástago femoral y el reborde acetabular. El comienzo del cuadro clínico es en forma de dolor insidioso y progresivo.

Material y método: Se presenta a un paciente 76 años al que hace 21 años se le implantó una prótesis total de cadera derecha y que 15 años más tarde sufrió una rotura multifragmentaria de la cabeza de cerámica realizándose un recambio con un nuevo par de fricción polietileno-metal. Acude a nuestra consulta por coxalgia progresiva de dos meses de evolución y con dificultad para la marcha. La radiografía muestra un aplanamiento súpero-externo de la cabeza protésica y zonas de radiolucencia alrededor del componente acetabular. Tanto la clínica como la radiografía nos hacen pensar en un aflojamiento protésico con sospecha de metalosis.

Resultados: En la cirugía se confirmó la sospecha de metalosis, apreciándose una tunelización completa de la cabeza metálica. Se implantó una nueva prótesis con un polietileno constreñido cementado sobre un cotilo de tantalio, y un vástago sin cementar con una cabeza metálica. La evolución fue favorable, reinstaurando la marcha y retirando las muletas de forma gradual.

Comentarios y conclusiones: Tras una rotura multifragmentaria de una cabeza de cerámica resulta imposible asegurar la extracción de todos los fragmentos de la misma, muchos de ellos microscópicos. Las micropartículas de cerámica pueden actuar como cuerpos extraños, produciendo un mecanismo de abrasión en caso de colocar un nuevo par de fricción metal-metal o metal-PE. Algunos autores recomiendan la reimplantación de otro par cerámica-cerámica para evitar el riesgo

de metalosis. No hemos encontrado en la literatura ningún otro caso de tunelización completa de la cabeza metálica debido a este mecanismo de abrasión.

CC-17. FRACTURA BILATERAL DE CUELLO FEMORAL TRAS CRISIS CONVULSIVA

C. Argüelles Rodríguez, J.A. Diánez Raimúndez, S. Ramos García, R. Iglesias Pañeda, A. Gadañón García, D. Bonilla Díez, C. Rodríguez de la Rúa Fernández y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Las causas de las fracturas de cuello femoral pueden ser directas o indirectas. Entre las indirectas se encuentran las crisis convulsivas, cuyo diagnóstico puede pasar desapercibido debido al dolor musculoesquelético generalizado posterior a las mismas. Si no es posible realizar una osteosíntesis y conseguimos además una buena eficacia del tratamiento antiepiléptico, la artroplastía parcial o total de cadera sería el tratamiento adecuado.

Material y método: Se presenta un varón de 42 años con coxalgia bilateral incapacitante. El paciente tiene Síndrome de Down y estuvo ingresado hace dos meses tras sufrir una crisis parcial generalizada. Tras este episodio no volvió a deambular y pasó a un grado de dependencia total. A la exploración presentaba una rotación externa marcada de ambas extremidades inferiores con dolor moderado a la movilidad de las caderas. En las pruebas de imagen se objetivaron fracturas bilaterales de cuello femoral. Se decidió conjuntamente con la familia y el Servicio de Anestesiología realizar un reemplazo total de cadera bilateral en un tiempo, implantándose dos prótesis con un par de fricción metal-metal sin cementar y cabeza de gran diámetro para aumentar la estabilidad ante el riesgo de futuras crisis. Se observó como complicación una fractura estable del trasfondo del acetábulo derecho.

Resultados: Tras dos meses de la cirugía el paciente deambulaba con muletas, y se objetivó radiológicamente la consolidación de la fractura del acetábulo derecho y el buen estado de ambas prótesis. Un mes después fue dado de alta por el Servicio de Rehabilitación, caminando de forma independiente.

Comentarios y conclusiones: La realización de una artroplastía bilateral de cadera en un mismo tiempo quirúrgico es un procedimiento muy discutido. Los últimos estudios prospectivos realizados muestran ventajas a favor de realizar el reemplazo bilateral en un mismo tiempo, siempre que se trate de pacientes con un buen estado de salud previo y con un bajo riesgo anestésico.

CC-18. BURSITIS DEL ILEOPOAS ASOCIADA A NECROSIS FEMORAL

C. Cano Gala, J.M. Martín Enrique, C. Corchado Villalba, D.A. Rendón Díaz, D. Pescador Hernández, J.A. de Cabo Rodríguez y L. Alonso Guardo

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción y objetivos: La bolsa serosa del psoas-iliaco se encuentra entre dicho músculo y la cara anterior de la cápsula de la cadera. Es la más grande del organismo y está presente en el 98% de los adultos. La comunicación con la cavidad articular es rara en una situación normal, mientras que es casi constante en el caso de coxopatía. Clínicamente la bursitis se manifiesta por dolor inguinocrural, masa palpable por fuera de los vasos femorales o más raramente como compresión vascular, nerviosa, del colon, vejiga o de los uréteres. El agrandamiento de la bolsa serosa del psoas-iliaco puede ser más frecuente de lo publicado previamente y debe considerarse en pacientes con inexplicable dolor de cadera, asociado a una masa en la región inguinal. Presentamos el caso de una bursitis del psoas-iliaco en un paciente con artropatía subyacente.

Material y método: Paciente varón de 79 años que acude a urgencias por dolor y limitación funcional en cadera izquierda de unas semanas de evolución. A la exploración se palpa una tumoración pulsátil blanda en cara anterointerna del muslo, de aproximadamente 4 x 4 cm. Se realiza ecografía y TC para descartar fundamentalmente formación aneurismática en vasos ilíacos o femorales. Ambos son informados como bursitis del ileopsoas izquierdo que desplaza los vasos femorales. Ingresamos al paciente para ampliar el estudio mediante RM que, además de la bursitis, informa de una necrosis avascular evolucionada de la cabeza femoral ipsilateral. La biopsia guiada por ECO realizada unos días después nos confirma el diagnóstico de bursitis. Se decide implantar una prótesis total de cadera y en ese mismo acto quirúrgico realizar una bursectomía del ileopsoas.

Resultados: En las revisiones posquirúrgicas el paciente evoluciona favorablemente, comparable a cualquier otro paciente intervenido de sustitución articular, y no ha vuelto a presentar la tumoración por la que se inició su estudio.

Comentarios y conclusiones: En el 9% de las series publicadas de artrografías se ha demostrado la comunicación entre la bolsa del iliopsoas y la articulación de la cadera. El agrandamiento de dicha bolsa podría ser secundario al aumento de producción del líquido sinovial, en una articulación con artropatía (como ampliamente ha sido descrito en el caso de las necrosis avasculares de la cabeza femoral), con el consiguiente incremento de la presión y protrusión de las membranas sinoviales en el espacio potencial de la bolsa, o bien a la proliferación hipertrófica de las vellosidades de la bolsa, con la subsecuente hiperproducción del líquido. La dirección y el grado de extensión de la bursa determinan la sintomatología clínica. El diagnóstico diferencial incluye la hernia inguinal o crural, linfoma u otras neoplasias, linfadenopatías, criptorquidia, absceso del psoas y anomalías vasculares. La radiología simple puede mostrar signos de patología articular subyacente, o el desplazamiento de los órganos pélvicos cuando es muy grande. La ecografía muestra una estructura lucente, lateral a los vasos femorales, por delante de la cadera y que puede extenderse al espacio retroperitoneal. La aplicación del doppler es útil para excluir el aneurisma. En la TAC aparece como una masa de pared fina, bien definida, de densidad agua, que desplaza a las estructuras adyacentes (vasos femorales en el caso presentado). La RNM puede delimitar la anatomía de la región, determinando la extensión del proceso y su relación con la cadera. El tratamiento consiste en la aspiración del contenido quístico y la instilación de corticoides (si no hay una etiología clara sobre la que actuar). Las bursas recurrentes o de gran extensión pueden requerir escisión y sinovectomía. En todos los casos de bursitis infecciosa es necesaria la exéresis de la misma. En nuestro caso, la bursitis estaba siendo producida por la necrosis de la cabeza femoral, por lo que se obtuvo un claro beneficio sustituyendo la articulación por una prótesis.

CC-19. PACIENTE EN ENCAMAMIENTO PROLONGADO POR FRACTURA PATOLÓGICA DE CADERA

C. Corchado Villalba, D. Pescador Hernández, J.M. Martín Enrique, C. Cano Gala, D. Rendón Díaz, E. Gálvez González y J.F. Blanco Blanco

Complejo Hospitalario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Las enfermedades tumorales malignas ocasionan por sí mismas (metástasis) o por factores relacionados con ellas (radioterapia, aplasias, etc.) lesiones esqueléticas que con frecuencia plantean grandes dificultades para su tratamiento, debido a la situación clínica del paciente. Por este motivo puede ser necesario recurrir a estrategias terapéuticas diferentes a las convencionales. Una de esas patologías es el mieloma múltiple o su forma localizada el plasmocitoma. Ambos producen lesiones líticas y osteopenia y en su tratamiento se utilizan la quimioterapia y la radioterapia. El objetivo de

la comunicación es presentar el manejo de una fractura subcapital de cadera de larga evolución complicada con úlceras por presión en pacientes con mieloma múltiple con encamamiento prolongado y que había recibido radioterapia en la región de la cadera y en cuyo tratamiento recurrimos a la artroplastia de resección de la cabeza femoral.

Material y método: Paciente de 59 años diagnosticado de mieloma múltiple sintomático con afectación ósea extensa en fémur derecho, tratado con quimioterapia y radioterapia local. El paciente presenta fractura subcapital de cadera por la que lleva encamado varios meses. En la exploración del paciente se objetiva dolor a la movilización de la cadera que le impide levantarse y deambular. También presenta edema en MMII con fovea grado II sin signos de TVP y úlceras de decúbito cavitadas en sacro y región trocantérea. En el estudio radiológico se aprecia una fractura subcapital garden III. Dada la mala situación de la cobertura de partes blandas y el resultado parcial de la cobertura de la úlcera trocantérea con un colgajo se realizó una resección de la cabeza femoral por la técnica de Girdlestone.

Resultados: El paciente una vez practicada la resección de la cabeza femoral mejoró del dolor y tras un periodo de tracción en cama comenzó hacer vida de cama sillón. Las lesiones cutáneas cerraron. Dos meses después camina con ayuda de bastones y un alza. El paciente un año después, se encuentra satisfecho con su situación de movilidad.

Comentarios y conclusiones: A veces la toma de la decisión de la técnica quirúrgica está muy condicionada con el estado de las partes blandas en los alrededores de las vías de abordaje sobre todo si se plantea la necesidad del implante protésico. En este caso de fractura subcapital de largo tiempo de evolución se planteó la posibilidad de la artroplastia de cadera, desechando la idea en último término por el grave riesgo de infección y fracaso del implante. Se optó en definitiva por la resección de la cabeza femoral por la técnica de Girdlestone, muy utilizada con anterioridad en el tratamiento de la infección de cadera y así como en los rescates de prótesis infectadas. Esta es una técnica que aunque ofrece resultados funcionales mucho peores que las prótesis tiene todavía algunas indicaciones por lo que debe de formar parte del arsenal terapéutico del cirujano ortopédico.

CC-20. ARTROSCOPIA DE CADERA EN LUXACIÓN COXOFEMORAL

C. Andarcia Bañuelos, M.T. Fernández Rovira, J. Vázquez Molini y J.L. País Brito

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción y objetivos: La luxación traumática de cadera es una lesión grave, con baja incidencia, que afecta principalmente personas jóvenes en accidentes de alta energía. Suele causar lesiones articulares que deben resolverse después de la reducción urgente. Las principales secuelas a largo plazo son la artrosis postraumática y la osteonecrosis de cabeza del fémur. Objetivo: análisis crítico del papel de la cirugía artroscópica de cadera en la luxación traumática coxofemoral.

Material y método: Analizamos el caso de un varón 35 años con luxación posterior de cadera grado II de Thompson consecuencia de traumatismo de alta energía. Realizamos radiografías simples y TAC pre y post-reducción observando fragmento óseo libre intraarticular. Permanece en tracción y una semana después del accidente se practica CAC realizando drenaje del hemartros, desbridamiento, shaving de lesiones condrales grado II-III en acetábulo y cabeza femoral y exéresis de fragmento osteocondral libre 32 x 18 mm procedente del arrancamiento de la inserción acetabular del lig redondo. Tras cinco semanas en tracción inicia rehabilitación con controles radiológicos (Rx, TAC) y clínicos (WOMAC, Harris Hip Score, EVA) mensuales durante seis meses.

Resultados: Mejoría progresiva de función articular incorporándose a sus actividades laborales desde el cuarto mes, alcanzando a los seis

meses 93 pts en la valoración WOMAC, 82 pts HHS, 2 pts EVA. No observamos hasta la fecha progresión radiológica de las lesiones articulares ni signos de osteonecrosis.

Comentarios y conclusiones: La exéresis de cuerpos libres articulares, el manejo quirúrgico de una reducción incongruente, de defectos condrales o del labrum posteriores a una luxación coxofemoral, son algunas de las indicaciones actuales de esta cirugía, sin embargo estudios a largo plazo y con un mayor número de casos son necesarios para determinar si los resultados son realmente mejores con esta técnica que con la cirugía tradicional para prevenir el desarrollo de coxartrosis y necrosis avascular en estos pacientes.

CC-21. ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA COMO TRATAMIENTO DE FRACTURA ACETABULAR EN PACIENTE ANCIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Justo Astorgano, H. Gómez Santos, S. Alonso Güemes, A. Galeote Rivas, T. del Olmo Hernández, C. Hernández Galera y P. García Medina

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: El objetivo del tratamiento quirúrgico de las fracturas acetabulares es la reconstrucción anatómica de la superficie articular para evitar una artritis postraumática. Hasta el momento el tratamiento más empleado era la reducción abierta y osteosíntesis con placa y tornillos tanto en pacientes jóvenes como ancianos. No obstante, actualmente existe una nueva alternativa de tratamiento en pacientes ancianos con fracturas acetabulares agudas que consiste en el empleo de prótesis total de cadera.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 81 años que ingresa desde urgencias por presentar fractura de acetábulo + luxación central de cadera derecha de 48 horas de evolución tras caída desde su propia altura.

Resultados: Se reduce en un primer tiempo en quirófano bajo sedación y se coloca tracción supracondílea. Se realiza TAC de cadera donde se visualiza fractura acetabular derecha por impactación de cabeza femoral que desplaza el techo acetabular afectándose los muros anterior y posterior. En segundo tiempo, se interviene mediante abordaje de Kocher-Langenbeck realizándose reducción abierta, osteosíntesis con dos cerclajes de Dall-Miles, autoinjerto de cabeza femoral en techo y transfondo de cotilo e implantación de artroplastia total de cadera (cotilo batcut atornillado y vástago taperloc no cementado) Evolución postoperatoria satisfactoria permitiendo la carga a las 6 semanas. Periodo de seguimiento postoperatorio de un año. Evaluación de los resultados funcionales mediante la escala de Harris Hip Score con resultado excelente.

Comentarios y conclusiones: La prótesis total de cadera parece ser una buena estrategia terapéutica para pacientes ancianos con fractura acetabular aguda. En este grupo de pacientes ofrece mejores resultados que el tratamiento estándar (reducción abierta y osteosíntesis con placa y tornillos) permitiendo una carga precoz. La mala calidad ósea es uno de los factores determinantes para su indicación.

CC-22. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA POPLÍTEA COMO COMPLICACIÓN DE OSTEOSÍNTESIS CON CLAVO INTRAMEDULAR EN FRACTURA PERTROCANTÉREA

C. Justo Astorgano, H. Gómez Santos, C. Hernández Galera, P. García Medina, J. Sánchez Rúas, F. Aranda Romero y C. de la Cabada Orta

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas proximales de fémur presentan una incidencia muy elevada en nuestro medio y suponen un

importante reto para el cirujano ortopédico. El tratamiento consiste en alcanzar una osteosíntesis estable, siendo el enclavado endomedular una alternativa terapéutica adecuada. No obstante, no está exenta de complicaciones siendo las más frecuentes las complicaciones vasculares. Presentamos el caso de una paciente que presentó como complicación postquirúrgica un pseudoaneurisma de arteria poplítea.

Material y método: Paciente de 79 años que presenta fractura pertrocanterea izquierda tras caída casual. Se realiza intervención quirúrgica mediante reducción abierta y osteosíntesis con clavo gamma largo. Durante el postoperatorio inmediato presenta sangrado y hematoma a nivel de la herida quirúrgica distal, con anemia que precisa transfusión de 10 concentrados de hemáties, fracaso renal agudo secundario e inestabilidad hemodinámica. Se realiza angiografía para descartar sangrado objetivándose pseudoaneurisma a nivel de la arteria poplítea con extravasación de contraste y presencia de pequeña fístula arterio-venosa.

Resultados: Se realiza embolización con coils de la arteria nutricia hasta su completa oclusión. Tras la embolización la paciente se mantiene estable hemodinámicamente, recuperándose del fracaso renal agudo secundario al shock hipovolémico. La evolución clínica y funcional fue favorable siendo dada de alta a las 3 semanas permitiendo la deambulaci3n.

Comentarios y conclusiones: El pseudoaneurisma a nivel de la arteria poplítea es una complicaci3n rara de las fracturas pertrocanterea tratadas mediante enclavado endomedular. Ante la sospecha clínica se debe hacer una angiografía para confirmar el diagnóstico. La técnica quirúrgica del clavo gamma largo presenta dificultad en el encerrojado distal a “mano libres” que puede implicar este tipo de complicaciones. Actualmente los nuevos sistemas de navegaci3n para la colocaci3n de los tornillos distales facilitan su implantaci3n con menos riesgos.

CC-23. NUESTRA EXPERIENCIA EN ARTROPLASTIA DE RECONSTRUCCI3N DE LA DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA EN EL ADULTO

D. Elizondo Esposito, C. Peña Rodríguez, M.J. Robles Molina, F. López Caba, J. Cabello Salas y A. Pérez Romero

Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducci3n y objetivos: Actualmente se conoce que la displasia congénita de cadera constituye una de las causas más frecuentes de artrosis temprana de esta articulaci3n, que nos obliga en la mayoría de los casos a la sustituci3n protésica de la misma. Deseamos comentar nuestra experiencia en artroplastia de reconstrucci3n aplicada a 4 mujeres de mediana edad, con secuelas de una displasia del desarrollo de la cadera. Tenemos por objetivos destacar las dificultades técnicas que entraña este tipo de cirugía, debido a que, normalmente, estos pacientes llegan a nuestra consulta con historia de tratamientos quirúrgicos previos que no ofrecieron buenos resultados. Pretendemos demostrar que se puede lograr una artroplastia estable, para así disminuir el dolor y aumentar la funcionalidad de la cadera, lo que se traduce en un aumento global de la calidad de vida de los pacientes.

Material y método: Estudio detallado de las historias clínicas de los pacientes, que incluyeron la revisi3n minuciosa de cada paciente, sus pruebas complementarias, la planificaci3n preoperatoria y el análisis de los resultados. La planificaci3n quirúrgica incluyó proyecciones radiográficas simples de cadera anteroposteriores y axiales, en rotaci3n interna y TAC con reconstrucci3n 3D, lo que nos permiti3 obtener una visi3n global de la pelvis, medir los desniveles pélvicos asociados, y realizar múltiples mediciones que incluyeron el ángulo

de anteversi3n del valgo, la altura y la forma de la cabeza femoral, el ángulo cervicodiafisario, el ángulo de Wiberg, la inclinaci3n y la orientaci3n tanto del acetábulo como del fémur. Así mismo nos permiti3 calcular la reserva ósea disponible y la elecci3n del implante adecuado, visualizando la deformidades óseas asociadas, todo ello, con el propósito de realizar una planificaci3n preoperatoria lo más cercana a la realidad. Registro fotográfico y radiológica del paciente, con estudio de la marcha, estudio radiológico pre y postoperatorio. Revisiones sucesivas en consultas externas tras la cirugía. Revisi3n de la bibliografía actual y de los manuales de cirugía ortopédica de esta patología.

Resultados: En todos los casos se ha conseguido una artroplastia estable, con una mayor calidad de vida de los pacientes, incluyendo una disminuci3n del dolor, una funcionalidad de la cadera aceptable y un implante duradero.

Comentarios y conclusiones: Los problemas encontrados en los pacientes con artrosis secundaria a secuelas de displasia de cadera, requieren una atenci3n especial y personalizada para cada caso, debido a que en la mayor parte de los casos se trata de pacientes jóvenes, y algunos con historias previas de cirugías fallidas. Es muy importante realizar una planificaci3n preoperatoria minuciosa, que nos permita reconocer el grado de afectaci3n de la articulaci3n. Consideramos que la clave de la recuperaci3n completa en la mayoría de los casos que requieran una prótesis total de cadera, debería incluir, en lo posible, la detecci3n temprana de esta patología y la planificaci3n preoperatoria correcta que nos permita la colocaci3n de un implante acetabular lo más anatómicamente posible, estable y con buena cobertura.

CC-24. NECROSIS AVASCULAR DE LA CABEZA FEMORAL 5 AÑOS DESPUÉS DE UNA FRACTURA SUBCAPITAL DEL FÉMUR

E. Martí Arasa, J.X. Herrero Gómez, E. Sirvent Díaz, G.H. Yupanqui Sandoval, J.M.I. Molina Márquez y X. Mora Iler

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tarragona.

Introducci3n y objetivos: Var3n de 48 años sin antecedentes de interés, que el 17/11/06 sufre fractura subcapital Garden II del fémur derecho.

Material y método: Se realiza reducci3n y osteosíntesis con 3 tornillos paralelos canulados de esponjosa. Inicio de deambulaci3n con carga parcial a los 3 días postintervenci3n. Alta a los 5 días con carga parcial (bast3n) durante los 3 meses posteriores. Controles clínico-radiológicos mensuales durante los primeros 5 meses.

Resultados: Alta de consultas 1 año después de la intervenci3n con el paciente llevando una vida similar a la previa a la caída. Radiología normal y balance articular coxofemoral similar a contralateral. Poco más de 5 años después de la fractura, el paciente reaparece en la consulta, por dolor de aumento progresivo en los 3 últimos meses, en la cadera intervenida, sin traumatismo asociado y que se manifiesta tanto en reposo como en carga. La radiología muestra reabsorci3n y deformidad de la cabeza femoral, protrusi3n proximal de un tornillo. Se establece diagnóstico de necrosis avascular de la cabeza femoral 5 años después de la fractura. El 27/4/2012, se realiza artroplastia total de cadera y, dada la edad, con modelo de vástago corto Proxima®, (de Puy). Alta a los 6 días, realizando carga completa bien tolerada.

Comentarios y conclusiones: La necrosis avascular es una complicaci3n frecuente en las fracturas intracapsulares de la cadera, incluso osteosintetizadas. Aunque lo habitual es su aparici3n dentro de los 2 primeros años post fractura, se ha descrito necrosis avascular entre los 5 y 10 años posteriores, como en el caso que presentamos. Utilizar prótesis totales de vástago corto en pacientes jóvenes, puede ser recomendable, dado que suelen tener un mayor

balance articular y conservan más stock óseo femoral respecto las convencionales.

CC-25. FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE FÉMUR VANCOUVER TIPO C. CLASIFICACIÓN Y TIPOS. RECOMENDACIONES Y OPCIONES DE TRATAMIENTO

E. Corella Abenia, L. Ezquerro Herrando, A. Castillo Palacio, N. Blanco Rubio, A. Torres Campos, R. Estella Nonay, J.M. Zamora Rodríguez y J. Albareda Albareda

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Presentar una actualización bibliográfica acerca del manejo y tratamiento de las fracturas periprotésicas Vancouver tipo C. Patología emergente en nuestra especialidad debido al aumento de personas portadoras de artroplastias de cadera y al aumento de la esperanza de vida. Se estima una incidencia del 1% en ATC primaria y del 4% en ATC de revisión. El registro sueco de artroplastias calcula que las fracturas tipo C constituyen el 10% del total.

Material y método: Encontramos variados factores de riesgo como osteoporosis, enfermedades neuromusculares, cirugías previas de rodilla, artroplastias previas, etc. Utilizaremos la clasificación de Vancouver de 1995 debido a su utilidad como orientadora del tratamiento y pronóstica. Se dividen las fracturas en intraoperatorias y postoperatorias, siendo en el caso que nos ocupa las tipo C; fracturas por debajo de la punta del vástago.

Resultados: Deberemos efectuar siempre unas consideraciones previas antes de cualquier gesto terapéutico como son las funcionalidad del paciente, la estabilidad de los componentes protésicos y su valoración en caso de una posible cirugía de revisión, descartar infección así como valorar la técnica quirúrgica a emplear. En caso de fracturas Vancouver tipo C diafisarias nos decantaremos por fijación interna con placas de compresión dinámica, placas bloqueadas o placas-cables. Ante una fractura tipo C supracondílea realizaremos fijación interna con placa condílea bloqueada. Las técnicas ortopédicas con dispositivos de tracción e inmovilización presentan una alta de complicaciones con un elevado índice de morbilidad. En cuanto al tratamiento quirúrgico encontramos series con consolidaciones cercanas al 100% pero la tasa de reintervenciones en caso de fracturas del grupo C se sitúa alrededor del 55%. En la literatura se han propuesto diversos modelos de osteosíntesis: tipo fijaciones paraesqueléticas como la placa Mennen (CMW Laboratorios, Exeter, RU); placas de compresión dinámica; placas bloqueadas LCP/LISS (Synthes, Brussels, Bélgica); sistemas combinados de placas y cables como por ejemplo la placa Ogden (Zimmer, Warsaw, IN), placa Dall-Miles (Stryker Howmedica, Mahwah, NJ) o el sistema Cable-Ready (Zimmer, Warsaw, IN). Según la literatura muchos tipos de placas son útiles para mantener la reducción pero ninguna ha demostrado superioridad sobre el resto. Dentro del arsenal terapéutico disponible también contamos con aloinjertos corticales estructurales (strut), no indicados de elección en estas fracturas y recambios protésicos con vástago largo, no encontrando referencias reseñables en la bibliografía.

Comentarios y conclusiones: Nos encontramos ante multitud de opciones quirúrgicas disponibles para el tratamiento de estas fracturas sin poder recomendar la superioridad de un implante sobre el resto. Consideramos fundamental la experiencia del cirujano ortopédico con la técnica a emplear, contando con un equipo de trabajo adecuado y experimentado que pueda adelantarse a las posibles complicaciones proporcionando alternativas terapéuticas para resolver esta patología tan prevalente en el momento actual en nuestra especialidad.

CC-26. PSEUDOARTROSIS EN FRACTURA TIPO C DE VANCOUVER ASOCIADA A CLAVO INTRAMEDULAR FEMORAL RETRÓGRADO: ¿SE PODRÍA HABER EVITADO?

E. Martín Flores, D. Fernández Fernández, J.I. Pérez Chávez, C.I. Palomo Pizarro, E.R. Popp Riedl y V.J. Luque Merino

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de una paciente de setenta y siete años con pluripatología de base, baja demanda funcional y un fémur curvo bilateral. Su historia quirúrgica comienza en el año 2000, con la implantación de una prótesis total de cadera izquierda no cementada. Ocho años más tarde sufre una fractura tipo C de Vancouver, la cual se trató con un clavo retrógrado intramedular. Dos meses después sufre una fractura entre los dos implantes, el vástago femoral y el clavo intramedular. El tratamiento quirúrgico en este caso consiste en la fijación y osteosíntesis con una placa Accord acompañada únicamente de cerclajes. Este procedimiento fracasa, por lo que se procede a una cirugía de revisión en la que se vuelve a fijar la placa con cerclajes y se añade un aloinjerto corticoesponjoso. La paciente es derivada a nuestro servicio por elevado riesgo quirúrgico, con el diagnóstico de pseudoartrosis de una fractura periprotésica femoral asociada a una prótesis total de cadera (PTC) con un vástago estable y un clavo intramedular femoral. La paciente en ese momento caminaba con mucha dificultad y presentaba dolor y una deformidad en miembro inferior izquierdo debido a la protrusión del material. En el estudio radiológico se evidenciaba el fracaso de la cirugía de revisión, con rotura de los cerclajes y movilización de la placa. Se realizó una gammagrafía, con la que se diagnosticó una pseudoartrosis femoral en la punta del vástago, sin movilización mecánica de la artroplastia. El objetivo en este caso consiste en decidir el tratamiento quirúrgico más adecuado, teniendo en cuenta las características de la paciente y su historia quirúrgica.

Material y método: El tratamiento quirúrgico consistió en una cirugía con doble abordaje. En primer lugar se procedió a la retirada de placa, cerclajes, injerto y vástago femoral a través de un abordaje lateral al fémur proximal. La dificultad en este proceso la ofreció la extracción del vástago femoral estable, que se realizó a través de una osteotomía en sarcófago. Se realizó asimismo una limpieza del foco de pseudoartrosis y la exéresis de la neocápsula que se había formado alrededor de dicho foco. En un segundo abordaje a nivel del fémur distal se llevó a cabo la extracción del clavo intramedular retrógrado. Posteriormente, y tras la colocación de cerclajes en fémur distal de forma profiláctica, se procedió a la implantación de un vástago femoral de apoyo diafisario (Wagner). Se cerró la osteotomía proximal con ayuda de cerclajes y se añadió aloinjerto de esponjosa en la región del foco de pseudoartrosis y de la osteotomía.

Resultados: La evolución postquirúrgica de la paciente ha sido satisfactoria. En el momento actual, pasados un año y tres meses, se encuentra caminando sin dolor. El resultado radiológico, a pesar de no apreciarse consolidación del foco de pseudoartrosis, ha sido óptimo, no existiendo evidencia de movilización del implante.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las fracturas tipo C de Vancouver asociadas a un vástago femoral estable es controvertido. Diversos autores han estudiado el tratamiento de estas fracturas, comparando la reducción abierta y fijación interna con una placa con la artroplastia de revisión. Los resultados obtenidos demuestran que cuando se realiza reducción abierta y fijación interna existe más probabilidad de que sea necesaria una cirugía de revisión, ya que son más frecuentes las complicaciones en este tipo de tratamiento. Nuestro servicio tuvo que afrontar una pseudoartrosis de una fractura tipo C de Vancouver que había sido tratada con reducción abierta y fijación interna con una placa, asociada al problema biomecánico de un espacio o "gap" entre dos implantes (vástago y clavo) y un fémur curvo. Existen estudios que demuestran que un fémur que presente intervalos sin instrumentación fracasa con cargas menores que aquel

en el que los implantes se solapan. En nuestro caso, la paciente ya presentaba una placa que ejercía de puente entre vástago y clavo, siendo ambos implantes estables, y aun así la estructura continuaba fracasando. Esto puede explicarse con el hecho de que la placa se asoció únicamente a cerclajes, y nunca se emplearon tornillos que fijaran dicha placa al fémur, por lo que siempre existió una inestabilidad rotacional que provocaba que con la carga progresiva los cerclajes acabaran fracasando. Teniendo en cuenta los mejores resultados de la artroplastia de revisión en el tratamiento de las fracturas tipo C de Vancouver con vástago estable, decidimos optar por este tratamiento, el cual ha dotado al fémur de una estabilidad rotacional que ha permitido solucionar la pseudoartrosis y por lo tanto la clínica que afectaba a la paciente, dotándola de un resultado funcional que, a pesar de no ser excelente, le permite llevar una vida de buena calidad dentro de lo que su estado basal le permite.

CC-27. SESENTA AÑOS DE EVOLUCIÓN DE UNA PRÓTESIS DE JUDET

E. Romero Pijoan, G. Ledesma Cortés, A. Coscujuela Mañá, C. Tramunt Monsonet, J. Moranas Barrero, L. Peralta Marfull, E. Cañas Miguel y F. Portabella Blavia

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: Se describe la evolución de una cúpula de Judet modificada con cabeza metálica, implantada en 1952 y funcional durante sesenta años.

Material y método: Mujer de 73 años que ingresa en nuestro centro por hemiparesia progresiva, la familia describe un progresivo deterioro cognitivo y una creciente dificultad para la marcha en los últimos meses. Se diagnostica un meningioma del cual es intervenida. Durante la convalecencia postquirúrgica aparece una úlcera en muslo izquierdo, en cuyo fondo se advierte el vástago de una prótesis. Revisando la historia clínica se descubre que a la edad de 12 años se le colocó una prótesis de cadera debido a una displasia. La paciente ha mantenido una deambulación normal no habiendo sido nunca reintervenida. La radiografía muestra una prótesis de cadera endocervical de cuello corto aflojada, que ha dado lugar a una úlcera de decúbito. Se realizó explante de la prótesis y artroplastia de resección tipo Girdles-tone.

Resultados: Las prótesis endocervicales de vástago corto tipo Judet y sus desarrollos posteriores tuvieron un uso generalizado en la década de los 50 pero fueron abandonadas por su elevado índice de aflojamiento superior al 50% en 10 años y sustituidas por las de vástago largo tipo Moore. Hoy en día vuelven a recobrar fuerza en su versión moderna: las prótesis de recubrimiento de superficie articular o resurfacing.

Comentarios y conclusiones: En la bibliografía no hemos encontrado ningún caso descrito de 60 años de evolución de una cúpula de Judet.

CC-28. NECROSIS AVASCULAR DE CABEZA DE FÉMUR EN TROMBOANGEITIS OBLITERANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Yáñez Siller, J. Bernal Vargas y A. Olivé Marques

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso de necrosis avascular de cabeza de fémur en un paciente con enfermedad de Buerger.

Material y método: Varón de 55 años, fumador (30 cigarrillos día) que consultó por dolor en partes acras de ambas manos y cianosis. En tratamiento con AINE sin mejoría de los síntomas. La exploración física puso de manifiesto una TA de. La piel de ambas manos estaba fría y cianótica. En las pruebas de laboratorio el hemograma y la bioquímica plasmática fueron normales. La VSG y PCR fueron de 14 mm y < 5 mg/dL respectivamente. En las pruebas de autoinmunidad los anti-

cuerpos antinucleares, las crioglobulinas, las serologías víricas (hepatitis B y C), factor reumatoide y anticuerpos antifosfolípidos fueron negativos. La capilaroscopia periungueal evidenció hemorragias. No se evidenciaron dilataciones capilares. La arteriografía evidenció cambios compatibles con tromboangitis obliterante. Se instauró tratamiento vasodilatador y abstinencia de tabaco con mejoría de los síntomas. Seis meses después, en visita de control presenta coxalgia bilateral intermitente. Se solicita la gammagrafía con: hipercaptación irregular en cadera izquierda con discreta hereogenicidad, destacando imagen fría en tercio superior de cabeza femoral compatible con osteonecrosis de cabeza femoral izquierda con fenómenos osteogénicos irregulares. La resonancia magnética puso de manifiesto necrosis avascular de ambas cabezas femorales.

Resultados: La enfermedad de Buerger presenta manifestaciones osteoarticulares en el 12,5% de los pacientes, en la fase preoclusiva. Los pacientes presentan episodios recurrentes de artritis de grandes articulaciones, acompañados por signos locales de inflamación. Los problemas articulares habitualmente preceden al diagnóstico en un promedio de 10 años. La artritis desaparece definitivamente con la aparición de signos de isquemia. No obstante, existen pocos casos de tromboangitis obliterante y necrosis avascular de cabeza femoral.

Comentarios y conclusiones: Existen múltiples teorías acerca de la patogénesis de la necrosis avascular de cabeza femoral. Entre ellas se incluyen tromboembolismo, origen disbárico, anomalías celulares (anemia de células falciformes), aumento de presión en la médula ósea, obstrucción arteriolar, obstrucción de drenaje venoso, lesión por radiación, lesión endotelial por vasculitis, hemorragia intramedular o alteraciones de la fibrinólisis. La mayoría de las teorías son complementarias y no excluyentes. Por lo tanto sería más correcto considerarlo como un grupo de lesiones multifactoriales que llevan a un fallo mecánico de la cabeza del fémur. La anatomía vascular de la cabeza femoral, sobre todo el área de mayor carga, depende de las ramas terminales de la rama más profunda de la arteria circunfleja medial, que a su vez es rama de la femoral profunda. La arteria epifisaria media, vía el ligamento redondo, irriga solo la zona perifoveal, y la arteria circunfleja lateral contribuye mínimamente. No existen arteriolas colaterales en las zonas de subcondrales, que además están separadas del resto de la circulación por el cartílago limitante. Al ser la enfermedad de Buerger una entidad que afecta a vasos de pequeño calibre, se presupone que la necrosis es debida a una obliteración de las ramas terminales de la arteria circunfleja media, aunque por otro lado no se puede descartar que se deba a una obliteración por vasculitis de grandes vasos.

CC-29. UTILIZACIÓN DE VÁSTAGOS MODULARES EN ALTERACIONES DE FÉMUR PROXIMAL

F. Trell Lesmes, F.J. Fernández Doral, M. Martínez Maside, M. Coco Velilla, A. Orois Codesal y F.J. García Lázaro

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: La artroplastia total de cadera supone uno de los procedimientos quirúrgicos más exitosos en la actualidad, ya que originan una importante mejora tanto en la calidad de vida del paciente como en su función. Desde su inicio en el siglo pasado, han sido constantes los cambios evolutivos en el desarrollo de implantes que mejoren la fijación ósea, reproduzcan la biomecánica de la cadera y aumenten la durabilidad en el tiempo. El desarrollo de la modularidad en los vástagos, en un inicio entre la cabeza y el cuello y posteriormente entre el vástago femoral y el cuello ha mejorado y facilitado dificultades técnicas debidas a distintas alteraciones anatómicas presentes en determinadas patologías de la cadera.

Material y método: La alteración de la anatomía proximal del fémur puede verse originada por distintos procesos, desde una displasia de cadera, epifisólisis de la cabeza femoral, secuelas de fracturas, ciru-

gías previas... Todo esto conlleva a la existencia en el fémur proximal de un hueso osteopénico y con anomalías en la versión femoral, cue- llos cortos, alteraciones en la localización del trocánter mayor, exis- tencia de material de osteosíntesis previo. Con la aparición de los vástagos modulares, existe la posibilidad de ajustar de forma indepen- diente la versión femoral proximal, la lateralización del centro de rotación al momento de fuerza del aparato abductor, así como la res- tauración de la longitud de los miembros inferiores. Se presenta el caso de un varón de 53 años que presentaba secuelas de una epifisiol- isis femoral. Había sido intervenido en la infancia y presenta una limitación de la actividad funcional, marcha claudicante y una dife- rencia de longitud de miembros inferiores.

Resultados: Tras una adecuada planificación preoperatoria, el pacien- te es intervenido utilizando un vástago modular de fijación distal, previa retirada de material de osteosíntesis. La pobre calidad ósea proximal, a lo que hay que añadir los defectos óseos producidos en la retirada del material previo, nos hicieron buscar una fijación distal. La alteración en la versión anatómica femoral, la diferencia de longi- tud y la deficiente función del aparato abductor fueron solventadas gracias a la modularidad del componente metafisario femoral, permi- tiendo el ajuste “fino” de la planificación.

Comentarios y conclusiones: El desarrollo de la modularidad en los vástagos ha permitido mejorar situaciones quirúrgicas en las que corre- gir anomalías anatómicas suponía un gran reto para el cirujano. Permite trabajar el vástago de forma independiente a la zona proximal (metafisaria o de cuello, según los modelos de vástagos) adaptándose a la longitud de miembros deseada, tensión del mecanismo abductor y la versión adecuada. Esta modularidad sin embargo, provoca una mayor existencia de interfases y como consecuencia la presencia de fracturas por fatiga de material, corrosión, “fretting”, pudiendo contribuir a ele- vado niveles séricos de iones metálicos. Todo esto hace que el resultado a largo plazo todavía resulte desconocido.

CC-30. LUXACIÓN ATRAUMÁTICA PRECOZ DE COMPONENTE ACETABULAR ATORNILLADO EN ATC

F. Cebrián Córdoba, P. Nicolás Gil, S. Amor Jiménez, P. Sánchez Angulo, M. Hernández Torralba, J.F. Soler Gutiérrez, A. Pellicer Cerdá y M.A. Sánchez Cañizares

HGU Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: La luxación de cadera protésica en artro- plastia total primaria tiene una prevalencia del 0,3-10%. Mucho menor es la incidencia y registro de movilizaciones atraumáticas del compo- nente acetabular atornillado.

Material y método: Mujer de 76 años. HTA, con antecedente quirúr- gico de Histerectomía más doble anexectomía. Acude a consulta por dolor coxofemoral mecánico izquierdo de larga evolución que no res- ponde al tratamiento conservador. En la radiografía simple se aprecia coxa protrusa con artrosis avanzada y signo del lazo (cotilo retroverso con déficit de pared posterior). Se decide artroplastia total de Cadera no cementada con par metal-polietileno y cotilo atornillado tras Press- Fit por vía posterolateral, sin incidencias intraoperatorias y con con- trol radiográfico correcto. Dos días tras la cirugía y sin traumatismo previo, la paciente refiere dolor intenso en la pierna operada, obser- vándose acortamiento y rotación interna del miembro. Con la sospe- cha de luxación protésica se realiza radiografía simple hallando luxa- ción de la cabeza femoral, con movilización asociada del componente acetabular, que puede apreciarse ascendido y con anclaje metálico atornillado arrancado del hueso.

Resultados: Se realiza cirugía de revisión con reimplante de compo- nente acetabular atornillado. Tras episodio de luxación femoroaceta- bular una semana después es precisa una segunda cirugía de revisión con cotilo reorientado de metal trabecular Tantalio con aumentos (sustitución de techo y pared posterior).

Comentarios y conclusiones: La movilización precoz del compo- nente acetabular es una entidad de escasa incidencia y su tratamiento es un reto para el cirujano ortopédico. Destacar una vez más la importancia de la planificación prequirúrgica para ayudarnos escoger la técnica más apropiada para cada caso y así prevenir complicacio- nes.

CC-31. REOSIFICACIÓN TRAS TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE CFA

F.J. Barrionuevo Sánchez, J.J. Romero Cáceres y L. Cáceres Sánchez

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un varón de 41 años diagnosticado de la CFA de tipo CAM, con Tönnis 2 según la radiografía. Se optó por tratamiento quirúrgico mediante la resecc- ión artroscópica de la protuberancia anterior de la cabeza femo- ral. Nuestro objetivo es comunicar la reosificación y la disminu- ción de la función clínica en 30 meses de seguimiento de dicho paciente.

Material y método: Estudio y seguimiento de un caso.

Resultados: La escala modificada de Harris preoperatoria (mHHS) fue 81,4. Cinco meses tras la cirugía fue 95,7, la radiografía demuestra un resultado postquirúrgico satisfactorio. A los 30 meses la función clíni- ca había empeorado (mHHS) de 63,8 y la radiografía mostró la reosi- ficación parcial de la zona donde se había resecado la protuberancia

Comentarios y conclusiones: El choque femoroacetabular (CFA) es una fuente frecuente de dolor en la cadera del adulto joven. La razón de dicho choque, puede residir en la presencia de una giba en la cabeza del fémur (tipo CAM o leva) o en el sobrecubrimiento del reborde acetabular sobre la cabeza femoral (tipo PINCER o pin- za). El tratamiento de elección consiste en la resección del hueso sobrante, ya sea mediante cirugía abierta o artroscópica. Con este caso se pretende presentar un hallazgo no descrito en la bibliogra- fía.

CC-32. CIRUGÍA DE REVISIÓN DE LAS ARTROPLASTIAS TOTALES DE CADERA. UNA CIRUGÍA COMPLEJA CON MÚLTIPLES POSIBLES COMPLICACIONES

F.J. Carrillo Piñero, J. Sánchez Archidona, L. Clavel Rojo, J. Martínez Ros, J.P. García Paños, A. Valcárcel Díaz, J.J. Parrilla Riera y S. Vela Pardo

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La complicación más frecuente de las artro- plastias de cadera es el aflojamiento aséptico. Este aflojamiento lleva asociado en muchas ocasiones una pérdida de stock ósea que es el principal problema en la cirugía de revisión de la cadera y, muchas veces, el más difícil de solucionar. En su aparición influyen varios factores incluyendo el modelo de implante, la técnica de implanta- ción, la posición de los componentes o la calidad del hueso receptor. Presentamos un caso clínico de prótesis total de cadera con evolución tórpida y aparición de múltiples complicaciones y las soluciones que aportamos.

Material y método: Paciente de 70 años intervenida en 1994 por acci- dente de tráfico con osteosíntesis en la cadera derecha. El mismo año se realiza extracción del material de osteosíntesis y colocación de una prótesis total de cadera. En 2005 se realiza el primer recambio proté- sico por aflojamiento aséptico. En dicha intervención aparece como complicación una parálisis del nervio ciático. En este momento apa- rece en consultas externas de nuestro servicio y desde entonces en seguimiento. En 2008 tras clínica de dolor inguinal y limitación funcio- nal es diagnosticada de movilización de cotilo y vástago con defecto acetabular tipo III. Se interviene realizándose un recambio del cotilo

(con autoinjerto apoyado en malla metálica atornillada y cotilo cementado) y del vástago con uno de apoyo diafisario. Evolución satisfactoria aunque persistiendo la parálisis ciática y la cialgia severa. En 2011 ingresa en nuestro servicio con dolor y limitación funcional. Analítica con aumento de PCR 59,1 con leucocitosis. La radiografía muestra signos de movilización de cotilo y malla. La Ecografía muestra lesiones subcutáneas con trayectos fistulosos hacia cortical femoral. Con el nuevo diagnóstico de aflojamiento séptico de cotilo se decide realizar cirugía en dos tiempos. En el primer tiempo quirúrgico se observa buen anclaje femoral por lo que se retira malla y cotilo, se realiza una limpieza exhaustiva y se deja un espaciador de cemento. Tras cinco meses de tratamiento antibiótico y tras normalización de parámetros analíticos se realiza el segundo tiempo quirúrgico. La acetabuloplastia se realiza con una cabeza femoral atornilla en el techo y aloinjerto triturado mediante técnica de Sloof en el fondo, protegiendo este injerto se usa caja antiprotrusión sobre la que se cementa un nuevo cotilo. Tras esta nueva cirugía se reagudiza el intenso dolor ciático, el EMG muestra una axonotmesis parcial de grado severo de los fascículos del nervio ciático popliteo externo derecho en fase crónica activa. Tras bloqueo epidural lumbar mejora el cuadro de dolor.

Resultados: En la actualidad la paciente no refiere dolor. Deambula con dificultad con andador por lo que suele usar silla de ruedas. Continúa con parálisis de n. ciático. No signos de infección.

Comentarios y conclusiones: Son estos casos tan complejos y con resultados pobres los que más nos hacen reflexionar. Planteamos este caso para mostrar la posible evolución de una simple fractura de cadera con el paso de los años y un poco de mala suerte. En el caso presentado hay actuaciones las que se puede no estar de acuerdo como la insuficiencia de la malla metálica sola para proteger el injerto óseo o el hecho de que en el rescate séptico se dejara el vástago femoral y solo quitar el cotilo. Pero estas son decisiones basadas en la experiencia de los cirujanos que difiere a la de otros lo que nos hace muy difícil presentar un esquema de actuación válido para todos los casos de cirugía de revisión de la cadera. Lo que si consideramos muy importante es una planificación preoperatoria correcta que nos minimice las complicaciones quirúrgicas y nos mejore los resultados a largo plazo. Con respecto a la infección aconsejamos utilizar los protocolos antibióticos y normas de asepsia según las guías más actuales. Y de todas ellas nos gusta reseñar la importancia de extremar el cuidado de las partes blandas y disminuir en lo posible el tiempo quirúrgico.

CC-33. ROTURA DEL COMPONENTE ACETABULAR EN PRÓTESIS TOTAL DE CADERA POR DESGASTE DE MATERIAL

F. Rodríguez Vázquez, J.M. López-Puerta González, A. Amate Rivas y S. Álvarez Campos

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El aumento del número de pacientes portadores de prótesis de cadera y la mayor expectativa de vida, hacen que cada vez sea mayor el número de reintervenciones. Desde que esta técnica se ha generalizado, son muchos los modelos de implantes y muy diversa su supervivencia, lo que nos ha llevado a una época en la que el recambio de prótesis de cadera fracasada es más frecuente de lo deseado.

Material y método: Presentamos un caso, de migración intrapélvica de una prótesis total de cadera, en un paciente de 84 años, motivado por la rotura del componente acetabular debido al desgaste del polietileno y la cúpula metálica, lo que provocó la migración central intrapélvica de la cabeza femoral. Se realizó el recambio de dicho componente acetabular y la cabeza femoral protésica, usando un cotilo de revisión no cementado, con aloinjerto triturado y compactado, según técnica de Slooff y cols.

Resultados: El paciente tuvo un postoperatorio sin complicaciones, dado de alta en dos semanas. Se mantuvo inmovilizado inicialmente con toviplé antirrotatorio y ortesis de abducción, comenzando a los siete días con carga parcial durante siete semanas, tras las cuales comenzó con carga total según fue tolerando. Al año de la cirugía el paciente deambula sin dolor e independiente, con 90° de flexión en la cadera, 00 de extensión, 15° de rotación interna, 25° rotación externa, 30° de aducción y 15° de abducción.

Comentarios y conclusiones: Tras la revisión de la literatura, no hemos encontrado caso similar, si bien están descritos casos de migración intrapélvica de la prótesis por movilización del cotilo, en este caso no sucede tal situación, sino un desgaste por rozamiento del polietileno y del cotilo metálico lo que provocó la migración central de la cabeza femoral. Los injertos óseos compactados son muy apropiados para la reconstrucción acetabular en las artroplastias primarias y en las reintervenciones, proporcionando una solución biológica para la pérdida ósea acetabular. No existe un consenso sobre el uso de cotilos cementados o sin cementar, solo en los casos que el implante quede descubierto de hueso más del 50% debe añadirse injerto óseo y cementar la cúpula.

CC-34. ¿QUÉ MÁS PUEDE PASAR? A PROPÓSITO DE UN CASO

H. Mínguez Pérez, R. de los Santos de la Cruz, M.Á. García de León, J.V. Peralta Molero, P. Zuñil Acosta, A.I. Simón Carrascal y B. Ruiz Nieto

Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas del fémur son frecuentes en politraumatizados y lesiones de baja energía en el anciano. Las fracturas subtrocanterias son las más difíciles de tratar por sus complicaciones, principalmente en ancianos.

Material y método: Mujer de 64 años hipertensa y diabética tipo 2 con dolor e impotencia funcional en miembro inferior derecho tras caída desde su propia altura. Presenta extremidad acortada, en rotación externa y dolor a la palpación trocantérica. Solicitamos radiografías anteroposterior de pelvis y axial de cadera derecha apreciándose fractura subtrocanterea.

Resultados: Se realiza osteosíntesis con clavo-placa deslizante. Los controles son aceptables durante un año. Después comienza con fracaso de la síntesis. Acude al Servicio de Urgencias refiriendo nuevamente dolor e impotencia funcional, tras chasquido sin movimiento brusco. En las radiografías observamos rotura de la placa de osteosíntesis a nivel del foco de fractura. Se reinterviene, realizándose extracción del material de síntesis y nueva síntesis con clavo endomedular más aporte de injerto de cresta ilíaca. Durante el postoperatorio se produce una dehiscencia parcial de los bordes de la herida y supuración realizándose irrigaciones, desbridamientos, extracción del material de síntesis y toma de muestras, en las que se detecta *S. aureus* meticilín resistente comenzando antibioterapia intravenosa. Persisten la supuración y empeoramiento; dos meses después se realiza desarticulación de la cadera derecha. Durante el postoperatorio continúa la supuración, pero mejora el estado general. Se realizan curas consiguiendo el cierre de herida en el muñón, buena evolución y alta.

Comentarios y conclusiones: La complicación más frecuente de estas fracturas es la pseudoartrosis. Siempre que aparezca tendremos que descartar la infección mediante pruebas complementarias. La infección es la complicación más grave. Cualquier signo sospechoso debe ser investigado precozmente. El tratamiento combina antibioterapia intravenosa, irrigaciones y desbridamientos. Si está en riesgo la vida del paciente a pesar de retirar el material y con antibioterapia intravenosa correcta, debemos ser agresivos e indicar la desarticulación de cadera.

CC-35. UNA RARA COMPLICACIÓN DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA: DISOCIACIÓN CERÁMICA POLIETILENO DEL COMPONENTE ACETABULAR TIPO SÁNDWICH

J. Ruiz Ruiz, M. Menéndez García, P. Mateo Sebastián, D. Manrique Cuevas, I. Sancho González, J. Mondragón Rubio, M. Ercilla Oyarzábal y J.J. Sánchez-Villares Rubalcaba

Complejo Hospitalario de Navarra. Centros B y D. Pamplona.

Introducción y objetivos: La artroplastia total de cadera ha experimentado un gran progreso en los últimos años incluyendo la técnica quirúrgica, los cuidados post-quirúrgicos y la tecnología de los implantes. Gran parte de ese desarrollo en la tecnología de los implantes está unido a los nuevos biomateriales. Investigaciones actuales han mostrado que la liberación de partículas de polietileno es la principal causa de la osteólisis periprotésica y del consecuente aflojamiento protésico. Por esta causa todos los esfuerzos han ido dirigidos al desarrollo de pares de fricción que reduzcan la producción de partículas y la reacción tisular. El par cerámica-cerámica fue introducido en artroplastia total de cadera en por primera vez por Boutin en 1970, demostrando una excelente tolerancia la material y una menor liberación de partículas.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente mujer de 37 años de edad portadora de prótesis total de cadera modelo Bicon-Plus tipo sándwich desde cuatro años antes a causa de una displasia congénita de cadera. Después de este tiempo de evolución favorable y, sin ningún traumatismo aparente, la paciente comenzó a sufrir coxalgia en relación con los movimientos y a sentir un chasquido articular. La radiología mostraba la posible rotura del componente cerámico. Se realizó cirugía de revisión para reemplazar el sándwich cerámica-polietileno por un componente de polietileno sin cerámica. Durante el acto quirúrgico se comprobó que no se había producido la rotura del componente cerámico sino una disociación polietileno-cerámica del componente acetabular.

Resultados: La evolución de la paciente fue satisfactoria el primer año. Tras este tiempo, y en relación con una caída, sufrió una luxación de la prótesis total de cadera que requirió reducción bajo anestesia general. Un año después de este percance la paciente se encuentra asintomática con un rango de movilidad normal y realizando sus actividades habituales sin ninguna limitación.

Comentarios y conclusiones: Las mejores propiedades del par de fricción cerámicos son dureza con pequeña deformidad plástica y buen coeficiente de fricción. Actualmente, el par cerámica-cerámica parece arrojar los mejores resultados, especialmente en pacientes jóvenes. La rotura de la cabeza femoral cerámica en artroplastia total de cadera es una complicación inusual que se ha observado en seguimientos a corto plazo de pacientes portadores de este tipo de prótesis. Mucho más excepcional es la rotura del componente acetabular cerámico o la disociación polietileno-cerámica del mismo. Aunque el componente de polietileno reduce la rigidez de la cerámica en el inserto tipo sándwich, la fractura del mismo es excepcional, aunque posible. Las causas pueden ser la concentración de estrés, factores específicos de fabricación, fallos del diseño o inclinación inadecuada al colocar el componente.

CC-36. EL ANILLO DE GANZ COMO PROTAGONISTA DE LA CIRUGÍA DE REVISIÓN ACETABULAR EN NUESTRO MEDIO. RESULTADOS TRAS 6 AÑOS DE SEGUIMIENTO

J. Palacio Barrabés, A. del Bosque Herrero, A. Torres Campos, L. Ezquerro Herrando, E. Corella Abenia, B. Seral García y J. Albareda Albareda

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La complicación más frecuente tras una artroplastia de cadera es el aflojamiento de sus componentes, lo que

implica una pérdida ósea en mayor o menor grado. Los anillos de refuerzo acetabular (asociados al uso de injerto óseo) resultan una técnica de rescate útil en estos casos. Nuestro objetivo es evaluar clínica y radiológicamente los resultados del anillo de Ganz en la cirugía de revisión protésica de cadera en nuestro medio tras un mínimo de 10 años desde su implantación.

Material y método: Revisamos de manera retrospectiva 10 pacientes con diagnóstico de movilización del componente acetabular intervenidos en nuestro servicio de enero a diciembre de 1999. A todos se les implantó un cotilo de Müller cementado, sobre anillo de Ganz atornillado y con aporte de aloinjerto. La posición y la migración del anillo fueron valoradas en radiografías anteroposteriores de pelvis. Determinamos la existencia de defecto óseo según la clasificación de Paprosky y de la AAOS. Para la valoración funcional pre- y posquirúrgica usamos la escala de Merle D'Aubigne.

Resultados: En los 10 casos hubo una mejoría en la puntuación funcional, así como en el grado de satisfacción de los pacientes a corto plazo. Todas las radiografías del postoperatorio inmediato mostraban la correcta posición del anillo de reconstrucción; sin embargo, cuatro de los casos precisaron por lo menos una segunda cirugía de revisión.

Comentarios y conclusiones: La cirugía de revisión de la cadera es un evento mayor y técnicamente difícil y demandante. Varios estudios demuestran la utilidad del anillo de Ganz asociado al uso de aloinjerto en aquellos pacientes con una movilización acetabular que conlleva una deformidad del hueso residual secundaria a una resorción ósea importante, como es el caso de los defectos tipo II y III AAOS.

CC-37. NEFROTOXICIDAD SECUNDARIA A ESPACIADOR CON GENTAMICINA EN PTC INFECTADA

J.L. Romero Ballarín, A.J. Menéndez González, M.N. Urdangaray San José y M. Martínez Rivera

Hospital de Cabueñes. Asturias.

Introducción y objetivos: Paciente de 72 años intervenido por coxartrosis izquierda diagnosticado de infección de PTC primaria con la consecuente retirada del implante y colocación de espaciador con gentamicina "Spacer -K". AP: no AMC. HTA controlada con medicación antihipertensiva.

Material y método: Durante su estancia hospitalaria, recibe antibioterapia intravenosa, ciprofloxacino y clindamicina, durante 3 semanas. Y antibioterapia oral domiciliar al alta. A los 15 días los controles analíticos y radiológicos son normales. En revisión rutinaria al mes y medio comienza con síntomas vagos de cansancio y náuseas por lo que se realiza nuevo control analítico descubriendo elevación de la creatinina y urea decidiendo ingreso hospitalario por Insuficiencia renal aguda. Es valorado por Medicina Interna forzando diuresis ante la sospecha de fallo renal prerenal sin mejoría alguna. Ante esto revisamos la literatura en busca de toxicidad de ciprofloxacino y clindamicina pero únicamente destacan como fármacos hepatotóxicos y no nefrotóxicos por lo que se piensa como única causa el espaciador de gentamicina.

Resultados: Se realizó 2º tiempo con extracción íntegra del espaciador, sin presentar roturas del mismo. Durante el postoperatorio inmediato se realizan analíticas seriadas con controles bioquímicos de función renal observando normalización de urea y creatinina a las 48-72 horas de la retirada del espaciador manteniendo estas cifras de normalidad hasta el momento actual.

Comentarios y conclusiones: El uso de espaciadores con gentamicina en prótesis de cadera infectadas está documentada su seguridad y su absorción sistémica es mínima o inexistente. Sin embargo, y como se puede ver en este caso, la gentamicina se ha absorbido vía sistémica produciendo un cuadro de insuficiencia renal aguda mantenido hasta la retirada del espaciador, causante de su patología.

CC-38. HALLAZGO DE PSEUDOANEURISMA ARTERIAL TRAS DIAGNÓSTICO ERRÓNEO DE INFECCIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA

J. Moreta Suárez, J.F. Larruscain Zamacona,
O. Sáez de Ugarte Sobrón, A. Ernest, X. Foruria Zarandona,
D. Arana Narvarte, B. Muñoz Niharra y J.L. Martínez de los Mozos

Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Las lesiones arteriales ocurridas tras una artroplastia de cadera constituyen un fenómeno raro pero son la tercera causa más frecuente de lesión vascular iatrogénica. Por otro lado, la incidencia está en aumento por el envejecimiento de la población (con mayor osteoporosis y aterosclerosis) y la colocación de un mayor número de implantes. Las arterias que pueden lesionarse son la arteria ilíaca externa, la arteria femoral común, la arteria femoral profunda y diversas ramas: circunflejas, glúteas, hipogástrica... El mecanismo lesional puede producirse por las brocas y los tornillos, por una inadecuada vía de abordaje, por posición incorrecta de los retractores o cerclajes de osteosíntesis, debido el efecto del cemento (compresión o reacción exotérmica) o durante el fresado o la impactación del cotilo. Presentan mayor riesgo aquellos pacientes de edad avanzada, cirugía de recambio (alteraciones anatómicas, más maniobras agresivas y pérdida ósea periacetabular) y las vías de abordaje anterior y anterolateral. Además de lesión directa con la consecuente hemorragia más o menos severa, podemos provocar trombosis, fistulas arteriovenosas o pseudoaneurismas.

Material y método: Presentamos un caso clínico de una mujer de 79 años que acude por prótesis total de cadera izquierda dolorosa implantada 4 meses antes. Como antecedentes de interés sólo cabe mencionar hipertensión arterial y prótesis total en la cadera contralateral. La paciente refiere dolor inguinal izquierdo que alivia levemente con reposo. En la exploración física se aprecia tumefacción leve sin dolor a la palpación, movilidad levemente dolorosa si patrón claro, no hay signos de infección en herida quirúrgica y la exploración neurovascular distal es normal. La determinación analítica muestra elevación de los reactantes de fase aguda (PCR 19,1 y VSG 52). En la radiología simple se aprecia una importante área de osteólisis periprotésica en la zona del calcar femoral (zona 7 de Gruen) de unos 5 cm de diámetro máximo. La gammagrafía con leucocitos marcados con tecnecio y el SPECT-TAC muestra datos sugestivos de infección periprotésica y dando la posibilidad de la existencia de una colección en el fémur proximal. Se llevó a cabo una punción aspiración intraarticular y se obtuvo abundante líquido de aspecto "achocolatado" que se envió a cultivo. De forma paralela se realizó una resonancia magnética que mostró una colección periprotésica de unos 14 cm a expensas de un pseudoaneurisma arterial de unos 5 cm. La angioRMN describió con mayor exactitud la lesión, tratándose de un pseudoaneurisma de una rama de la arteria femoral profunda de 7,5 cm de diámetro mayor. El cultivo del líquido aspirado resultó negativo.

Resultados: El servicio de Cirugía Vascular de nuestro centro realizó la resección del aneurisma y el cierre del ducto sangrante produciéndose durante la cirugía una pérdida sanguínea estimada de unos 1.600 cc por lo que la paciente sufrió un shock hemorrágico que finalmente remontó en la unidad de Reanimación. Durante el periodo postoperatorio subsiguiente la paciente experimentó una mejoría clínica progresiva y, a los 8 meses presenta dolor inguinal ocasional de carácter leve con un Harris Hip Score de 81 y una radiología sin cambios respecto a controles previos.

Comentarios y conclusiones: Dentro del diagnóstico diferencial de las causas de una prótesis de cadera dolorosa debe incluirse una posible lesión vascular, especialmente si el dolor no muestra características mecánicas y si se han descartado otras causas. Este caso clínico tiene un especial interés ya que muchas pruebas diagnósticas apuntaban hacia una posible infección protésica y, de no haberse realizado una RMN, podría haberse hecho un tratamiento incorrecto con las complicaciones que eso conllevaría. A la vista de las posibles complicaciones

catstróficas recogidas en la literatura médica de una lesión vascular es importante establecer una adecuada estrategia de prevención para identificar los pacientes de riesgo. Es imperativa la recogida de una buena historia clínica con examen vascular básico. El ECO-Doppler puede ser de utilidad en aterosclerosis manifiesta y en reintervenciones y la arteriografía puede estar indicada en casos de migración intrapélvica del cotilo. Además se debe hacer un control inmediato postoperatorio básico en pacientes de riesgo mediante la comprobación de pulsos distales y relleno capilar correcto.

CC-39. DOLOR Y LIMITACIÓN FUNCIONAL EN CADERA CAUSADA POR ANOMALÍA ÓSEA CONGÉNITA: DEDO PÉLVICO

J. Moreta Suárez, O. Sáez de Ugarte Sobrón, I. Jáuregui Cortina,
F. Labayru Echevarría, I. Uriarte Llano, A. Ernest,
X. Foruria Zarandona y J.L. Martínez de los Mozos

Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: El dedo pélvico o costilla pélvica es una rara anomalía ósea, de carácter congénito, benigna, y que se forma a partir de los tejidos blandos adyacentes al hueso. Rara vez dan síntomas, y su diagnóstico suele establecerse de forma casual. Radiológicamente son estructuras de densidad ósea, en forma de dedo o costilla, en las proximidades de los huesos que forman el anillo pélvico, pudiendo presentar con éste una fusión incompleta, en forma de pseudoarticulaciones.

Material y método: Paciente varón de 57 años que consulta por dolor inguinal derecho de años de evolución agudizado en los últimos meses, sin antecedente traumático, y que se acentúa con la deambulación y con la sedestación prolongada. En la exploración física se apreciaba una leve asimetría en la región de la pala ilíaca en relación a la contralateral, una limitación de la flexión de la cadera (flexión máxima de 90°) y de la abducción (abducción máxima de 15°) por dolor, y una discreta marcha en Trendelenburg. La radiografía simple de pelvis reveló la presencia de una protuberancia ósea alargada cercana a la espina ilíaca anteroinferior, de varios centímetros de longitud, en íntima relación con el acetábulo derecho, no habiendo signos de patología articular que justificasen los síntomas. Ante la sospecha de osteocondroma gigante que pudiera estar en proceso de transformación maligna, se solicitó una resonancia magnética nuclear (RMN), que puso de manifiesto la existencia de una tumoración ósea de características benignas, pero descartando el osteocondroma como posibilidad diagnóstica, ya que no había rastro de tejido cartilaginoso. Para completar el estudio se realizó una tomografía axial computarizada (TAC), en la que se apreció una lesión ósea de 6 cm de longitud y 3 cm de grosor, que presentaba un hueso cortical muy bien definido, con una zona de conexión al hueso ilíaco de rasgos heterogéneos, sugiriendo el aspecto de una pseudoarticulación, descartándose, por tanto, la posibilidad de un osteocondroma, y sugiriendo el diagnóstico de dedo pélvico. Ante la persistencia de la sintomatología se decidió la exéresis quirúrgica de la lesión a través de un abordaje anterior de cadera (Smith-Petersen). Para conseguir alcanzar la tumoración en su totalidad se desinsirió parcialmente el músculo tensor de la fascia lata y el glúteo menor, y se procedió a la resección del dedo pélvico desde su base.

Resultados: La pieza quirúrgica se envió a Anatomía Patológica, cuyo análisis histológico reveló la presencia de una estructura córtico-medular similar a una costilla, sin existir tejido cartilaginoso acompañante. El dolor fue desapareciendo paulatinamente tras la cirugía, y un año más tarde el paciente permanece asintomático, con una mejoría de la flexión (hasta 130°) y de la abducción (hasta 30°) de la cadera; la radiografía de control no muestra signos de recidiva tumoral.

Comentarios y conclusiones: En la bibliografía aparecen pocos casos de esta rara anomalía congénita. Sullivan y Cornwell fueron

los primeros en describir esta formación ósea en 1974, a nivel de la última vértebra sacra, y sugirieron que se trataba de la “primera costilla cóccigea”. Posteriormente, otros autores postularon que la anomalía podía originarse del desplazamiento de un centro de osificación costal, esternal, o del correspondiente a la espina iliaca anterosuperior. Sin embargo, la explicación más plausible parece ser la de un fallo en la apoptosis del mesénquima correspondiente al proceso anterior y lateral costal que tiene lugar durante el desarrollo embrionario: al final de la tercera semana de gestación se produce la migración de células mesodérmicas con capacidad de formación ósea desde la línea primitiva hacia la zona del futuro cóccix, pelvis y pared abdominal; en el desarrollo costal normal, la parte posterior de cada costilla origina un “proceso costal” formando el centro vertebral. En la pelvis, estos procesos costales se incorporan a los lados del sacro y cóccix y normalmente degeneran, consecuencia de este proceso de apoptosis. Un fallo de esta muerte celular programada permitiría la formación ulterior de hueso en esas zonas, adquiriendo una forma y estructura histológica similar a una costilla. Algunos autores han descrito la morfología de esta excrecencia ósea como la de una “costilla” pélvica, mientras que otros prefieren definirlo como “dedo” pélvico, ya que puede presentar una ó más pseudoarticulaciones, semejando el aspecto de las falanges de los dedos. En nuestro caso no existen pseudoarticulaciones en el recorrido de la osificación, pero sí parece identificarse una de éstas en el lugar de origen en el hueso iliaco. Se han publicado casos en diversas localizaciones anatómicas: hueso iliaco, sacro, cóccix, sínfisis pubiana, último arco costal, cadera, e incluso en la pared abdominal. Asimismo, existen casos de bilateralidad. En el diagnóstico diferencial se debe incluir el osteocondroma, la miositis osificante postraumática, la enfermedad de Fong (síndrome uña-rótula), y también ciertas avulsiones óseas que, dejadas a su libre evolución, pueden generar una osificación en su trayecto. El osteocondroma se caracteriza por la continuidad de la cortical ósea con la del hueso adyacente, estando ambas cavidades medulares comunicadas (hallazgos visibles en la TAC), y en el estudio RMN aparece típicamente un “capuchón” cartilaginoso característico; la imagen radiológica de la miositis osificante carece de estructura ósea normal y organizada, presentando una densidad heterogénea sin clara delimitación entre hueso cortical y esponjoso, y estando claramente separada del hueso adyacente; finalmente, la enfermedad de Fong es una patología que se hereda de forma autosómica dominante, con anomalías ungueales y esqueléticas, donde la aparición de “cuernos ilíacos”, normalmente bilaterales, es considerada patognomónica.

CC-40. ALTERACIÓN DE LA HEMOSTASIA EN PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

J.I. Eugenio Díaz, V.M. Fernández Bullejos y Y. Baca Morilla

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Los trastornos de la coagulación son de diversa etiología, tanto hereditario como adquirido, que condicionan pautas perioperatorias. El objetivo es presentar un caso para debatir las consideraciones anestésicas en pacientes con trastornos de este tipo.

Material y método: Varón, 73 años con desfibrinogenemia, epistaxis de repetición y rectorragia ocasional sin repercusión. Sometido a cirugía de sustitución de PTC. Presentaba Hb 11,8, Hto 37,4 y coagulación normal.

Resultados: Importante sangrado postoperatorio y anemia grave (Hb 4 g/dl, Htcr 11%), sin alteraciones de coagulación. Preciso reintervención conjunta entre Traumatología y Vascular, sin hallarse foco sangrante. Por anemia persistente y alteraciones de la coagulación, por coagulopatía de consumo, se realiza política transfusio-

nal: 50 CH, hemoderivados, factores (fibrinógeno, factor VII, factor XIII). El estudio hematológico reveló Factor XIII 37,3% resto de factores y plasminógeno normales. Ante la persistencia del sangrado se realiza embolización de la femoral profunda, sin éxito. Presenta shock hemorrágico, mejorando con politransfusión de CH, hemoderivados y factores VII y XIII. Se decide retirada de PTC, produciéndose disminución del sangrado, persistiendo anemia pese a transfusiones con normalidad en la coagulación. La evolución no fue favorable presentando fracaso multiorgánico y exitus.

Comentarios y conclusiones: El déficit congénito de factor XIII es un trastorno por reducción de nivel y actividad del FXIII, caracterizado por tendencia hemorrágica. El déficit de FXIII es el más raro de los déficits. La prevalencia es baja y se diagnostica durante la infancia. El diagnóstico es la medida de la actividad o del antígeno-FXIII. El tratamiento consiste en FXIII o plasma fresco.

CC-41. REFRACTURA PERIPROTÉSICA CONMINUTA TRATADA MEDIANTE PRÓTESIS DE REVISIÓN Y PLACA DE SOPORTE TROCANTÉRICO CON ALOINJERTO ÓSEO Y CÚPULA BIPOLAR

J.M. Rodríguez Palomo, O. Campos Alonso, N. Martín Larrañaga, P. Múgica Santamaría, D. Blanco Santiago y L. Palazuelos Blanco

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: A propósito de un caso de un paciente de 82 años que acude a nuestro servicio tras presentar una refractura sobre prótesis bipolar.

Material y método: El paciente presenta una fractura conminuta a nivel trocantérico y ya había sido tratado de una refractura sobre prótesis bipolar utilizando cemento como soporte óseo se procede a extracción del vástago protésico y osteosíntesis con placa de soporte trocantérico y aloinjerto óseo con vástago cementado de revisión de 250 mm y cúpula bipolar.

Resultados: El paciente comienza deambulación a los 2 días en planta asistido por carrito andador y su grado de satisfacción es pleno.

Comentarios y conclusiones: La utilización de recementación en los aflojamiento protésicos es una mala indicación terapéutica máxime si tenemos fracturas asociadas ya que en casos de aflojamiento o refracturas suponen un desafío terapéutico mayor para los cirujanos ortopédicos.

CC-42. A PROPÓSITO DE 2 CASOS DE ROTURA TRAUMÁTICA DE VÁSTAGO PROTÉSICO A LA ALTURA DEL CUELLO TRATADA MEDIANTE SARCÓFAGO ÓSEO Y RECAMBIO PROTÉSICO

J.M. Rodríguez Palomo, O. Campos Alonso, N. Martín Larrañaga y J. Merino Pérez

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presentan dos casos clínicos de dos pacientes diferentes que acuden a nuestro centro a través del servicio de urgencias tras sufrir un traumatismo mínimo en la cadera y que han sido intervenidos previamente de la misma practicándoseles artroplastia total de la misma.

Material y método: Tras realizar estudio radiológico son diagnosticados de rotura del vástago protésico a nivel del cuello y se decide realizar recambio protésico.

Resultados: Durante el acto quirúrgico se observa en ambos casos una osteointegración perfecta del implante y en ambos casos hay que practicar un sarcófago a nivel femoral para proceder a la extracción del vástago, técnica exigente y dificultosa para cualquier cirujano ortopédico.

Comentarios y conclusiones: El recambio protésico es un desafío para cualquier cirujano ortopédico máxime en aquellos casos en los que hay una osteointegración del implante, que exige una destreza

quirúrgica y la utilización del recurso de la experiencia en estos casos.

CC-43. AFECTACIÓN DE LA CADERA EN LA ENFERMEDAD DE MORQUIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Martín Enrique, C. Corchado Villalba, D. Pescador Hernández, D. Cano Gala, D. Rendón Díaz y M. González Muñoz

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Morquio o mucopolisacaridosis tipo IV, es una enfermedad congénita causada por el déficit de la enzima N-acetilgalactosamina (tipo A) o B-galactosidasa (tipo B), lo que produce el acúmulo en los diferentes tejidos de cantidades elevadas de mucopolisacáridos. Se transmite como un rasgo autosómico recesivo y su frecuencia es de 1 cada 100.000 nacimientos. Clínicamente cursa con deformidades esqueléticas y articulares graves, talla baja, anomalías visuales, alteraciones auditivas y lesiones hepáticas, cardíacas y respiratorias.

Material y método: Paciente varón de 45 años diagnosticado en la infancia de enfermedad de Morquio, que acude a consultas externas de COT por presentar cojera de años de evolución que actualmente le incapacita por dolor y pérdida importante de la movilidad. El paciente también refiere dolor y limitación funcional de otras articulaciones, siendo llamativa la afectación de ambas rodillas. En la EF se aprecia alteración de la marcha, dolor y limitación importante de la movilidad en ambas caderas, tanto de la flexo-extensión como de las rotaciones. En las rodillas se observa un genu valgo bilateral, con un rango de movilidad disminuido y doloroso. Existe además una cifosis dorsal. En el estudio radiológico se aprecia coxartrosis secundaria a displasia congénita de ambas caderas y gonartrosis bilateral.

Resultados: Debido a la situación clínica y radiológica del paciente se lleva a cabo una artroplastia total de ambas caderas. Durante el seguimiento en consultas externas se apreció una evolución radiológica satisfactoria junto con una gran mejoría clínica del paciente, obteniéndose unos rangos de movilidad satisfactorios y una ausencia del dolor.

Comentarios y conclusiones: La enfermedad de Morquio es considerada una enfermedad rara debido a su escasa frecuencia. Cursa con múltiples alteraciones clínicas entre las que se encuentran deformidades óseas y articulares graves. En lo referido a los huesos largos, las diáfisis aparecen algo acortadas. Las epífisis, especialmente las de las extremidades superiores de los fémures, se desarrollan insuficientemente y son anormales, tanto en lo concerniente a su época de aparición como a su estructura, apareciendo aplanadas y ensanchadas. Las metáfisis se deforman secundariamente, ensanchándose para poder contener a las epífisis. El acetábulo aparece agrandado, para poder contener a la cabeza femoral deformada. El resultado, al final del crecimiento, son unas extremidades óseas deformadas, que, especialmente en la cadera, conducen a la artrosis, y con frecuencia requieren la actuación quirúrgica.

CC-44. EL ABORDAJE LATERAL MIS PRODUCE MENOS DOLOR EN PTC. ¿REALIDAD O FICCIÓN?

J.R. Varela Egocheaga, M.A. Suárez Suárez, M. Fernández Villán, V. González Sastre y J.R. Varela Gómez

Hospital Reina Sofía. Navarra.

Introducción y objetivos: Evaluar y comparar en dolor postoperatorio en artroplastia de cadera realizada mediante abordaje convencional y mínimamente invasivo.

Material y método: Estudio prospectivo, aleatorizado 50 pacientes distribuidos aleatoriamente en dos grupos de 25 pacientes. En un grupo se intervino mediante abordaje posterior de Hardinge convencional

y en otro mediante abordaje posterior MIS según técnica de Howel y cols. Criterios de inclusión: coxartrosis primaria o secundaria a NACF susceptible de tratamiento quirúrgico Criterios de exclusión: antecedentes de intervención quirúrgica, displasia de cadera, fractura de cadera. Mismo equipo quirúrgico, mismo modelo protésico, mismo protocolo postoperatorio. Determinación del número de pacientes que precisaron consumo analgésico en las primeras 24 y 48 horas. Determinación del número de pacientes que precisaron consumo de opioides en las primeras 24 y 48 horas. Determinación de los miligramos de metamizol administrados por paciente en las primeras 24 y 48 horas. Prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas. t de Student en caso de ajuste a distribución normal y homogeneidad de varianzas, y U de Mann-Whitney en caso contrario. Chi-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados: No se detectaron diferencias significativas en el número de pacientes que precisaron consumir cualquier tipo de analgésicos en las primeras 24 y 48 horas entre el abordaje lateral MIS y el convencional. No se detectaron diferencias en el número de pacientes que precisaron consumir opioides en las primeras 24 y 48 horas entre el abordaje lateral MIS y el convencional. No diferencias en los mg de metamizol administrados por paciente en las primeras 24y 48 horas entre los abordajes lateral MIS y convencional.

Comentarios y conclusiones: En nuestro estudio no se han encontrado evidencias de que la cirugía MIS disminuya el dolor postoperatorio en los pacientes intervenidos de ATC.

CC-45. ORIENTACIÓN DE LOS COMPONENTES EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA MIS

J.R. Varela Egocheaga, M.A. Suárez Suárez, M. Fernández Villán, V. González Sastre, J.R. Varela Gómez y A. Murcia Mazón

Hospital Reina Sofía. Navarra.

Introducción y objetivos: Evaluar y comparar la orientación de los componentes en artroplastia total de cadera intervenida mediante abordaje convencional y mínimamente invasivo.

Material y método: Estudio prospectivo, aleatorizado 50 pacientes distribuidos aleatoriamente en dos grupos de 25 pacientes. En un grupo se intervino mediante abordaje posterior de Gibson convencional y en otro mediante abordaje posterior MIS según técnica de Sculco y cols. Criterios de inclusión: coxartrosis primaria o secundaria a NACF susceptible de tratamiento quirúrgico Criterios de exclusión: antecedentes de intervención quirúrgica, displasia de cadera, fractura de cadera. Mismo equipo quirúrgico, mismo modelo protésico, mismo protocolo postoperatorio. Determinación del ángulo de inclinación del componente acetabular respecto a la línea bi-lagral y bi-isquiática. Número de acetábulos colocados verticales ($> 45^\circ$), neutros ($35-45^\circ$) u horizontales ($< 35^\circ$). Determinación del ángulo de inclinación del vástago femoral respecto a la diáfisis femoral. Número de vástagos en valgo ($> 183^\circ$), neutros ($177-183^\circ$) o en varo ($< 177^\circ$). Relleno metafisario y diafisario según metodología de Dorr y cols. Prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas. t de Student en caso de ajuste a distribución normal y homogeneidad de varianzas, y U de Mann-Whitney en caso contrario. Chi-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados: No se detectaron diferencias significativas en el ángulo de inclinación del componente acetabular, ni en el número de componentes colocados verticales, neutros u horizontales entre ambos grupos. No se detectaron diferencias significativas en el ángulo de inclinación del componente femoral, ni en el número de vástagos colocados en valgo, neutros u horizontales entre ambos grupos. El relleno metafisario y diafisario no mostró diferencias significativas entre ambos grupos.

Comentarios y conclusiones: En nuestro estudio el abordaje posterior MIS no favoreció la malposición de los componentes en la implantación de una PTC.

CC-46. EL ABORDAJE MIS ACELERA LA RECUPERACIÓN EN ATC

J.R. Varela Egocheaga, M.A. Suárez Suárez, M. Fernández Villán, V. González Sastre, J.R. Varela Gómez y A. Murcia Mazón

Hospital Reina Sofía. Navarra.

Introducción y objetivos: Evaluar y comparar la velocidad de recuperación en artroplastia total de cadera intervenida mediante abordaje convencional y mínimamente invasivo.

Material y método: Estudio prospectivo, aleatorizado 50 pacientes distribuidos aleatoriamente en dos grupos de 25 pacientes. En un grupo se intervino mediante abordaje posterior de Gibson convencional y en otro mediante abordaje posterior MIS según técnica de Sculco y cols. Criterios de inclusión: coxartrosis primaria o secundaria a NACF susceptible de tratamiento quirúrgico. Criterios de exclusión: antecedentes de intervención quirúrgica, displasia de cadera, fractura de cadera. Mismo equipo quirúrgico, mismo modelo protésico, mismo protocolo postoperatorio. Determinación del día de inicio de la sedestación. Determinación del día de inicio de la deambulacion. Determinación de la estancia hospitalaria Impacto económico de la disminución de la estancia hospitalaria. Prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas. t de Student en caso de ajuste a distribución normal y homogeneidad de varianzas, y U de Mann-Whitney en caso contrario. Chi-cuadrado para variables cualitativas. Método de minimización de costes.

Resultados: El inicio de la sedestación fue significativamente más precoz en el grupo de pacientes intervenidos mediante abordaje posterior MIS en comparación con el abordaje convencional. El inicio de la deambulacion fue significativamente más precoz en el grupo de pacientes intervenidos mediante abordaje posterior MIS en comparación con el abordaje convencional. La estancia hospitalaria fue significativamente más corta en el grupo de pacientes intervenidos mediante abordaje MIS en comparación con el abordaje convencional. Este ahorro en la estancia hospitalaria se tradujo en un ahorro del 5,4% del proceso de ATC.

Comentarios y conclusiones: En nuestro estudio el abordaje posterior MIS ha conseguido acelerar la recuperación precoz, disminuir la estancia hospitalaria y proporcionar un ahorro del 5% en el proceso de ATC.

CC-47. LA CIRUGÍA MIS NO DISMINUYE EL SANGRADO EN PTC

J.R. Varela Egocheaga, M.A. Suárez Suárez, M. Fernández Villán, V. González Sastre, J.R. Varela Gómez y A. Murcia Mazón

Hospital Reina Sofía. Navarra.

Introducción y objetivos: Evaluar y comparar el sangrado quirúrgico en artroplastia de cadera realizada mediante abordaje convencional y mínimamente invasivo.

Material y método: Estudio prospectivo, aleatorizado 50 pacientes distribuidos aleatoriamente en dos grupos de 25 pacientes. En un grupo se intervino mediante abordaje posterior de Gibson convencional y en otro mediante abordaje posterior MIS según técnica de Sculco y cols. Criterios de inclusión: coxartrosis primaria o secundaria a NACF susceptible de tratamiento quirúrgico. Criterios de exclusión: antecedentes de intervención quirúrgica, displasia de cadera, fractura de cadera. Mismo equipo quirúrgico, mismo modelo protésico, mismo protocolo postoperatorio. Determinación de hemoglobina, hematocrito y glóbulos rojos preoperatorio, a las 6 y 48 horas de la intervención. Número de pacientes transfundidos y concentrados de hematies transfundidos por paciente. Drenaje postoperatorio. Prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas. t de Student en caso de ajuste a distribución normal y homogeneidad de varianzas, y U de Mann-Whitney en caso contrario. Chi-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados: No se detectaron diferencias significativas en los niveles de hemoglobina, hematocrito ni glóbulos rojos a las 6 ni a las 48 horas

de la intervención. No diferencias significativas en el número de pacientes transfundidos ni en la cantidad de concentrados de hematies transfundidos por paciente. No diferencias en el drenaje quirúrgico.

Comentarios y conclusiones: En nuestro estudio no se ha demostrado que el abordaje MIS disminuya el sangrado quirúrgico o las necesidades de transfusión.

CC-48. RESULTADO FUNCIONAL EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA MIS

J.R. Varela Egocheaga, M.A. Suárez Suárez, M. Fernández Villán, V. González Sastre, J.R. Varela Gómez y A. Murcia Mazón

Hospital Reina Sofía. Navarra.

Introducción y objetivos: Evaluar y comparar el resultado funcional en artroplastia total de cadera intervenida mediante abordaje convencional y mínimamente invasivo.

Material y método: Estudio prospectivo, aleatorizado 50 pacientes distribuidos aleatoriamente en dos grupos de 25 pacientes. En un grupo se intervino mediante abordaje posterior de Gibson convencional y en otro mediante abordaje posterior MIS según técnica de Sculco y cols. Criterios de inclusión: coxartrosis primaria o secundaria a NACF susceptible de tratamiento quirúrgico. Criterios de exclusión: antecedentes de intervención quirúrgica, displasia de cadera, fractura de cadera. Mismo equipo quirúrgico, mismo modelo protésico, mismo protocolo postoperatorio. Determinación del Harris Hip Score a los 3 y 12 meses de la intervención. Evaluación de la evolución del Harris Hip Score desde el preoperatorio hasta los 3 y 12 meses de la intervención. Prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas. t de Student en caso de ajuste a distribución normal y homogeneidad de varianzas, y U de Mann-Whitney en caso contrario. ANOVA de medidas repetidas.

Resultados: No se detectaron diferencias en la medición del HHS a los 3 y 12 meses entre ambos grupos. La evolución del HHS mostró una evolución similar en ambos grupos: mejoría desde los niveles preoperatorios hasta los tres meses y, posteriormente, estancamiento del valor del HHS.

Comentarios y conclusiones: En nuestro estudio el abordaje posterior MIS no proporcionó mejores resultados funcionales respecto al abordaje convencional a corto plazo.

CC-49. DISOCIACIÓN DEL CUELLO DEL VÁSTAGO FEMORAL EN ARTROPLASTIA CONSTREÑIDA DE REVISIÓN DURANTE LA MOVILIZACIÓN A LA CAMA

J.A. Diánez Raimúndez, C. de la Rúa Fernández, A. Gadañón García, R. Pañeda Iglesias, J.A. Martínez Álvarez, C. Argüelles Rodríguez, J.F. Muñoz González y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La artroplastia total de cadera es una cirugía muy frecuente en los servicios de COT, y aunque su efectividad es muy elevada, no está exenta de complicaciones como son el aflojamiento aséptico, luxaciones, infección y fracturas periprotésicas.

Material y método: Paciente portadora de una PTC implantada 22 años atrás, que acude por dolor inguinal, que se diagnostica como aflojamiento aséptico del componente acetabular. Se realiza una revisión, con extracción de los componentes, provocando una fractura del macizo trocantéreo tipo AG de Vancouver, que se sintetiza con un cerclaje, y dado el estado de los tejidos blandos y la calidad ósea se implanta un cotilo de revisión de tantalio constreñido, y un vástago modular de revisión, dejándola en descarga. La paciente se queja de mala evolución y dolor en cadera, con actitud en rotación externa, y

en una radiografía de control se descubre una luxación intraprotésica con fallo de la síntesis del cerclaje.

Resultados: La enferma es sometida a una nueva revisión, donde se realiza osteosíntesis con placa trocantérea y cerclajes, y alargador de cuello, dejándola de nuevo en descarga durante 6 semanas. La paciente tiene buena evolución y realiza de nuevo una deambulación independiente sin muletas y sin clínica de dolor.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas periprotésicas intraoperatorias son un problema cada vez más común, que se estima en un 7,8%. Se debe minimizar el riesgo de fractura mediante la identificación de situaciones de alto riesgo, correspondiendo considerar estrategias quirúrgicas adyuvantes en la extracción de vástagos bien adheridos, como la osteotomía trocantérea extendida. Se puede utilizar la clasificación de Vancouver para facilitar el conocimiento del patrón de fractura y elegir el tratamiento. Se requieren futuros estudios comparativos sobre técnicas de fijación de fracturas intraoperatorias a fin de optimizar el tratamiento de estas lesiones.

CC-50. EVALUACIÓN A LARGO PLAZO DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA PRIMARIA. COMPARACIÓN DE 2 VÁSTAGOS NO CEMENTADOS. DIEZ A 12 AÑOS DE SEGUIMIENTO

J.E. Gil Gómez, J.F. Abellán Guillén, A. Lisón Torres,
L. Ruano García, E. Molina Hernández y F. Carrillo Juliá

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y objetivos: El problema de los implantes de cadera no cementados es la supervivencia a largo plazo, especialmente en el componente femoral. El objetivo del presente estudio fue analizar los resultados clínicos y radiológicos de dos vástagos no cementados tras un seguimiento mínimo de diez años.

Material y método: Entre enero de 1999 y diciembre de 2001, se implantaron 92 artroplastias totales de cadera primarias no cementadas en nuestro servicio, empleando los vástagos Zweymüller Endoplus y VerSys Fiber Metal Midcoat y 65 caderas en 60 pacientes fueron revisadas de forma retrospectiva después de un seguimiento mínimo de diez años. La duración media del seguimiento fue de 11,4 años (rango 10-12 años). Veintinueve pacientes eran varones y 36 mujeres con una media de edad de 70 años (rango 32-86 años).

Resultados: La puntuación media en la escala de Harris para el grupo Zweymüller y VerSys fue 84,83 puntos (rango 49-100 puntos) y 80,2 puntos (rango de 47-99 puntos), respectivamente. Cinco de los 65 vástagos (7,69%) fueron revisados: uno debido a inestabilidad, otro fue rescatado tras una fractura periprotésica y 3 precisaron revisión por aflojamiento aséptico.

Comentarios y conclusiones: Nuestros datos muestran que el vástago Zweymüller Endoplus y VerSys Fiber Metal Midcoat presentan buenos resultados clínicos después de diez años, aunque son mejores de forma estadísticamente significativa con el primero.

CC-51. HIPERTROFIA UNILATERAL DEL MÚSCULO TENSOR DE LA FASCIA LATA

J.M. Rodríguez Roiz, G. Bori Tuneu, A.I. García Díez,
J.A. Fernández-Valencia Laborde, J. Pomés Tallo y X. Tomás Batlle

Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción y objetivos: La hipertrofia unilateral del músculo tensor de la fascia lata es una entidad poco frecuente, y es causa de masa palpable y/o dolor en muslo y cadera. Se trata de una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial con otras patologías en esta localización.

Material y método: Revisión retrospectiva de 2 pacientes de sexo masculino, de 71 y 36 años respectivamente, portadores de una artroplastia total de cadera (Symax y ASR). A los 4 años y 1 año res-

pectivamente de la implantación de la artroplastia, presentaron dolor de características mecánicas, limitación de la movilidad de la cadera afecta y palpación de una masa no dolorosa, en la cara externa del tercio proximal del muslo. Ante la sospecha de una complicación relacionada con la prótesis de cadera se solicitaron pruebas de laboratorio: hemograma completo, proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG), y pruebas de imagen: radiografía convencional, ecografía en el caso nº 1 y resonancia magnética (RM) en el caso nº 2. Los dos pacientes recibieron tratamiento sintomático.

Resultados: Las pruebas de laboratorio y las radiografías convencionales fueron normales en ambos casos. La ecografía y la RM informaron de hipertrofia del músculo tensor de la fascia lata en ambos casos. Los dos pacientes actualmente están asintomáticos.

Comentarios y conclusiones: La etiología de la hipertrofia del músculo tensor de la fascia lata es desconocida. Se considera que al igual que en otros músculos esqueléticos, estaría provocada por un aumento de la carga, aunque aún están por dilucidar las causas por las que esto ocurre en pacientes intervenidos de prótesis de cadera. Los casos descritos en la literatura no están relacionados con la cirugía protésica. Los síntomas relevantes que se han descrito en esta patología son dolor y/o masa palpable en el tercio proximal del muslo. Se desconocen las medidas necesarias para prevenir esta hipertrofia, así como el tratamiento ideal y la evolución a largo plazo.

CC-52. FRACTURA ACETABULAR TRAS TROPIEZO

J.V. Peralta Molero, M.A. García de León, A.I. Simón Carrascal,
R. de los Santos de la Cruz, H. Mínguez Pérez, P. Zuñil Acosta,
B. Cornet Flores y O. Pérez Simanca

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de acetábulo son una patología se suele asociar a traumatismos de alta energía. Presentamos una paciente tras tropiezo se produjo una fractura de acetábulo.

Material y método: Mujer, 46 años, antecedentes de desnutrición por trastorno alimentario grave. Acude a urgencias tras un tropiezo presentando fractura de acetábulo derecho tipo J-Letournel, con protrusión acetabular femoral. De urgencias estabiliza la paciente con una tracción blanda. En la intervención se realiza osteosíntesis de la fractura de pelvis y colocación de una PTC. Sufriendo una luxación al décimo día postquirúrgico, resuelta de manera cerrada mas dispositivo abductor. En enero de 2011 presenta nuevo episodio luxación, resuelve de la misma forma. Tras veinte días asintomática acude nuevamente a la urgencia por nuevo episodio, por lo que se reinterviene, colocándose cotilo retentivo y tallo SP2-lubinus cementado.

Resultados: Dos años desde la caída, y tras dos intervenciones la paciente camina con ayuda de un bastón, presenta una movilidad de 30° de ABD, y 90° de flexión de cadera y no ha vuelto a tener complicaciones.

Comentarios y conclusiones: La paciente presenta un grave problema de alcoholismo, desnutrición severa, y osteoporosis. Esto dificultaba su tratamiento quirúrgico, por hueso osteoporótico, y falta de colaboración en la rehabilitación y mantener las posturas adecuadas. Quizás lo más importante fue la falta de musculatura glútea, que condicionaba una inestabilidad difícilmente solventable sin un cotilo-retentivo, y creemos fue la causa de las luxaciones. Se debatió la opción de realizar la PTC en uno, o dos tiempos tras la síntesis. Pero por sus comorbilidades, se decidió que la primera opción proporcionaba una recuperación más rápida. El manejo global de los pacientes adaptando las posibilidades terapéuticas a su situación personal y comorbilidades es una de las tareas más importantes del cirujano ortopeda, ya que lo que parece más conveniente en una radiografía no siempre lo es en el paciente.

CC-53. FRACTURA POR AVULSIÓN DE LA ESPINA ILÍACA ANTEROINFERIOR

L. Cáceres Sánchez, F.J. Barrionuevo Sánchez, J.J. Romero Cáceres y B. García Benítez

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las fracturas por avulsión de la espina ilíaca antero-superior son lesiones poco frecuentes. La mayoría de ellos ocurren en adolescentes, generalmente debido a la avulsión del origen del sartorio. La presentación habitual de estas fracturas es un dolor súbito en la región de la cadera durante la actividad deportiva. Si se realiza una radiografía durante la fase de consolidación de una de estas fracturas cuando hay formación de un callo exuberante, el aspecto radiológico puede simular el de un sarcoma osteogénico.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente mujer de 14 años, alérgica al A.A.S. como antecedente de interés, que acude al Servicio de Urgencias por coxalgia derecha de inicio súbito mientras realiza ejercicio físico en clase de gimnasia. En estudio radiográfico simple, se observa fractura avulsión de espina ilíaca antero-inferior con desplazamiento, por lo que se solicita una TAC que confirma el diagnóstico, añadiendo: fragmento de 18 mm desplazado anterior y caudalmente. No afectación del cartilago de crecimiento.

Resultados: Se decide tratamiento conservador de la fractura, dejando a la paciente en descarga completa 4 semanas seguidas de 2 más con carga parcial. Tras seguimiento durante 18 meses, la fractura está consolidada y la paciente asintomática, realizando vida normal.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas por avulsión de la espina ilíaca se consideran lesiones estables del anillo pélvico, con buen pronóstico. Sólo tienen indicación quirúrgica cuando el fragmento se ha desplazado más de 2 cm o cuando se observa dolor y limitación del movimiento por exóstosis. En el resto de casos, el tratamiento conservador permite recuperación funcional completa en apenas 6 semanas, siendo menor con inicio precoz de rehabilitación.

CC-54. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA FEMORAL PROFUNDA COMO LESIÓN IATROGÉNICA DE ENCLAVADO DE FRACTURA DE FÉMUR PROXIMAL

L. Cáceres Sánchez, J.J. Romero Cáceres, F.J. Barrionuevo Sánchez, M. Villa Gil-Ortega, B. García Benítez y C. Martín García

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: La aparición de un falso aneurisma, como lesión iatrogénica de una fractura de fémur proximal tras enclavado endomedular, es una complicación infrecuente con una incidencia del 0,2-0,3%. Una de las causas que predisponen a estas lesiones es la colocación del miembro afecto en mesa de tracción con aducción y rotación interna forzada. Sin embargo, es importante considerar dicha posibilidad cuando persiste dolor inexplicable tras las fijación interna. Los síntomas son a veces difíciles de valorar, ya que pueden ser casi idénticos a los síntomas habituales después de una fractura de cadera intervenida.

Material y método: Presentamos un caso de una mujer de 68 años de edad, sin antecedentes de interés para el caso, intervenida de una fractura pertrocanterea izquierda mediante enclavado endomedular. A los 4 días de ingreso hospitalario, presenta cuadro de dolor intenso localizado en muslo, donde persiste gran hematoma. Exploración anodina. Se realiza eco-doppler que descarta TVP en MII y visualiza imagen compatible con pseudoaneurisma de femoral profunda que se confirma con arteriografía.

Resultados: Se realiza arteriografía de MII mediante punción de arteria femoral común derecha, encontrando pseudoaneurisma dependiente de segunda rama muscular de arteria femoral profunda. Se cateteriza selectivamente y se emboliza consiguiendo la oclusión de la rama de la fuga. La paciente mejoró clínicamente, dándole el alta hospitalaria a los 2 días.

Comentarios y conclusiones: Los pseudoaneurismas arteriales secundarios a la cirugía de cadera representan una lesión iatrogénica poco frecuente. Son secundarios al daño arterial, como consecuencia de la técnica quirúrgica que se requiere para la osteosíntesis con clavos intramedulares: mayor aducción de la extremidad afecta con rotación interna forzada y el fresado del fémur. Debido a la localización de la arteria y por el tipo de lesión, la embolización nos pareció buena alternativa terapéutica, obteniendo resultados favorables.

CC-55. FRACTURA-LUXACIÓN DE CADERA ASOCIADA A FRACTURA PARCELAR DE LA CABEZA FEMORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. de la Hera Antón, I. Pintos Bernal y X. Azores Galdeano

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La luxación traumática de la cadera es una lesión grave que consiste en un desplazamiento permanente de la cabeza del fémur hacia fuera del acetábulo. Puede ser pura o coexistir con una fractura de la cabeza femoral. Es por lo general consecuencia de un traumatismo violento. La radiografía de pelvis de frente es necesaria y obligatoria para confirmar el diagnóstico, definir la forma clínica y buscar un fragmento de cabeza femoral en la articulación. Se presenta un caso de fractura-luxación de cabeza de fémur tratado con reducción abierta y fijación interna.

Material y método: Paciente de 38 años de edad, que sufrió un accidente de tráfico con traumatismo frontal sobre la rodilla izquierda en flexión. A su ingreso presentaba el miembro inferior izquierdo en actitud de rotación interna, flexión y aducción de la cadera, con acortamiento y dolor intenso. Además presentó un traumatismo craneoencefálico grave. El estudio radiográfico inicial, demostró una luxación posterior de la cadera, con un fragmento óseo alojado en la cavidad acetabular. Se realizó intento de reducción cerrada al ingreso bajo anestesia general. No se pudo reducir y se realizó de forma diferida de forma abierta con osteosíntesis de la cabeza con tres tornillos de Herbert.

Resultados: Se realizó una reducción abierta de la cadera luxada. Se hizo por un abordaje anterior de la cadera. La osteosíntesis fue efectuada con tres tornillos de Herbert. Al año de la intervención el paciente está sin dolor y puede deambular sin problema alguno.

Comentarios y conclusiones: La fractura de la cabeza de fémur asociada a luxación posterior, es una lesión poco frecuente, aproximadamente 7% de todas las luxaciones posteriores según las distintas series. Los accidentes de tráfico son su causa más común. Se trata de una urgencia terapéutica que exige reducción de la luxación pura, con anestesia y en condiciones apropiadas. También se considera urgente el tratamiento de las fracturas de la cabeza del fémur, pero la actitud es más discutida. Debemos de reducir la luxación sin ejercer fuerza, y preservar y reponer quirúrgicamente un fragmento cefálico desplazado después de la reducción. Las complicaciones no son desdeñables, y entre ellas predominan la artrosis y la necrosis postraumática.

CC-56. COMPLICACIÓN POSQUIRÚRGICA DE CADERA

M.B. Barranco Fernández, L.M. Cartagena Roa y A. Enrique Fidalgo

Hospital Ciudad de Jaén.

Introducción y objetivos: Mujer de 95 años, ingresa en el Servicio de Urgencias por fractura pertrocanterea de cadera tipo 31-A2.2 de la clasificación AO. Previo estudio anestésico se realiza intervención en quirófano de urgencias. Se practicó osteosíntesis con tornillo-placa deslizante de cadera. Exploración al día siguiente de la cirugía: exploración neurovascular normal; resultado radiográfico satisfactorio. Segundo día poscirugía: sensación de "chasquido en la cadera" al realizar ejercicio de movilización pasiva y posterior dolor lancinante en miembro afecto.

Material y método: Exploración: dolor lancinante en cara anteromedial del muslo que no mejoraba con el cambio de postura, sin pérdida de fuerza, pulsos distales presentes. Tumoración palpable en zona inguinal de reciente aparición. Tras estudio de imagen con radiografía, ecografía y TC: se confirma desplazamiento de trocánter menor, con respecto a la radiografía del postoperatorio inmediato, que contacta con el paquete neurovascular femoral. Se volvió a intervenir para exploración quirúrgica mediante un abordaje anteromedial de la cadera, se extrajo el trocánter menor.

Resultados: Tras la resección del trocánter menor la paciente experimentó una total recuperación del dolor.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas pertrocantéreas se asocian con cierta frecuencia a avulsión del trocánter menor. Entre las técnicas utilizadas para la osteosíntesis de estas fracturas no se recoge la reducción y fijación del trocánter menor, queda desplazado debido a la tracción del músculo iliopsoas.

CC-57. PROTRUSIÓN ACETABULAR BILATERAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CHARCOT-MARIE-TOOTH

M.C. Sanz Pascual, C. Hernández Galera, H. Gómez Santos, C. Justo Astorgano, J.C. Gutiérrez Gómez, T. del Olmo Hernández, P. de Lucas Cadenas y F. Aranda Romero

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La protrusión acetabular primaria es un proceso inusual, progresivo y más frecuente en mujeres de edad media. En esta patología suele aparecer una deformidad del cuello femoral en varo y la aparición de cambios óseos degenerativos; lo que produce dolor y limitación funcional a una edad temprana. El diagnóstico suele ser radiológico. A la hora de llevar a cabo el tratamiento hay que ser conscientes de que en ocasiones los cambios adaptativos de los tejidos blandos dificultan el acto quirúrgico. La técnica quirúrgica utilizada en pacientes jóvenes suele ser la cotiloplastia más una osteotomía valguizante intertrocantérica. En pacientes de edad avanzada, una artroplastia total de cadera. La enfermedad de Charcot-Marie-Tooth comprende un grupo heterogéneo de neuropatías periféricas hereditarias. Cursa con atrofia muscular peroneal y neuropatía motora y sensitiva; pie cavo y dedos en martillo; pérdida sensorial y alteración de la propiocepción.

Material y método: Presentamos el caso clínico de una mujer de 79 años con antecedentes personales enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, que presenta una protrusión acetabular bilateral.

Resultados: Mujer de 79 años que ingresa de forma programada por incapacidad progresiva para la deambulación de un año de evolución. A la exploración presenta una contractura irreductible de caderas y rodillas bilateral en flexión, y contractura de ambas caderas en aducción. Se diagnostica radiográficamente de protrusión acetabular bilateral. Se somete a la paciente a tratamiento quirúrgico mediante la colocación de dos artroplastias totales de cadera en dos actos quirúrgicos. Ambas prótesis fueron modulares sin cementar, par cerámica-cerámica. La técnica quirúrgica fue: osteotomía del cuello femoral; no extracción de cabeza femoral; fresado y preparación de lecho quirúrgico para cotilo sobre cabeza femoral; uso de Kryptonite para relleno de trasfondo de cabeza femoral fresada; colocación de la artroplastia total y comprobación de estabilidad intraoperatoria. Actualmente la paciente lleva cuatro meses de evolución tras la primera intervención y dos y medio tras la segunda, no presenta contractura en flexión ni aducción de las caderas y realiza rehabilitación para reducir el flexo de rodillas. La rodilla derecha ya la extiende y moviliza completamente y en la izquierda alcanza 120° de extensión.

Comentarios y conclusiones: La protrusión acetabular bilateral es una entidad poco frecuente, cuya clínica es de evolución progresiva. Si aparece en un paciente que a su vez presenta una neuropatía sen-

sitiva y motora hereditaria con pérdida de sensibilidad periférica, la limitación funcional que produce es muy acusada. La técnica quirúrgica de este proceso es compleja; y la recuperación total de la marcha sin ayudas externas es un objetivo difícil.

CC-58. IMPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.E. Monge Vázquez, I. Garrido Santa María, J.V. Badiola Vargas, J. Camacho Chacón, A. Aguilar Ezquerro y A. Herrera Rodríguez

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Las complicaciones asociadas a la artroplastia total de cadera son favorecidas por diversos factores de riesgo del paciente, como es la edad avanzada, la hipoproteínemia, enfermedades neurológicas como la demencia y el Parkinson, el no cumplimiento del hábito de vida recomendado, la inactividad. A continuación se presenta el caso de una paciente con antecedente de enfermedad neurodegenerativa portadora de una artroplastia total de cadera.

Material y método: La paciente, de 71 años, alérgica a codeína y con antecedentes de Parkinson y demencia senil avanzados, hipoproteínemia secundaria a gastrectomía parcial y portadora de prótesis total de cadera izquierda de 5 años de evolución, ingresa en nuestro servicio por fractura periprotésica tras una caída casual. La fractura es osteosintetizada mediante sistema cable-placa ready asociando el recambio del vástago por uno de mayor longitud sin complicaciones y con buena evolución durante el postoperatorio hasta 3 meses después, que la paciente reingresa trasladada desde su residencia por imposibilidad para caminar y protrusión en cadera izquierda. Se objetiva una luxación de la PTC y se intenta reducción cerrada bajo anestesia general sin éxito. Se decide reducción abierta de forma programada, y una vez valorada por el servicio de anestesiología, se lleva a cabo la intervención quirúrgica realizándose un segundo recambio de vástago Exeter largo de 220 mm por uno de 200 mm, debido a que éste estaba movilizado sobre la capa de cemento, y se procede a la cementación del vástago sobre el cementado previo inamovible. Se observa que la fractura periprotésica después de un año no ha consolidado. Tras el recambio del vástago se consigue la reducción anatómica de la prótesis, permaneciendo ésta estable. Durante su ingreso en el postoperatorio inmediato, la paciente sufrió una luxación protésica tras un episodio de temblor incontrolado parkinsoniano, la cual se redujo bajo sedación. Durante su evolución se observó infección con dehiscencia de herida quirúrgica por lo que se procedió a realizar desbridamiento y limpieza quirúrgica. La herida volvió a abrirse debido al estado caquético de la paciente, por lo que se procedió a una nueva limpieza quirúrgica con Friedrich e inclusión de parches de gentamicina a la ya previa antibioterapia oral.

Resultados: Tras esta última intervención la paciente evolucionó de forma favorable, afebril y con mejor estado general por lo que fue dada de alta con antibioterapia oral y dieta hiperproteica para control ambulatorio. Actualmente está siendo revisada en consultas externas; la herida está cicatrizando y se observa mejoría de su estado general, con régimen de vida sedentario, aunque continúa con episodios de temblor incontrolado debido a su enfermedad base.

Comentarios y conclusiones: El estado general y antecedentes del paciente juegan un importante papel en la evolución del paciente que ha sido sometido a una artroplastia total de cadera. Un estado de desnutrición favorece una mala calidad ósea y tisular, aumentando con ello el riesgo de fracturas periprotésicas, osteolisis y aflojamiento de los componentes, así como un déficit inmunitario que facilita la infección y problemas en la cicatrización. El procedimiento quirúrgico puede ser causa de complicaciones, como su luxación, teniendo en cuenta que enfermedades degenerativas neurológicas como el Parkinson puede ser un factor coadyuvante.

CC-59. SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA DE CADERA RESISTENTE A TRATAMIENTO

M. López Antón, J.P. Puertas García-Sandoval, P.A. Martínez Victorio, A. Valcárcel Díaz, S. Illán Franco, J. Martínez Ros, F.J. Carrillo Piñero y J.P. García Paños

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La sinovitis villonodular pigmentada es una enfermedad poco frecuente, en la que se produce una proliferación de benigna del tejido sinovial, acompañado de depósito de hemosiderina. Suele localizarse en articulaciones grandes, como la rodilla y la cadera. Radiológicamente suele presentarse como lesiones quísticas y pérdida de la superficie articular. Es fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz.

Material y método: Mujer de 25 años con coxalgia de 6 meses de evolución resistente a tratamiento conservador y artroscópico. Como antecedentes personales reseñar trastorno de ansiedad generalizado en tratamiento desde los 16 años. En la cirugía artroscópica previa se evidenció una sinovitis villonodular, con una afectación extensa del cartílago articular de la cabeza femoral, por lo que se realizó sinovectomía y condroplastia. Seis meses después, en estudio de imagen (Rx, TC, RMN) se apreció una lesión quística proliferativa en fondo de cotilo, con empeoramiento clínico asociado. Se realizó artroplastia total de cadera con cemento en fondo acetabular, tras la resección de la lesión quística.

Resultados: Al mes de la intervención la paciente presentó remisión de la clínica previa y mejoría en la funcionalidad articular.

Comentarios y conclusiones: La SVP suele ser una afectación monoarticular, es más frecuente en mujeres y suele presentarse entre la 2ª y 5ª décadas de la vida. La clínica es insidiosa e inespecífica de curso progresivo, pudiendo ocasionar bloqueos articulares. La anatomía patológica es diagnóstica. El diagnóstico de sospecha en la cadera viene dado por las imágenes radiológicas, con una alta prevalencia de lesiones óseas en forma de múltiples erosiones o quistes, que suelen afectar a las zonas que no soportan carga en cotilo, cuello y cabeza femoral. El tratamiento consiste en la sinovectomía total para evitar nuevas recidivas, ya sea por medio de la sinovectomía química (contraindicada en caso de lesiones múltiples erosivas), sinovectomía quirúrgica, o en casos más avanzados la realización de una artroplastia de cadera.

CC-60. RESULTADOS DE LAS OSTEOTOMÍAS FEMORALES INTERTROCANTÉREAS EN EL TRATAMIENTO DE LA COXARTROSIS

M. Ercilla Oyarzábal, I. Orradre Burusco, J. Rey Vasalo, I. Sancho González, M. Menéndez García, J. Ruiz Ruiz, M. Brun Sánchez y J.J. López Blasco

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: En el tratamiento de la coxartrosis en pacientes jóvenes la implantación de una prótesis total de cadera plantea cierta controversia debido a la vida limitada de estos implantes. Diversas alternativas terapéuticas se están utilizando para retrasar o evitar la colocación de una prótesis entre las que se encuentran las osteotomías femorales intertrocanterias.

Material y método: Hemos revisado 39 osteotomías intertrocanterias realizadas en nuestro servicio durante los años 1979 a 1992 en pacientes jóvenes con coxartrosis sintomática. De todas 11 osteotomías fueron varizantes y 28 valguizantes. El estudio ha incluido una valoración clínica según la escala de Merle d'Aubigné y una valoración radiológica midiendo la evolución de la línea articular y su evolución a lo largo de los años posteriores.

Resultados: A los 10 años la supervivencia de la serie de osteotomías ha sido del 68% disminuyendo al 49% a los 15 años. Los pacientes que no han precisado una revisión de la osteotomía han mantenido buenos niveles de valoración clínicos y radiológicos.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de la coxartrosis en el paciente joven ha adquirido renovada importancia con las técnicas de recubrimiento. Sin embargo la osteotomía femoral intertrocanterea, a pesar de estar casi abandonada, ha resultado una buena técnica alternativa en el tratamiento de estos pacientes jóvenes bien seleccionados ofreciendo unos buenos resultados y supervivencia.

CC-61. INJERTO VASCULARIZADO Y OSTEOSÍNTESIS COMO TRATAMIENTO DE UNA FRACTURA SUBCAPITAL DE CADERA

N. Martín Larrañaga, J.M. Rodríguez Palomo, L.M. Fernández Rioja, O. Campos Alonso, J.R. Sarria Lapeyra y C. Lozano Marín

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una paciente de 57 años con antecedentes de paraparesia en extremidades inferiores secuela de una cirugía de columna lumbar, que presenta una fractura subcapital cadera izquierda tras caída casual.

Material y método: Paciente que acude al servicio de urgencias tras caída casual con dolor e impotencia funcional cadera izquierda. Como antecedentes presenta una paraparesia extremidades inferiores secuela de una cirugía de columna hace 15 años, actualmente en tratamiento por la Unidad de Medulares de este Hospital. En las Rx de la urgencia se objetiva una fractura subcapital cadera izquierda Garden 4. Se presenta el caso en sesión clínica y se decide realizar una osteosíntesis y colocación de injerto vascularizado para disminuir el riesgo de necrosis avascular de la cabeza femoral y aumentar las posibilidades de consolidación de la fractura.

Resultados: Se mantiene a la paciente 6 semanas en descarga y posteriormente inicio de carga parcial asistida de muletas o andador, que la paciente ya utilizaba previamente debido a su paraparesia. Actualmente a los 8 meses de la cirugía, la paciente se encuentra deambulando con muletas, sin dolor al cargar, refiriendo leves molestias con las rotaciones de la cadera sin apoyo. En las Rx de control se objetiva consolidación de la fractura sin datos radiográficos de necrosis cabeza femoral.

Comentarios y conclusiones: Es ampliamente conocida la realización de osteosíntesis en casos de fracturas subcapitales de cadera, en nuestro hospital sobre todo utilizada en casos de pacientes jóvenes en las primeras horas de la lesión, para evitar la necesidad de colocar una prótesis total de cadera. También se utiliza en pacientes ancianos, por ser una cirugía menos agresiva y permitir una recuperación postoperatoria más rápida y con menos complicaciones. En este caso, además de la edad de la paciente, tenemos el antecedente de la paraparesia de extremidades inferiores, que nos supone un dato de potencial inestabilidad en el caso de optar por una prótesis de cadera, por lo que se decidió además de realizar una osteosíntesis de la fractura, intentar asegurar un aporte sanguíneo a la cabeza femoral y a la fractura añadiendo el gesto quirúrgico del injerto pediculado del cuadrado femoral. En casos en los que por el trazo de fractura, tiempo de evolución de la lesión pensemos que el pronóstico de la cirugía mediante osteosíntesis pueda ser peor, se podría añadir la colocación de un injerto pediculado.

CC-62. CASO CLÍNICO: COTILOIDITIS EN PACIENTE PORTADORA DE UN SISTEMA DE INTERPOSICIÓN ACETABULAR TIPO TRIBOFIT

N. Martín Larrañaga, J.M. Rodríguez Palomo, L.M. Fernández Rioja, O. Campos Alonso, J.R. Sarria Lapeyra, J. Merino Pérez y C. Lozano Marín

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una paciente de 62 años, que acude a Consultas Externas por dolor inguinal e incapacidad para la deambulación, con el antecedente de intervención en

dicha cadera 8 meses antes, tras fractura subcapital de cadera, colocándose un vástago cementado y un tribofit.

Material y método: paciente de 62 años con antecedentes de enfermedad neuromuscular que le provoca una movilidad limitada, necesitando muletas para una marcha reducida. Hace 8 meses presenta una fractura subcapital de cadera derecha y por la edad de la paciente y sus antecedentes personales se decide intervención mediante colocación de un vástago cementado, una cabeza grande y la colocación de un tribofit como sistema de interposición acetabular. Al mes de la intervención la paciente presenta una fractura de cóndilo femoral externo en tratamiento mediante osteosíntesis con 2 tornillos percutáneos y posterior descarga durante 2 meses, tras lo cual se inicia la deambulación. La paciente refiere imposibilidad para caminar por dolor con irradiación inguinal, dolor mecánico, no en reposo ni nocturno. Las Rx de control objetivan consolidación de la fractura del cóndilo femoral, y en las Rx de cadera se empieza a objetivar una imagen sugestiva de cotiloiditis. Se pidieron analíticas con reactantes de fase aguda y gammagrafía con leucocitos marcados, para descartar complicación infecciosa, dando todos los parámetros normales, por lo que se decide reintervención para la retirada del trobfit y colocación de un cotilo.

Resultados: En la intervención se objetivo la integridad del tribofit y unas esclerosis del hueso que lo contenía, se realizó un fresado del lecho y colocación de un cotilo con cabeza de 36 mm de cerámica para aumentar estabilidad. Se tomaron muestras para microbiología que dieron negativo para infección. El postoperatorio transcurre sin incidencias, comenzando la deambulación con andador al tercer día. A los 5 meses de la intervención la paciente ha recuperado su autonomía, deambulando con 2 muletas sin dolor.

Comentarios y conclusiones: En nuestro Hospital se han puesto varios dispositivos de interposición acetabular Tribofit, la mayoría en el contexto de pacientes ancianos para conseguir una mayor movilidad y mayor estabilidad con las cabezas grandes que permite utilizar, y en teoría minimizando el riesgo de cotiloiditis por tener este sistema entre el metal de la cabeza y el hueso. En este caso llama la atención que una paciente con movilidad tan limitada por su enfermedad y con la complicación de otra fractura que le ha impedido la carga, haya hecho esta rara complicación.

CC-63. COMPLICACIÓN INFRECIENTE DE LA PRÓTESIS BIPOLAR DE CADERA

O. Faour Martín, M.A. Martín Ferrero, A. Vega Castrillo, M.A. de la Red Gallego y J.A. Valverde García

Hospital de Puertollano. Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La fatiga de los implantes en el postoperatorio de la cirugía protésica de cadera, aunque documentada, es poco frecuente; la mayor parte de las veces acontece en el vástago del componente femoral, siendo más extraño aún, que la rotura ocurra en el cuello del implante; presentamos nuestra experiencia clínica al respecto.

Material y método: paciente de 82 años de edad, que tras sufrir una fractura subcapital desplazada de cadera derecha, fue intervenido para la implantación de una prótesis bipolar de cadera, cementada. La evolución postoperatoria fue favorable, comenzando la carga completa al séptimo día postoperatorio; el paciente caminaba con ayuda de dos bastones durante los primeros seis meses y posteriormente, con un bastón. A los 3 años desde la cirugía, el paciente acude a urgencias, refiriendo caída al suelo tras referir fallo en la cadera derecha, sin antecedente traumático previo; En la exploración física, la extremidad afecta muestra un pequeño acortamiento sin anomalías rotacionales. El estado neurovascular distal era normal, y en la radiografía simple, se evidenció la rotura, a través del cuello, del componente protésico femoral. Se programó la cirugía de recambio protésico. a los nueve meses desde la cirugía la evolución es favorable.

Resultados: A los dos desde la cirugía la evolución continúa siendo favorable. El paciente está libre de dolor y deambula con un bastón.

Comentarios y conclusiones: La fatiga de los implantes femorales depende de la distribución de las cargas, de su cementación o no, y de la sobrecarga ponderal de los pacientes; aunque la rotura del cuello del componente femoral es rara, puede ocurrir, comprometiendo de esta manera la evolución tras el tratamiento quirúrgico de las fracturas subcapitales de cadera, en el que se implanten prótesis parciales.

CC-64. GANGLIÓN INTRAPÉLVICO

P. Mateo Sebastián, J. Mondragón Rubio, M. Menéndez García, I. Sancho González, J. Ruiz Ruiz, M. Ercilla Oyarzábal, T. Martínez Jiménez y J.J. Sánchez-Villares Rubalcaba

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Se denomina ganglión, a las lesiones quísticas de pequeño tamaño que se forman debajo de la piel, normalmente al lado de un tendón. Suelen aparecer más frecuentemente en la mano, en la muñeca y, con menos frecuencia, en el pie. Suelen ser superficiales y fácilmente palpables. En raras ocasiones se encuentran cerca de la articulación de la cadera, y cuando ocurren suelen ser paraarticulares. La aparición de un ganglión puede estar relacionada con un traumatismo o un sobreesfuerzo, aunque en la mayoría de las veces, no se encuentra un factor claro con el que relacionarlo. Se presentan con más frecuencia en adultos jóvenes, con predominio en mujeres. Se presenta un caso de presentación anómala de un ganglión, que no era palpable debido a su localización intrapélvica.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente que acude a la consulta para valorar un dolor inguinal de seis meses de evolución que irradia a rodilla por el muslo izquierdo. Refiere que se encuentra limitado por las molestias y no refiere molestias nocturnas. A la exploración física se aprecia molestias coxofemorales en relación a coxartrosis leve. El estudio neurovascular de la extremidad inferior izquierda es normal. No patología herniaria. No se palpan masas ni visceromegalias. En la radiografía simple se observó lesión en pala ilíaca izquierda. Se realizó una RNM en la que se objetivaba una tumoración de 6cm de diámetro entre el músculo psoas ilíaco y el hueso ilíaco. Presentaba criterios de lesión quística y sugestiva de ganglión. Posteriormente se realizó una punción aspiración bajo control ecográfico, obteniéndose 40 cc de un líquido amarillento, denso y gelatinoso compatible con ganglión. Se realizó vaciado de la lesión y toma de muestras para cultivo microbiológico, las cuales fueron negativas. A los dos meses apareció de nuevo la misma sintomatología por lo que se realizó una nueva resonancia, en la que se observó que la lesión se había reproducido. Se decidió realizar tratamiento quirúrgico mediante exéresis de la lesión.

Resultados: La evolución postoperatoria fue correcta, presentando buena cicatrización y quedando como secuela de la cirugía parestesias y disestesias en el territorio del nervio fémoro cutáneo. El diagnóstico anatomopatológico fue compatible con ganglión. Al año de la intervención, se aprecia cicatriz correcta y musculatura dentro de la normalidad, con fuerza conservada. Persisten alteraciones en la sensibilidad alrededor de la cicatriz. Se solicitó una RMN de control sin encontrar alteraciones.

Comentarios y conclusiones: Como en todo dolor inguinal hay que realizar un diagnóstico diferencial amplio: procesos urológicos, herniarios, intestinales, tumorales, artrósicos. En nuestro caso, el ganglión no reunía las características habituales, era de gran tamaño, no era palpable y no acompañaba a ningún tendón. En nuestro paciente podía confundirse su patología con un proceso intestinal o bien artrósico de la cadera. En la radiografía simple la lesión podría haber pasado inadvertida como gas intestinal o bien sospechar una patología tumoral. Hay que tener en cuenta esta patología en el diagnóstico diferencial pese a

su poca frecuencias. Conviene ser agresivos en cuanto al tratamiento ya que los gangliones recidivan con cierta frecuencia.

CC-65. LUXACIÓN DE COMPONENTES DE CABEZA BIPOLAR DE PRÓTESIS PARCIAL DE CADERA

P. Nicolás Gil, M. Hernández Torralba, F. Cebrián Córdoba, S. Amor Jiménez, P. Sánchez Angulo, J.F. Soler Gutiérrez y M.A. Sánchez Cañizares

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso en el que mostramos la luxación de los componentes en una prótesis parcial bipolar de cadera, que puede haber sido debido a un error de montaje o de fabricación del componente. La prótesis parcial de cadera bipolar, es una alternativa a la artroplastia total de cadera. Reduce el desgaste del acetábulo proporcionando movimiento entre la cabeza protética y la superficie interna de la articulación, y un mayor rango de movimiento. El componente del sistema bipolar es sencillo y de fácil uso. Consta de un componente bipolar que puede montarse con cualquiera de las cabezas femorales modulares. La grapa circular de polietileno está diseñada pensando en la eficacia y en la sencillez de uso para proporcionar un mecanismo seguro frente a la dislocación de la cabeza modular del interior del componente bipolar.

Material y método: Paciente varón de 84 años que sufre fractura transcervical de cadera derecha tras caída casual. Se realiza artroplastia parcial de cadera, de tipo bipolar, con vástago cementado. El postoperatorio normalidad, radiográficos son normales, es dado de alta.

Resultados: Transcurrido 1 mes desde el alta, acude por dolor e impotencia funcional sobre miembro intervenido. No relaciona antecedente traumático. Rx: luxación de componentes de cabeza bipolar. Se procede a extracción de cabeza bipolar, comprobándose los componentes luxados, y a la colocación de una nueva cabeza bipolar de iguales especificaciones.

Comentarios y conclusiones: Debemos ser meticulosos en el montaje de la cabeza bipolar. Antes de poder acoplar la cúpula bipolar al vástago femoral, deberá retirarse en primer lugar la grapa circular de polietileno del componente bipolar. Esto se realiza mediante las pinzas para grapas circulares. A continuación, se coloca la grapa circular de polietileno en torno al cuello del vástago femoral y se introduce la cabeza femoral en la cúpula bipolar. Una vez colocada firmemente la cabeza dentro de la cúpula, puede volverse a insertar la grapa circular en la cúpula y bloquearse en su sitio. Debemos estar atentos a cada uno de los pasos y comprobarlos, ya que en ocasiones, podemos no comprobar alguno de las indicaciones del montaje y traer consecuencias graves para el paciente.

CC-66. POSIBILIDAD DE DESCENDENCIA Y REINTEGRACIÓN TRAS TRATAMIENTO DE DISPLASIA DE CADERA CON TÉCNICA DE PAAVILANIEN

P. Nicolás Gil, P. Sánchez Angulo, M. Hernández Torralba, F. Cebrián Córdoba, S. Amor Jiménez, J.F. Soler Gutiérrez y M.A. Sánchez Cañizares

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: La displasia de cadera en el adulto (DCA) es secundaria a la luxación de cadera congénita. Desemboca en ocasiones, en la deformidad completa de la articulación coxo-femoral, teniendo consecuencias invalidantes, dolor, cojera, imposibilidad para abducción, etc. Pudiendo interferir en la integración social en determinados ámbitos culturales. Existen diferentes opciones terapéuticas. Se debe tener en cuenta las consecuencias de una artroplastia total de cadera en el adulto joven, sus riesgos y vida del implante. Objetivos: mostrar la reintegración social de paciente con displasia severa

de cadera, que no le permitía la abducción de piernas, causándole problemas para ser aceptada en su ámbito cultural, por sus deseos de casarse y tener descendencia.

Material y método: Paciente mujer de 38 años con displasia de cadera grave, debido a luxación congénita. La paciente acude a consultas con dolor, cojera e imposibilidad para la abducción. Su preocupación, para ser aceptada por su pareja para casarse, tener relaciones y poder realizar la abducción en el parto. La Rx muestra cadera displásica con destrucción coxofemoral. Planificación quirúrgica: elegimos como técnica más adecuada, la artroplastia total de cadera y alargamiento, realizando osteotomía femoral con reconstrucción según técnica de Paavilainen y reconstrucción de cotilo mediante tectoplastia.

Resultados: La paciente es intervenida, con postoperatorio normal, enviada a rhh y revisada. Se comprueba integración de la prótesis a los 4 meses, acude caminando con ayuda de bastones y con posibilidad de abducción de cadera de unos 30°. 2 años después está totalmente recuperada, ha contraído matrimonio y con planes de familia. Relata su mejoría psicológica por la desaparición de miedos sociales y la aceptación por parte de su actual marido.

Comentarios y conclusiones: Creemos que la técnica de Paavilainen en la artroplastia total de cadera en cadera displásica es una opción para conseguir la abducción de la cadera, y permitir así un rango de movilidad amplio además de conseguir la desaparición del dolor que se consigue con la artroplastia.

CC-67. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS FRACTURAS DE CADERA EN PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS

P. Carpintero Benítez, J.A. Serrano Trenas, R. Carpintero Lluch, F. León Vaquero y P. López Castro

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Se ha realizado un estudio prospectivo durante cuatro años, para comprobar las características clínicas de los pacientes menores de 65 años, atendidos en un hospital terciario, tratados de fractura de cadera.

Material y método: Se han recogido 93 fracturas de cadera, sobre un total de 2112, intervenidas quirúrgicamente durante cuatro años. Los motivos de exclusión han sido el haber padecido un traumatismo de alta energía, o el haber presentado enfermedad ósea metastásica.

Resultados: La edad media fue 62,2 años, predominando los varones sobre las mujeres (70/23). El 81% fueron fracturas intracapsulares, y los antecedentes clínicos más frecuentes fueron la ingesta excesiva de alcohol, el tabaquismo y la enfermedad mental.

Comentarios y conclusiones: Consideramos que las fracturas de cadera en el paciente "joven" representan un grupo diferenciado. Ya que al contrario de lo que ocurre en la mayoría de estas fracturas, son más frecuentes las intracapsulares, y las que ocurren en el varón. La mayoría de estas fracturas son debidas a osteoporosis secundarias.

CC-68. IMPINGEMENT ENTRE VÁSTAGO Y CÚPULA DE UNA PRÓTESIS BIARTICULAR DE CADERA: UN MECANISMO INUSUAL DE EROSIÓN ACETABULAR

R. Ovidiu Moldovan, M. Valera Pertegas, N. Ibáñez Aparicio, C. Álvarez Gómez, M. Gómez Álvarez y X. Crusí Sererols

Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: El uso de la artroplastia bipolar en el tratamiento de las fracturas intracapsulares del cuello femoral se introdujo para disminuir la excesiva erosión acetabular causada por las hemiarthroplastias monopolares. Hay una larga lista de complicaciones relacionadas con el uso de las hemiarthroplastias (infección, embolia pulmonar, aflojamiento, fractura periprotésica, metalosis, osificación ectópica, etc.), la mayoría de ellas descritas ampliamente en la literatura.

Material y método: Una paciente mujer de 79 años ingresó por fractura subcapital desplazada de fémur izquierdo y se trató mediante colocación de hemiartroplastia de cadera (Surgival) cementada. En los primeros tres años postoperatorios, inició progresivamente clínica de coxalgia presentando una importante limitación de la abducción y de la rotación interna de la misma. En la radiografía se observó falta de movilidad y una cúpula muy verticalizada, junto con una erosión acetabular leve pero progresiva, con áreas hipodensas que sugerían osteolisis. Los parámetros analíticos y la gammagrafía ósea descartaron la infección. Se decidió realizar un recambio protésico y colocar una prótesis total. Intraoperatoriamente encontramos una rotura del polietileno con fragmentos libres y una metalosis severa rodeando la prótesis y extendiéndose a través de la cápsula articular por la superficie acetabular, lo que produjo serios defectos cavitarios óseos. Se encontró también una impronta en el lado medial del cuello del vástago, a causa del choque del cuello contra la cúpula, que creemos ocasionó la metalosis y que también erosionaba la zona periférica del polietileno. El vástago femoral se consideró estable intraoperatoriamente y no fue recambiado.

Resultados: 6 meses después de la cirugía la paciente se encuentra completamente asintomática.

Comentarios y conclusiones: El choque del cuello femoral contra la cúpula en una hemiartroplastia bipolar puede ser una fuente de restos de metal/polietileno y se ha descrito como causa de aflojamiento femoral. El impingement entre la cúpula y el cuello del vástago se debe a varios factores tales como una relación entre la cabeza y el cuello baja, el diseño del implante, el estado del acetábulo o una incorrecta medición de la cúpula. Se ha demostrado previamente que aunque en principio, la movilidad de la cúpula en el acetábulo es correcta, en algunos casos, desaparece después de un tiempo (incluso después de 3 meses según algunos autores). Creemos que esto fue lo que sucedió en nuestra paciente y la causa del choque era una cúpula verticalizada y bloqueada hacia medial en una posición donde tocaba el cuello de la prótesis. Este caso demuestra que el desgaste del metal también puede causar lisis acetabular severa sin afectar la estabilidad del vástago.

CC-69. PSEUDOTUMOR INGUINAL E INTRAPÉLVICO DE APARICIÓN TARDÍA TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Ovidiu Moldovan, R. Sancho Navarro y L. Natera Cisneros

Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: La artroplastia total de cadera (ATC) conlleva una serie larga de complicaciones como la infección, el aflojamiento y la luxación. Una de las más infrecuentes y quizás con una clínica más espectacular es el pseudotumor. Presentamos el caso de una paciente con pseudotumor en cuyo proceso diagnóstico fueron implicados los servicios de medicina interna (MI), ginecología, cirugía vascular y finalmente ortopedia (COT).

Material y método: Paciente de 78 años portadora de ATC izquierda no cementada (Multilock, par metal-polietileno) hace 17 años e histerectomía más anexectomía hace 10 años que consultó por dolor inguinal y edema con fovea de la extremidad de un mes de evolución. Sin compromiso neurovascular, pulsos presentes. Tras valoración por MI se realizó una ecografía donde se descartó la trombosis venosa profunda pero se descubrió una masa anexial de 77 mm y una adenopatía inguinal. Descartándose neoplasia por ginecología se realizó TC que evidenció una masa hipodensa, en relación con la ATC, con extensión intrapélvica y compresión de vasos ilíacos. Sólo tras este largo recorrido la paciente llegó a COT, donde se diagnosticó de desgaste del polietileno, aflojamiento cotilo y pseudotumor. Las pruebas de inflamación y la punción guiada por TC descartaron infección y confirmaron el diagnóstico previo. Se descartó lesión vascular mediante arteriografía. Antes los hallazgos antes descritos se decidió recambio parcial de la

prótesis y exéresis del pseudotumor. Durante la cirugía destacaron un desgaste total del polietileno en el área posterosuperior y una importante erosión de la cúpula acetabular y de la cabeza femoral en el área adyacente. Además del recambio de los componentes afectados se retiró una masa de gran tamaño de material negruzco envuelto en una pseudocápsula amarillenta. Los cultivos intraoperatorios fueron negativos y la anatomía patológica no encontró PMN en el material extraído y confirmo el diagnóstico.

Resultados: Tras el recambio el edema y el dolor desaparecieron y la paciente deambula de manera completamente autónoma.

Comentarios y conclusiones: El pseudotumor es una patología inédita con un difícil diagnóstico diferencial. Aunque es cada vez más frecuente desde la introducción de las prótesis con par metal-metal, aparece también en otros tipos de pares de fricción. Con una etiología incierta (reacción inmune a partículas de metal, cerámica y polietileno o a la combinación de los 3), con una incidencia prácticamente desconocida y con un tiempo de desarrollo descrito entre 2 y 15 años, el pseudotumor es una grave complicación de la ATC.

CC-70. ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA BILATERAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DE CADERA EN UN PACIENTE ACONDROPLÁSICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

R.J. Corrales Merinero, R. Idiart Charrier, C. Muñoz Muñoz y J. Garrido Torrejón

Hospital de Antequera. Málaga.

Introducción y objetivos: La displasia de cadera en pacientes acondroplásicos ocasiona una importante limitación física y funcional con deterioro de la calidad de vida. A pesar de su complejidad, el tratamiento con artroplastia de cadera permite restaurar la función articular y mejora la biomecánica global de la columna lumbar y de la marcha. Se presenta un caso clínico tratado con esta técnica y se revisa la literatura.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de acondroplásico, displasia y luxación compleja bilateral de caderas. El estudio radiológico demuestra la complejidad del caso que se trata mediante la colocación de una artroplastia bilateral en dos tiempos. Se describen los resultados clínicos y radiológicos, así como la mejoría obtenida por el paciente.

Resultados: El resultado obtenido observado durante el seguimiento fue excelente. Además de restaurar la función articular se obtuvo una significativa mejoría de la marcha con corrección de la antepulsión pélvica y la hiperlordosis lumbar. Los resultados publicados en la literatura establecen los beneficios de utilizar esta técnica e este tipo de pacientes.

Comentarios y conclusiones: En el caso de los pacientes acondroplásicos, esta intervención puede mejorar la función de las articulaciones adyacentes y de la columna, disminuyendo el riesgo de nuevas lesiones en ellas y aumentando la calidad de vida de dichos pacientes.

CC-71. COXALGIA CRÓNICA EN PACIENTE CON ARTRODESIS DE RODILLA

R. Luque Pérez, B. Rizo de Álvaro, J. Valle Cruz, C. León Serrano y L. López-Durán Stern

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos: Acude a consulta un varón de 64 años refiriendo dolor en la cadera izquierda de meses de evolución sin traumatismo previo. Como antecedente presenta artrodesis de rodilla izquierda mediante clavo largo de 25 años de evolución. Dicha cirugía tuvo que realizarse tras sufrir un severo accidente de tráfico.

Material y método: Tras realizar estudio radiológico completo, se descartaron la presencia de patología lumbar y la presencia de lesiones

en la extremidad que justificaran el dolor en la cadera. Se decidió extraer el clavo de artrodesis pensando que éste era el origen del dolor. Durante el postoperatorio el paciente presentó un agravamiento del dolor inguinal, observándose en el control radiológico una fractura basicervical. Motivo por el cual se vuelve a intervenir realizándose osteosíntesis con clavo Gamma.

Resultados: Tras esta cirugía el paciente continuaba con dolor inguinal y la fractura presentó una mala evolución radiológica, presentando borramiento de los bordes fracturarios y colapso en varo de la fractura. Sospechando un proceso infeccioso, se realiza una toma de muestras para estudio microbiológico y anatomopatológico. La sorpresa fue que en la AP se diagnosticó un linfoma B difuso de células grandes. Con este diagnóstico el paciente fue remitido al servicio de Hematología donde recibió tratamiento quimioterápico. Tras más de dos años de la extracción del clavo y posterior osteosíntesis el paciente deambula y tiene una vida independiente acorde a su edad.

Comentarios y conclusiones: El diagnóstico de linfoma B difuso de células grandes en el fémur es muy poco frecuente. Podemos incluso señalar que esta asociación de linfoma y artrodesis de rodilla es hasta donde conocemos única.

CC-72. PERFIL DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

R. Serrano Pastor, P. Calafell Mas, N. Mora Navarro, M.M. Femenías Sureda y M.L. Martín Fajardo

Hospital Universitario Son Espases. Baleares.

Introducción y objetivos: La fractura de cadera puede producirse a cualquier edad aunque, la mayoría (90%) ocurre en pacientes de edad avanzada (> 65 años) que además presentan una comorbilidad y un deterioro funcional asociado. El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia y tipo de paciente que ingresa por fractura de cadera en nuestro hospital (HUSE).

Material y método: Se analizaron las fracturas de cadera ingresadas (150) desde el 1 de enero al 31 de julio del 2011. La edad media fue de 78,4 años. Los datos se obtuvieron del Servicio de codificación. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS. Se analizaron las siguientes variables: edad media, sexo, residencia habitual, situación funcional para las actividades de la vida diaria (ABVD) medido por el índice de Barthel (IB), tipo de fractura y destino al alta.

Resultados: 52 fueron varones y 98 mujeres. De todas las caderas, 29 tenían edad igual o mayor de 90 años. En cuanto a la procedencia de las fracturas de cadera previo al ingreso el 13,3% estaban institucionalizados. El IB previo al ingreso fue ≤ 60 en el 46% de las fracturas de cadera. El tipo de fractura más frecuente observada en nuestra muestra es la fractura extracapsular (64%). Al alta un 42% precisó un centro sociosanitario.

Comentarios y conclusiones: El 65% son mujeres. Las fracturas extracapsulares son las más frecuentes (64%). La mayoría (46%) presenta un deterioro funcional moderado-grave, que condiciona la necesidad de traslado a un centro sanitario.

CC-73. RESCATE DE PARED POSTERIOR ACETABULAR OSTEOSINTETIZADA CON LUXACIÓN RECIDIVANTE AGRAVADA CON NECROSIS CEFÁLICA FEMORAL

R.Y. Santana Suárez, M. Almenara Martínez, J. Caballero Martel, J. Nuez García, L. Valencia Sola, D. Barahona Lorenzo, S. Barroso Rosa y L. García Bordes

CHUIMI. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: La luxación recidivante de cadera post-traumática es de 1,5%. Por otro lado, la necrosis cefálica femoral

posttraumática rara vez se manifiesta claramente en la radiografía antes de los 6 meses del traumatismo.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente que presenta una luxación posttraumática tras un accidente de tráfico con fractura de pared posterior junto a otras fracturas dentro del contexto de un politrauma. Se interviene con una reducción más osteosíntesis de pared posterior. A los 6 meses presenta nueva luxación de cadera y fallo de osteosíntesis junto a necrosis femoral. Nos remiten el paciente y decidimos cirugía de rescate. Se logra reducción y osteosíntesis posterior mas artroplastia.

Resultados: El paciente esta den fase de rehabilitación y no presenta dolor y su rango de movimiento va en incremento.

Comentarios y conclusiones: Presentamos este caso por lo excepcional del caso al coincidir trágicamente varios factores en un paciente que son: luxación recidivante de cadera. Fallo de osteosíntesis de pared posterior. Necrosis de cabeza femoral.

CC-74. COMPLICACIONES EN CADENA TRAS ARTROPLASTIA DE CADERA

S. Gros Aspiroz, A. Gómez Ribelles, J. Marín Nasarre, V. Altemir Martínez, M. Ortiz Enciso, A. García Trujillo, J. Mas Atance y G. Molina Olivella

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: Las complicaciones tras artroplastia de cadera son cada vez más frecuentes debido al aumento de su implantación (8.000 PTC al año en Cataluña) y el aumento de la supervivencia de sus portadores. Su tratamiento supone un reto para los ortopedas debido a su complejidad y consumo de recursos.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 82 años intervenida de PTC cementada primaria que a los 15 meses de la intervención presenta coxalgia intensa sin antecedente traumático. Sufrió hasta un total de 6 complicaciones, en primer lugar se observa desanclaje aséptico de cotilo que requiere recambio de cotilo en un tiempo.

Resultados: Se realizó extracción del cotilo y cabeza protésica, limpieza y colocación de anillo de sostén, cotilo cementado con aloinjerto (defecto óseo Paprosky IIB- IIC). Dos cultivos intraoperatorios fueron positivos a *S. epidermidis*. A los 15 días presenta dehiscencia de sutura y cuadro febril. Ante una infección protésica en fase aguda (clasificación de Tsukayanta) se decidió realizar desbridamiento y cambio de la cabeza protésica. Se aíslan 3 muestras positivas para *S. aureus*, se instaura antibioterapia específica, la evolución fue tórpida, por lo que se realizó recambio en dos tiempos, tras el cual se vio luxación del espaciador. Se decidió completar la antibioterapia, periodo ventana y en la punción articular hubo un cultivo positivo para *S. hominis*. Se decidió entonces nuevo desbridamiento y recambio del espaciador (con cultivos intraoperatorios negativos). A la espera del segundo tiempo, en una transferencia sufrió fractura periespaciador. Ante esta nueva complicación se realizó osteosíntesis extraarticular y se pospuso la intervención definitiva. Después de 5 meses y sin clínica infecciosa se realiza el 2º tiempo del recambio: PTC híbrida, vástago cementado tras retirada de 3 tornillos de la osteosíntesis y cotilo de hidroxiapatita con cobertura de más del 70% sin necesidad de suplemento y con una estabilidad primaria excelente, sin signos de infección, cultivos negativos y un resultado funcional final de 13 (Merle D'Aubigne 13), recobrando la de ambulación tras más de 1 año desde el inicio del proceso.

Comentarios y conclusiones: Según series la incidencia de aflojamiento de cotilo es alrededor de un 11% a los 10 años y 40-45% a los 15 años de la intervención primaria. Un desanclaje tan temprano puede ser debido a un error de técnica en la cementación. La resistencia inicial de la fijación dependerá de la calidad del contacto hueso-cemento y de la extensión y disposición de la unión alcanzada. La

perdida de hueso relacionada con la edad, la carga excesiva, los huecos entre implante y hueso, la interrupción de la irrigación sanguínea, una posible infección y los efectos tóxicos locales (fresado y calor del cemento) pueden ocasionar la formación de tejido fibroso en vez de óseo en la interfase hueso cemento, lo que ocasionara una disminución de remodelación del hueso y fallo en el anclaje. La tasa de infección protésica de cadera es de 1,5% en primaria y de hasta 5% en recambios. Tras el fracaso del tratamiento primario de infección aguda se decidió realizar un recambio protésico en dos tiempos (tasa de éxitos desde 87 hasta 100% según series). A pesar de que existen espaciadores preconformados que al parecer dan buenos resultados, en nuestro servicio se realizan moldeando manualmente el cemento sobre un esqueleto de AK o clavija de Rush. Las tasas de luxación del espaciador varían de 0 a 16%. Ante la fractura periespaciador se plantean varias posibilidades terapéuticas; realizar 2º tiempo definitivo con un vástago largo encerrojado y aporte de injerto óseo o realizar una osteosíntesis y posponer la intervención definitiva. A pesar de persistir la luxación del espaciador y de los resultados previos negativos para la infección, se decidió realizar una osteosíntesis extraarticular y retrasar la intervención definitiva.

CC-75. EMPLEO DE INJERTO ÓSEO EN RECAMBIO ARTROPLÁSTICO DE CADERA EN EL ADULTO JOVEN

S. Illán Franco, J.M. Sánchez Archidona, L. Clavel Rojo, M. López Antón, J.J. López Martínez, J. Martínez Ros, J.M. Moreno Fernández y S. Vela Pardo

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La patología de cadera en adulto joven es por norma general, muy invalidante, y en determinados casos, muy destructiva. La articulación coxofemoral está sometida a un desgaste que en ocasiones viene acelerado por traumatismos o por alteraciones sufridas en la infancia. Desde hace años se vienen desarrollando técnicas para el manejo adecuado de la coxartrosis del adulto joven buscando una actitud lo más conservadora posible, de manera que el facultativo pueda realizar una artroplastia resecando el mínimo tejido óseo, siempre dentro de un contexto adecuado. La fractura intraoperatoria supone por tanto una crisis dentro de este cuadro. Este tipo de fracturas durante la artroplastia total de cadera ocurren casi siempre en fémur, y se relacionan con el empleo de técnicas mínimamente invasivas, vástagos no cementados, cirugía de revisión, sexo femenino, enfermedad ósea metabólica o motivada por errores técnicos.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 39 años que presentó en la adolescencia una fractura basicervical de cadera derecha postraumática tratada mediante fijación con agujas. Secundariamente desarrolló una necrosis de cabeza femoral que fue tratada mediante artroplastia. Tras una evolución satisfactoria, es reintervenido años más tarde por aflojamiento, sometiéndose a una cirugía de revisión. Durante el proceso sufre una fractura periprotésica, que se sintetiza. Tres años antes de la consulta actual vuelve a ser intervenido por aflojamiento con insuficiencia de la osteosíntesis, sustituyéndose el vástago y realizándose una nueva síntesis. Consulta porque tras un periodo asintomático vuelve a presentar dolor. Con sospecha clínica de aflojamiento, las pruebas de imagen confirman el diagnóstico con hundimiento del vástago, por lo que tras planificar la cirugía, es intervenido empleando un segmento de aloinjerto de fémur proximal que se fresa y se talla en un banco de trabajo previa síntesis con placa con tornillos y cerclajes al resto de fémur y recambio de vástago femoral.

Resultados: Tras un postoperatorio sin incidencias el paciente es alta a domicilio. Actualmente se encuentra en seguimiento ambulatorio, el paciente deambula sin ayuda y realiza una actividad cotidiana normal.

Comentarios y conclusiones: El recambio artroplástico siempre es un proceso complicado, y en un paciente joven se trata de una situación

dramática pues los requerimientos son muy altos, y la exigencia al cirujano es máxima si el objetivo es la posibilidad de una vida activa. Lamentablemente en ocasiones el facultativo se enfrenta a casos como el que nos ocupa, con un largo historial quirúrgico a pesar de la juventud del paciente. Debemos disponer de alternativas para enfrentarnos al deterioro óseo que habitualmente presentan estos pacientes, y el empleo de aloinjerto de cadáver es una opción muy válida, con resultados generalmente satisfactorios.

CC-76. ALOPRÓTESIS PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO FEMORAL PROXIMAL MASIVO

S. Bartolomé García, J. Campo Loarte, A. Moreno Velasco, B. Merry del Val de la Campa, P. Torrijos Garrido, J. Jiménez Cristóbal, P. de la Cuadra Virgili y C. Zorzo Godes

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: El parámetro más importante de los que determinan la complejidad y el pronóstico de la revisión de una artroplastia de cadera es la reserva ósea. Según la clasificación de Paprosky, los defectos femorales de tipo IV, que presentan una pérdida ósea segmentaria circunferencial completa de más de 5 cm de longitud y con prolongación hasta la diáfisis, pueden tratarse con una prótesis tumoral o con una composición aloinjerto-prótesis.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 78 años que acude a nuestro hospital en febrero de 2011 para valoración quirúrgica. Presenta como antecedentes personales insuficiencia respiratoria por asma crónico, y una coxartrosis izquierda intervenida en otro centro en abril de 2010 mediante artroplastia total de cadera no cementada. Al mes de la intervención, sufre una caída presentando una fractura periprotésica femoral, siendo intervenida en un tercer centro realizándose una extracción de vástago, osteosíntesis con placa DCP y artroplastia de resección tipo Girdlestone. La paciente acude a consultas en silla de ruedas, y destaca en la exploración física una discrepancia de longitud de 6 cm y una parálisis del CPE desde la intervención inicial, de la que no se ha recuperado. Presenta una valoración en la escala de Merle D'Aubigne de 3 puntos. Tras realizar estudio radiológico completo y tras descartar infección del material de osteosíntesis mediante gammagrafía y reactantes de fase aguda, se define el defecto óseo como Paprosky tipo IV y se decide intervención quirúrgica. Empleando un abordaje lateral directo de Hardinge, se realiza extracción de material de osteosíntesis y del cotilo previo mediante sistema Explant (Zimmer). Se objetiva defecto óseo contenido en el trasfondo de cotilo, que se rellena con aloinjerto esponjoso en tacos tras fresado. Se implanta cotilo de metal trabecular multiagujero de 56 con 4 tornillos. En cuanto al tiempo femoral, se realiza fresado desde media diáfisis, donde empezaba el hueso autólogo estable. Se prepara aloinjerto de hueso femoral proximal izquierdo en mesa auxiliar, con raspado progresivo del mismo, y conformando una estructura escalonada distal para facilitar el anclaje con el hueso huésped y aumentar su estabilidad. Posteriormente se cementa vástago largo anatómico de recubrimiento poroso en el aloinjerto, suplementando el anclaje distal del mismo con 2 tablas de hueso autólogo y 3 cerclajes de alambre. Se implanta cabeza metálica de 32 mm.

Resultados: Se administra tratamiento antibiótico oral durante las primeras 12 semanas, tiempo durante el cual se restringe el apoyo. En la actualidad, 15 meses después de la cirugía, la paciente deambula con ortesis antiequino en su pierna izquierda y con un alza de 3 cm para compensar la discrepancia residual, asistida por 2 muletas. La puntuación en la escala de Merle D'Aubigne es de 12 puntos.

Comentarios y conclusiones: La cirugía de revisión femoral con pérdida ósea masiva supone un reto quirúrgico. La composición aloinjerto-prótesis es una solución aceptable frente a la prótesis tumoral, que proporciona alivio del dolor, recuperación funcional y estabilidad, y

que no compromete el canal femoral distal, lo que facilita una posterior cirugía de revisión.

CC-77. CIRUGÍA DE REVISIÓN MEDIANTE RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO ACETABULAR

S. Aldabas Soriano, A. Aguilar Ezquerro, M.E. Monge Vázquez, J.F. Blanco Gómez, S. Ferrer Peirón, A. Aso Vizán, M. Angulo Tabernero y J.J. Panisello Sebastián

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Los defectos acetabulares constituyen un aspecto fundamental en la cirugía de revisión de la prótesis de cadera ya que van a determinar la reconstrucción en función del stock óseo que se conserva. Existen diversas clasificaciones, entre la que se encuentra la de Papronsky.

Material y método: Varón de 40 años con antecedentes de síndrome de Down con 154 centímetros de altura y 95 kilogramos de peso, intervenido de NAV de cadera izquierda en 1996 colocándose PTC no cementada ABG I, en 2003 se realiza recambio de cotilo (Hilock) por aflojamiento aséptico, ese mismo año fue diagnosticado de eritema nodoso por lo que recibe tratamiento con corticoides y en 2009 presenta aflojamiento de cotilo de revisión con dolor severo lo que imposibilita la deambulación precisando silla de ruedas. Tras la realización de pruebas complementarias se observa un defecto acetabular II-B. Por lo que se realiza un abordaje por lumbotomía para controlar la arteria y vena ilíaca externa por el cirujano vascular y un abordaje posterior para reconstrucción de la columna anterior y fondo con aloinjerto estructural estabilizado con placa de ilíaco a pubis más esponjosa impactada, cotilo TM atornillado a pared posterior y techo, y sistema antiprotusión a ilíaco e isquion. Las dificultades encontradas fueron el acceso por la posición, obesidad, fibrosis adherente a arteria y vena, arista metálica incidiendo sobre vena ilíaca externa y cotilo movilizado hacia anterior cerrando la cara posterior de la articulación.

Resultados: Durante cuatro meses se realiza marcha en descarga con dos bastones y a partir del quinto mes apoyo parcial hasta carga total progresiva. Presenta una dismetría de 7 mm. Actualmente mantiene posición, ha recuperado una anatomía compatible con la biomecánica y el aloinjerto se ha integrado.

Comentarios y conclusiones: Ante una cirugía de revisión son fundamentales las pruebas complementarias ya que nos permiten identificar las estructuras afectadas lo que determinará la reconstrucción y evitará posibles complicaciones, como en este caso la afectación vascular.

CC-78. FRACTURA SUBCAPITAL DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

V. Altemir Martínez, S. Gros Aspiroz, A. Gómez Ribelles, J. Marín Nasarre, F. Pérez Villar, G. Molina Olivella y J. Espona Roselló

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: La ruptura del componente femoral de una prótesis total de cadera cementada es una complicación poco frecuente pero documentada, con una incidencia que varía de 0,23% a 10,7%, la fractura del vástago femoral de las prótesis no cementadas es una complicación de reciente aparición con pocos casos descritos en la literatura médica.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 52 años, sin antecedentes de interés salvo un quiste de epidídimo calcificado portador de prótesis bilateral de cadera por necrosis avascular de cabeza de fémur. Acude a urgencias por coxalgia e impotencia funcional a nivel de cadera izquierda sin antecedente traumático. Presenta intenso dolor a la movilización de cadera sin alteraciones a otro nivel. En el estudio radiológico se observa ruptura del componente femoral no

cementado a nivel del cuello de la prótesis. Se realiza intervención quirúrgica para extracción de vástago roto mediante sarcófago y colocación de prótesis total de cadera tipo Furlong® con recubrimiento de hidroxiapatita vástago largo y cabeza cerámica y cierre del sarcófago mediante cerclajes.

Resultados: El resultado postoperatorio fue favorable clínico y radiológico.

Comentarios y conclusiones: Inicialmente, el fallo y rotura de los implantes femorales en las prótesis totales de cadera se relacionaba con el material, el diseño de la prótesis y el tipo de cemento. Con la mejora de los materiales y de las técnicas quirúrgicas disminuyó la tasa de fallos, y con la introducción de los implantes no cementados se eliminó prácticamente la incidencia de roturas. Sin embargo, en los últimos años se han comunicado varios casos de rotura de implantes no cementados recubiertos de hidroxiapatita. Serían necesarios estudios de revisión para averiguar las causas de ruptura de material.

CC-79. INFILTRACIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS DE MÉDULA ÓSEA EN NECROSIS AVASCULAR DE CADERA

A. Mardomingo Alonso y R. Rubio Quevedo

Hospital del Sureste. Madrid.

Introducción y objetivos: Analizar los resultados, efectividad y seguridad de la técnica de descompresión de la cabeza femoral con infiltración de un concentrado de médula ósea rico en células pluripotenciales.

Material y método: A propósito de 2 casos 2 pacientes de 36 y 49 años afectados de necrosis avascular de la cabeza femoral secundaria a tratamiento corticoideo con un tiempo de evolución de 4 y 5 meses de evolución. Se les realiza una descompresión del foco de necrosis con posterior infiltración de un concentrado de médula ósea en la región necrótica. Se analizan ambos casos clínicamente y se realizan radiografías y resonancias postoperatorias.

Resultados: Con una evolución de 6 meses se analizan clínica y radiográficamente ambos casos. Lesiones grado 1 y 2 de Steimberg. En ambos se produce mejora postoperatoria con un inicio de la carga a partir de las 4 semanas. Se realizan RMN y Rx en el postoperatorio 4 meses.

Comentarios y conclusiones: La infiltración de células progenitoras de médula ósea ha demostrado ser una técnica segura y eficaz en los casos de fases iniciales de la enfermedad.

CC-80. QUISTE SINOVIOL PÉLVICO POR MIGRACIÓN DE COTILO EN ARTROPLASTIA DE CADERA

A. Álvarez Castro, A. Ramos del Río, F. Arias Martín, J. Díez Romero, A. Alonso Recio, J.L. Guevara Matamoros, O.A. Guerra Álvarez y J. Betegón Nicolás

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso de quiste sinovial pélvico, secundario a migración del cotilo en artroplastia de cadera. La sintomatología de este tipo de lesiones es variada, siendo en su gran mayoría asintomática, dolor pélvico o limitación de la movilidad de la cadera. También aparecen descritas la compresión de otras estructuras pélvicas como vejiga, uréteres, colon, arteria o vena femoral, produciendo signos clínicos de trombosis venosa profunda, o insuficiencia venosa distal. El diagnóstico diferencial incluye las linfadenopatías (inflamatorias o neoplásicas), lesiones vasculares (aneurisma de la arteria femoral, fístula arterio-venosa, hematomas, varices pelvianas), absceso del músculo psoas, neoplasia ovárica, hernia femoral o inguinal, criptorquidia, o luxación femoral anterior.

Material y método: Mujer de 65 años de edad intervenida de artroplastia de ambas caderas, hace 10 años la cadera derecha y 5 años la

izquierda, fuera de nuestro centro. Acude a consultas de Traumatología por presentar quiste sinovial en región pélvica, junto al fondo acetabular derecho, diagnosticado incidentalmente en TAC abdominal realizado por episodios recurrentes de edema en miembro inferior derecho. A la exploración física, refiere dolor inguinal en cadera derecha, con edema en miembro inferior derecho. Realizadas pruebas radiográficas, TAC, angioTAC, gammagrafía y punción guiada por ECO, se diagnosticó de quiste sinovial de cadera derecha intra y extrapélvico con “profundización” del cotilo, compresión de la vena iliaca externa derecha y trombosis de la venal femoral común derecha.

Resultados: La paciente es intervenida por vía ilio-inguinal (Latournel), junto con el servicio de cirugía vascular de nuestro hospital, consiguiendo liberar el voluminoso quiste que se extendía desde el fondo acetabular hacia el psoas y descomprimir los vasos afectados. Durante la intervención, se visualiza el cotilo migrado, invadiendo la cortical interna pélvica.

Comentarios y conclusiones: El quiste sinovial pélvico es un cuadro infrecuente, sin etiología clara y de difícil diagnóstico sin un alto índice de sospecha. El incremento de la presión intraarticular en la articulación coxofemoral, la perforación acetabular del cotilo en la pared interna pélvica y la posterior comunicación del líquido sinovial con la bursa iliopsoas puede provocar una voluminosa tumoración quística, ocupando territorio extrapélvico, necesitando de pruebas de imagen para el diagnóstico diferencial con otras posibles entidades clínicas.

CC-81. MIGRACIÓN DEL COMPONENTE FEMORAL EN PRÓTESIS DE VÁSTAGO CORTO. A PROPÓSITO DE 1 CASO

A. Larrea Ruiz, I. Bollegui Zuloaga, E. López Vinagre, J.M. Rodríguez Palomo, P.M. Múgica Santibáñez, X. Azores Galeano e I. Ibor Ureña

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Varón 50 años con antecedente fractura subcapital fémur tratada con osteosíntesis con tornillos canulados se le realiza artroplastia total cadera con vástago corto “METHA”. Presenta migración de componente femoral.

Material y método: Se revisa caso clínico con radiografías pre y postoperatorias al día, semana, mes 3 meses y 6 meses de intervención quirúrgica. Se comprueba evolución clínica de paciente según la escala de Harris.

Resultados: Se comprueba migración de vástago femoral de 3 mm respecto a la posición postoperatoria inmediata. Se comprueban resultados clínicos al de 3 meses, 6 meses y 1 año según la escala de Harris.

Comentarios y conclusiones: La artroplastia total de cadera en el adulto joven es un tema de discusión en la actualidad hay distintas técnicas con sus ventajas e inconvenientes. Una son las prótesis de vástago corto y entre sus complicaciones está la migración del vástago femoral. En este caso a pesar de la migración el resultado clínico es satisfactorio.

CC-82. CASO CLÍNICO: COXA PROTRUSA + ATRAPAMIENTO FEMOROACETABULAR EN PACIENTE JOVEN: OSTEOPLASTIA + RECONSTRUCCIÓN DEL LABRUM CON INJERTO AUTÓLOGO DE CINTILLA ILIOTIBIAL

A. Murcia Asensio, F. Ferrero Manzanal, R. Lax Pérez, A. Torres Pérez, J. Martínez Martínez, E. Salmerón Martínez y A. Meroño García

Hospital Universitario Santa Lucía. Murcia.

Introducción y objetivos: El choque femoroacetabular (FAI) es reconocido actualmente como un precursor de la artrosis de cadera. Exis-

te un interés creciente por el papel y función del labrum, existiendo estudios biomecánicos que le confieren una función en la estabilidad de la cadera, mejorando los resultados de la cirugía del FAI si se preserva y reconstruye. Se presenta la potencial indicación y técnica quirúrgica de la reconstrucción del labrum en una paciente de 34 años portadora de coxa protrusa bilateral con ausencia de labrum usando injerto autólogo de cintilla iliotibial, similar a la presentada por otros autores usando ligamento redondo.

Material y método: Paciente de 34 años presentaba test de “impingement” positivo (rotación interna + flexión + aducción y extensión + rotación externa) en la exploración física. La evaluación preoperatoria consistió en Rx pelvis AP + cross-table ambas cadera y ArthroRM que confirmaron el diagnóstico de FAI combinado, predominantemente tipo Pincer por coxa protrusa con ausencia de labrum. Se expone la cirugía única de reconstrucción del labrum con injerto autólogo de cintilla iliotibial, en el tratamiento del FAI de su cadera izquierda mediante cirugía abierta realizada en octubre de 2011 y con 5 meses de seguimiento. Se realizó cirugía abierta mediante la técnica de luxación segura descrita por Ganz et al. Una vez conseguida la exposición circunferencial del acetábulo se labró un lecho donde colocar el injerto labral, con el uso de un motor de altas revoluciones y fresas circulares estándares en este tipo de cirugía de FAI. La obtención del injerto autólogo de cintilla iliotibial fue obtenido de la misma extremidad, reanclándose con 7 arpones de 2,9 mm (S&N) al lecho del reborde acetabular. La flexión de la cadera se limitó a 70°, abducción activa así como las rotaciones durante 6 semanas a fin de proteger la fijación del trocánter. Se permitió carga parcial durante un periodo de 6-8 semanas permitiendo carga completa a partir de las 8 semanas previa confirmación de normalidad en la radiografía de control. Se llevó un seguimiento en consultas externas a las 6, 12 y 20 semanas de la intervención.

Resultados: No se produjeron complicaciones per o postoperatorias. En la escala de Harris Hip Score la paciente pasó de 62 puntos en el preoperatorio a 91 puntos de fecha de la última revisión. No hubo progresión radiográfica artrósica como era de esperar en tan poco tiempo.

Comentarios y conclusiones: Existen evidencias clínicas y biomecánicas que sugieren la importancia del labrum en la mecánica y estabilidad de la cadera. Su resección o falta de reparación puede alterar las presiones intraarticulares y predisponer a la degeneración del cartilago y progresión de la artrosis. Por el contrario su reconstrucción/ reparación puede sellar la articulación y recuperar sus presiones frenando o retrasando su degeneración. Pensamos que la plastia de labrum con cintilla iliotibial es una alternativa a tener en cuenta para conseguir el sellado de la articulación, previniendo la salida de líquido sinovial y mantener unas presiones correctas así como una capa fluida de lubricación que minimice el roce entre las superficies articulares y con ello mejorar su función. Una de sus ventajas reside en la longitud de la plastia, a demanda del caso a tratar, que nos permitirá un sellado circunferencial de la articulación, sin embargo exige una disección amplia de la zona dadora con los problemas de dolor y estéticos que ello conlleva pero no así funcionales. A su vez la luxación segura mediante la técnica de Ganz permite una exposición segura y amplia de la articulación, así como la valoración completa y posibilidad de actuación directa de las lesiones articulares existentes.

CC-83. UN CASO CLÍNICO DE CUT-OUT DE SISTEMA TORNILLO PLACA DESLIZANTE DE CADERA

C.A. Morales Marín, J.L. Hurtarte Solís, A. Larrea Ruiz y N. Martín Larrañaga

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Paciente mujer de 86 años de edad que acude al servicio de urgencias por dolor y limitación de cadera dere-

cha, después de caída casual, ingresa con el diagnóstico de fractura pertrocanterea de cadera derecha. Fue intervenida, realizándose reducción cerrada bajo control escópico y fijación mediante un DHS. La paciente deambulaba previamente y se indico retomar progresivamente su nivel funcional previo a la cirugía. A los 17 días la paciente reingresa aquejando dolor inguinal, diagnosticándose un “Cut out” del tornillo cefálico del sistema DHS. Se realizó una cirugía de revisión, implantándose una prótesis de vástago largo y una placa de sujeción trocantérica.

Material y método: Revisión y seguimiento de caso clínico.

Resultados: La paciente se dejó en descarga del miembro durante unas semanas, se permitió retomar su estado funcional previo a la cirugía.

Comentarios y conclusiones: El “cut-out” es una complicación de las fracturas de cadera en donde la mayoría de la literatura coincide que la mayoría viene relacionada con numerosos factores tales como el tipo de fractura (1, 2, 3, 4), el grado de osteoporosis (3, 4, 5, 6), la reducción (2) y la posición espacial del tornillo cefálico en la cabeza femoral (7, 8, 9). Se encuentra una elevada incidencia de complicaciones como fallos del material, “cut out”, pseudoartrosis, consolidaciones viciosas; predominantemente en las fracturas inestables. Estas complicaciones son más frecuentes con el sistema tornillo-placa deslizante debido a la imputación o colapso muy importante que se produce en este tipos de fracturas trocantéricas (10, 11, 12, 13). El objetivo del tratamiento de estas es conseguir una reducción adecuada (no tanto en términos anatómicos como de estabilidad) y una fijación segura (hasta la consolidación) que permita la movilización, desencamamiento y carga precoces para un restablecimiento funcional rápido con la menor agresión quirúrgica posible en términos de duración y sangrado. El sistema tornillo-placa deslizante de cadera es un tratamiento adecuado de las fracturas trocantéricas estables. El excesivo deslizamiento del tornillo cefálico junto con la mayor incidencia de complicaciones tipo “cut out” y desmontajes en las fracturas inestables hace pensar que debería estar indicado un sistema diferente de fijación en este tipo de fracturas.

CC-84. FRACTURA DE ESTRÉS DE CUELLO FEMORAL EN PACIENTE PORTADORA DE PRÓTESIS DE RODILLA

F.J. Martínez Malo, A. Rodríguez León, F. Rojas Tomba, P. Sesma Solís y F. Villanueva Pareja

Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso de fractura de estrés tras artroplastia total de rodilla en paciente con osteoporosis secundaria a corticoterapia prolongada.

Material y método: Mujer de 69 años que consulta por dolor inguinocrural derecho de tipo mecánico e intensidad creciente de siete semanas de evolución. No refería traumatismo previo ni fiebre. Hace 8 años le fue implantada una prótesis en la rodilla derecha que fue rescatada por aflojamiento aséptico hace ocho semanas. La paciente estaba en tratamiento corticoideo prolongado por artritis reumatoide, además de osteoporosis e hipertensión arterial. La radiografía de rodilla mostraba una imagen lineal radiolúcida con márgenes escleróticos y extensión a ambas corticales del cuello femoral. La tomografía axial computarizada confirmó una fractura, sin desplazamiento significativo, del cuello del fémur. Se diagnosticó de fractura de estrés del cuello del fémur derecho en paciente portadora de prótesis de rodilla ipsilateral. Se realizó osteosíntesis percutánea con tres tornillos canulados.

Resultados: A los seis meses de la osteosíntesis, la fractura se consideró consolidada y la paciente caminaba sin dolor y sin necesidad de bastones.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de estrés del cuello del fémur ipsilaterales en pacientes portadores de prótesis de rodilla son raras, habiéndose publicado sólo casos aislados, y series cortas de tres

y cuatro casos. La osteoporosis, la corticoterapia, la artritis reumatoide, el aumento de actividad física postoperatoria y el cambio de ejes biomecánicos de la cadera tras corrección de grandes deformidades de rodilla, han sido considerados factores de riesgo. Recientemente se ha identificado la asociación significativa entre fractura del cuello femoral ipsilateral y prótesis total de rodilla, edad, sexo femenino y artritis reumatoidea, no encontrándose asociación entre fractura de cuello femoral ipsilateral tras artroplastia de rodilla y grado de deformidad previo a la cirugía. Se ha sugerido que estas fracturas podrían prevenirse, usando prótesis no constreñidas, carga progresiva y ejercicios en el postoperatorio, así como un adecuado tratamiento de la osteoporosis.

CC-85. PRÓTESIS TOTAL DE CADERA EN PACIENTE CON AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA IPSILATERAL

F. Malagelada Romans, M. Coll Rivas, A. Jiménez Obach, E. Pleguezuelos Cobo, L. Guirao Cano y J. Auleda Galbany

Hospital de Mataró. Barcelona.

Introducción y objetivos: La prótesis total de cadera (PTC) es un procedimiento eficaz y muy habitual en la práctica ortopédica diaria. Sin embargo contamos con poca información acerca de las peculiaridades de la implantación de una PTC en un paciente con la extremidad inferior ipsilateral amputada.

Material y método: Presentamos un paciente al que se le realizó una PTC debido a coxartrosis severa en la extremidad ipsilateral amputada. Se describe el caso clínico y la técnica quirúrgica empleada centrándose en los gestos añadidos diferenciales.

Resultados: La evolución a los 5 meses ha sido muy satisfactoria, consiguiendo deambulación sin bastones con colocación por el propio paciente de la exoprótesis sin dolor de cadera o en el muñón. La puntuación del Womac mejoró de 18 a 9 desde el momento previo a la cirugía a las 10 semanas postoperatorias respectivamente. Como complicación postoperatoria cabe destacar la infección aguda por MRSA que se trató y evolucionó favorablemente aunque retrasó la recuperación final de la intervención.

Comentarios y conclusiones: Las características diferenciales de los pacientes amputados supracondíleos comportan unos cambios en la técnica quirúrgica y en la rehabilitación preoperatoria, así como en la toma de decisiones para el tratamiento. Debido a los pocos casos publicados no existen guías clínicas ni estudios a largo plazo para poder obtener resultados concluyentes.

CC-86. PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DISMETRÍA GRAVE SECUNDARIA A NAV DE CADERA

G. Rieiro Mena, E. Guerra Farfán, D.A. Muñeton Herrera, J.A. Porcel Vázquez, M. Aguilar García y M. Agustín Casaccia

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La NAV de cabeza femoral es una patología frecuente en pacientes con artritis reumatoide. Además es causa frecuente de disimetría severa de extremidades inferiores. El dolor es el síntoma más prevalente de la NAV de cabeza femoral, éste produce cojera y posturas antiálgicas que aumentan el grado de disimetría. La planificación preoperatoria es crucial para restituir la simetría, pues hay que discernir entre el déficit óseo real, a causa del hundimiento femoral, que se necesita suplir con la artroplastia y el defecto producido por la báscula pélvica y las posturas forzadas que se recuperará.

Material y método: Mujer de 62 años que acude por a CCEE por coxalgia izquierda de características mecánicas de 6 meses de evolución y cojera con acortamiento progresivo del EII. Radiografías revelan NAV de cabeza femoral, osteolisis de cúpula acetabular, acortamiento de EII de 11 cm más asimetría pélvica. Al examen físico, disimetría real

de 2 cm, disimetría aparente de 11 cm y contractura grave de aductores. Harris Hip Score de 13.40 Se realiza nueva medición intraoperatoria que confirma el grado de disimetría real. IQ el 06/11/2008 de PTC izquierda no cementada con Cotilo Trilogy 50 mm, vástago femoral 12 mm offset estándar y cabeza metálica 28 mm. Se presentó una fractura intraoperatoria de fémur proximal al introducir el componente que se redujo mediante cerclaje.

Resultados: Conseguimos una corrección completa de la disimetría coxofemoral y desaparición de la coxalgia. La paciente presenta una marcha normal y un control radiográfico correcto tras un seguimiento de 3 años y medio. Harris Hip Score de 94,88, AVD normal y elevado grado de satisfacción.

Comentarios y conclusiones: Es importante remarcar la importancia del buen planeamiento preoperatorio para obtener unos resultados satisfactorios. Es crucial el examen físico para valorar contracturas de grupos musculares y diferenciar entre disimetría real y aparente. Una disimetría aparente tratada como una disimetría real, dará como resultado un marcado alargamiento de la extremidad afecta.

CC-87. CIRUGÍA DE REVISIÓN ACETABULAR MEDIANTE IMPLANTES DE TANTALIO

J. González Otero, A. Simón de Barros Gomes, S.A. Canepari Reyes, M. Hernández Blanco y A. Herrero Castilla

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción y objetivos: Introducción: La cirugía de revisión acetabular representa un reto para el cirujano ortopédico, especialmente en casos de importante pérdida ósea. A mediados de los '90 aparece el tantalio como herramienta para intentar conseguir una fijación biológica a largo plazo por sus características mecánicas y de osteointegración. Objetivos: evaluar los resultados de implantes de Tantalio en tres casos de aflojamiento acetabular tipo IIIB, según la clasificación de Paprosky.

Material y método: En todos los casos se empleó la vía de abordaje posterolateral. No se usó ningún tipo de injerto y no hubo complicaciones en el postoperatorio inmediato. En 2 casos se utilizó el sistema "Cage" y en el otro el "column buttress". El diámetro de la cabeza femoral fue de 28 mm en los 3 casos.

Resultados: Tras un seguimiento medio de 18 meses, se obtuvieron los siguientes resultados: Clínicamente se obtuvo una media de 68 puntos en el HHS postoperatorio en relación a una media preoperatoria de 18. Radiológicamente se obtuvo una media de ángulo de abducción de 48° y la media de posición del centro de rotación, en relación a la línea de Köhler, fue de 34 vertical y de 40 horizontal, no observándose signos de aflojamiento radiográfico. No hubo ninguna complicación en los 3 casos.

Comentarios y conclusiones: Las revisiones acetabulares en aflojamientos de PTC tipo IIIB de Paprosky representan una cirugía de alta demanda técnica. En nuestra experiencia hemos encontrado un buen resultado a corto plazo en cuanto a la evolución clínico-radiológica; sería necesario un seguimiento a largo plazo para confirmar estos esperanzadores resultados. En el seguimiento de los casos revisados hemos encontrado que los implantes de tantalio proveen una fijación primaria estable sin necesidad de cemento ni injerto óseo, respetando el centro de rotación de la cadera.

CC-88. LUXACIÓN ANTERIOR ERECTA DE CADERA POSTRAUMÁTICA

J.M. Morales Valencia, E. Gallego Márquez, M. Barres Carsi y C. de la Calva Ceinos

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: Dentro de la luxación anterior de cadera la luxación obturatriz y la isquiática son muy raras. La luxación obtura-

triz en ocasiones está a caballo entre una luxación anterior y una luxación erecta.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 27 años que tras accidente de tráfico (motocicleta) presenta clínica llamativa con miembro inferior derecho con flexión de cadera, abducción y rotación externa, con posición erecta del mismo y semibloqueo en cadera. Además presenta importante tumefacción en dorso de pie derecho. La exploración neurovascular distal estaba conservada, con saturación de O₂ de 100% a nivel distal. Tras realizar las pruebas complementarias pertinentes se observa luxación anterior de cadera derecha, "luxación erecta", sin observar trazos de fractura en acetábulo ni fémur proximal. En pie derecho presenta fractura conminuta de 2ª cuña, fractura del proceso anterior del calcáneo en su parte superior y medial y subluxación de la articulación astrágalo-escafoidea.

Resultados: Se realiza reducción cerrada de cadera derecha bajo sedación. Se consigue reducción satisfactoria gracias a una buena relajación muscular y con maniobras suaves de la articulación. Se realiza tracción de miembro inferior derecho, al mismo tiempo que compresión anterior e inferior sobre la cabeza femoral. Se consigue reducción satisfactoria que se comprueba con radioscopia. Se inmoviliza el miembro inferior derecho con un botín antirrotatorio en posición de rotación interna de cadera. La TC posreducción muestra buena congruencia articular, sin trazos de fractura asociados.

Comentarios y conclusiones: El paciente presenta buena evolución, con controles radiográficos satisfactorios y sin clínica asociada.

CC-89. OSTEOPOROSIS TRANSITORIA MIGRATORIA DE CADERA. ¿OPERAR O NO OPERAR?

J. Rodríguez Martínez, M. Barrés Carsi y N. Jover Jorge

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: La osteoporosis transitoria migratoria asociada a la gestación es una condición poco usual, idiopática y autolimitada. Comúnmente asociada al tercer trimestre del embarazo y al periodo posparto, cursa con dolor migratorio en las articulaciones de carga, osteopenia radiográfica difusa periarticular y patrón de edema medular óseo en la RMN.

Material y método: Presentamos el caso clínico de una mujer de 28 años, en la 34 semana de gestación, que tras caída presenta dolor y limitación funcional en MID. En RMN se evidencia edema óseo a nivel del extremo proximal de fémur derecho. Se trató de forma conservadora, mediante reposo y marcha con andador en descarga, programándose fijación profiláctica en quirófano para unas semanas después. Al cabo de dos semanas de su ingreso, sin haberse intervenido todavía, inicia dolor en cadera contralateral. Se realiza nueva RMN donde se observa edema en cabeza y región intertrocanterica izquierda, con mejoría de los hallazgos previos en la cadera derecha. Se suspende tratamiento quirúrgico y se indica reposo absoluto y manejo expectante. A las 9 semanas de inicio del cuadro y 8 semanas posparto la paciente se encuentra asintomática y realiza su actividad diaria sin limitaciones.

Resultados: A las 9 semanas de inicio del cuadro y 8 semanas posparto la paciente se encuentra asintomática y realiza su actividad diaria sin limitaciones.

Comentarios y conclusiones: Un alto índice de sospecha y un diagnóstico precoz son la clave para evitar una fractura como resultado de la osteoporosis transitoria, siendo una grave complicación a evitar. A pesar de contar con un curso benigno y recuperación completa en 12-24 meses hay que tener en cuenta que ante el planteamiento quirúrgico como tratamiento, cuanto más precozmente se realice será esperable un mejor resultado de la síntesis. El estado gestacional de la paciente no debe ser un obstáculo, pudiendo ser la fijación tanto pre como posparto, incluso en el mismo acto quirúrgico de una cesárea electiva.

CC-90. TUMORACIÓN QUÍSTICA EN ATC CERÁMICA-CERÁMICA

J.A. López López, B. Díaz Ben, J.M. Galdo Pérez, J. Otero Vilar y P.M. Balvis Balvis

Hospital do Meixoeiro. Pontevedra.

Introducción y objetivos: El par de fricción cerámica-cerámica se ha convertido en uno de los más utilizados en pacientes jóvenes con gran demanda funcional en la ATC. Entre las propiedades de las cerámicas actuales destaca su escasa deformidad plástica, su dureza, su bajo coeficiente de fricción y por tanto menor producción de partículas de desgaste. Presentamos un caso clínico de tumoración periarticular en paciente portador de ATC con par cerámica-cerámica.

Material y método: Varón de 70 años que desarrolla tumoración quística en raíz de muslo a los 6 años de implantación de ATC con par cerámica-cerámica. Pruebas complementarias sin alteraciones. Punción percutánea: líquido sinovial. Cultivos negativos. Con diagnóstico de tumoración periprotésica se procede a artrotomía, resección de tumoración y recambio del par de fricción.

Resultados: Sin complicaciones postoperatorias. No recidiva de la tumoración a pesar del alto índice de actividad funcional del paciente.

Comentarios y conclusiones: Pseudotumores y tumores han sido comunicados sobre todo en pacientes con ATC y pares de fricción metal-metal y metal-PE. No se han descrito tumoraciones quísticas relacionadas con par cerámica-cerámica. El carácter aséptico de la colección, la observación intraoperatoria de cambios en la superficie de la cerámica, los hallazgos anatómo-patológicos y la ausencia de recidiva tras el cambio de las superficies móviles a otro par de fricción nos ha llevado a establecer la hipótesis no confirmada de posible sinovitis reactiva a partículas de desgaste de la cerámica.

CC-91. COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DE LA PRÓTESIS TOTAL DE CADERA EN EL CHUA

J.M. Barceló Bañuls, D. Ruiz Picazo, D. González Pérez, M. Pardo Coello, A. Blanco Parreño, L.E. Hernández Castillejo, J. Pérez Martínez y T. Ros Ample

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: La artroplastía total de cadera es el procedimiento de reconstrucción articular más empleado actualmente. El número de estas intervenciones continúa incrementándose en progresión geométrica por el envejecimiento poblacional, las complicaciones postquirúrgicas no son infrecuentes ya que esta intervención se suele realizar sobre una población de riesgo, debido a la edad y presencia de comorbilidades. El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación de cuáles son las principales complicaciones tras la artroplastía total primaria de cadera en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, comparando nuestros resultados con la literatura actual.

Material y método: Estudio retrospectivo descriptivo mediante la revisión de las historias clínicas de 169 pacientes intervenidos de PTC en el servicio COT del Hospital General Universitario de Albacete (CHUA) recogiendo todas las complicaciones postquirúrgicas sufridas así como otros datos epidemiológicos y del ingreso de interés.

Resultados: La indicación más frecuente de PTC fue por coxartrosis. La complicación postquirúrgica más frecuente que requirió nuevo ingreso fue la luxación (5,97%) que en un 25% de los casos fue recidivante, seguida de fractura periprotésica (2,5%), infección profunda (1,49%) y aflojamiento aséptico (0,21%). La complicación más frecuente que no requirió ingreso fue el sangrado postquirúrgico. En nuestra revisión 4 de los 7 pacientes que ingresaron para limpieza quirúrgica por infección de PTC tenían antecedentes previos de luxación.

Comentarios y conclusiones: Aunque la incidencia de complicaciones postquirúrgicas según las series es muy heterogénea, nuestros resultados son comparables a los encontrados en la literatura científica. La

media de estancia hospitalaria de nuestros pacientes es claramente inferior a las publicadas para nuestro medio.

CC-92. CIRUGÍA DE SALVAMENTO CON COTILO CONSTREÑIDO: RESULTADOS

L. Ezquerria Herrando, E. Corella Abenia, A. Castillo Palacios, N. Blanco Rubio, A. Torres Campos, R. Estella Nonay, B. Seral García y J. Albareda Albareda

HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Los cotilos constreñidos se han usado con éxito en el tratamiento de la inestabilidad de la artroplastía de cadera, sin embargo no están exentos de complicaciones. En este trabajo se han recogido los datos demográficos y las mediciones radiológicas de los 16 pacientes a los que se les implantó un ctilo constreñido, con el fin valorar la asociación entre el fallo del implante y estos factores.

Material y método: En nuestro servicio, durante un periodo de 5 años se han implantado 16 cotilos Trident para el tratamiento de dos movilizaciones sépticas, cuatro movilizaciones asépticas, una cirugía tumoral y nueve casos de luxaciones recidivantes. Se han recogido los datos demográficos de edad, sexo, antecedentes médico-quirúrgico y las mediciones radiológicas de anteversión, abducción, offset de los 16 pacientes con el fin analizar los datos y determinar si existe relación entre el fallo del implante y los factores antes descritos.

Resultados: A pesar de las publicaciones que sitúan la tasa de fallo de los cotilos constreñidos en más del 42%, en nuestro estudio no hemos podido confirmar estos resultados. Se produjo un episodio de luxación y tres complicaciones sépticas, pero sólo la luxación requirió cirugía.

Comentarios y conclusiones: Es por ello que podemos concluir que los cotilos constreñidos son una opción muy efectiva para el tratamiento de los pacientes con inestabilidad de la artroplastía de cadera.

CC-93. INCIDENCIA DE LA SEGUNDA FRACTURA DE CADERA

M. Valls Mellado, M. Larrosa Padró, M. Balaguer Castro y P. Torner Pifarré

Hospital Universitari Parc Taulí. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los pacientes con fractura de cadera representan un grupo frágil con una morbi-mortalidad elevada y riesgo aumentado de sufrir nuevas fracturas. El propósito de este estudio fue evaluar la incidencia de la segunda fractura de cadera en una cohorte de pacientes con fractura de cadera.

Material y método: Estudio retrospectivo que incluye todos los pacientes = 50 años con fractura de cadera por traumatismo de baja energía, atendidos en el Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell entre los años 2000 y 2010. Los datos se obtuvieron de la base de datos de altas del hospital. Se analizaron los casos identificados con los códigos ICD9 820.02, 820.03, 820.09 (fracturas intracapsulares), 820.2 y 820.22 (fracturas extracapsulares) y que presentaron dos ingresos en el período estudiado. Se recoge edad, sexo, fecha de ingreso de la primera fractura, fecha de ingreso de la segunda fractura y el tipo de las mismas (intracapsular o extracapsular).

Resultados: En el periodo estudiado se presentaron un total de 3.886 fracturas, siendo 2.869 (79%) mujeres y la edad media de los pacientes 80 años (DE 7,3). 1.555 fracturas eran intracapsulares (43%) y 2.098 (57%) extracapsulares. 233 casos fueron segundas fracturas, lo que representa una incidencia de segunda fractura de cadera del 5,9%. 201 casos (86%) eran mujeres, con una edad media de 83 años (DE 8,07). Entre las segundas fracturas, 104 fueron intracapsulares (45%) y 123 (55%) fueron extracapsulares. En el 66% de pacientes las dos fracturas fueron del mismo tipo que la primera fractura. El intervalo medio entre ambas fracturas fue de 31 meses. Durante los prime-

ros 12 meses, 42 pacientes (18%) sufrieron la segunda fractura de cadera; 59 pacientes (25%) Entre el primer y segundo años, y 44 (19%) entre el segundo y tercer años. El 62% de pacientes presentaron la segunda fractura de cadera dentro de los primeros 3 años, y el 80% dentro de los 4 primeros años.

Comentarios y conclusiones: La incidencia de la segunda fractura de cadera en el anciano es de casi el 6%, siendo habitualmente del mismo tipo y ocurriendo en la mayor parte de los casos dentro de los 3 primeros años.

CC-94. FRACTURA DE EXTREMO PROXIMAL DEL FÉMUR TIPO AO 31.A2 EN PACIENTES MAYORES DE 95 AÑOS

M.V. Rodríguez Goñi, I. Crespo Cullel, J. Duart Clemente, A. Tejero Ibáñez, A. Arenas Planelles, O. Jiménez Sarmiento y B. González Glaria

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Valorar la evolución de los pacientes mayores de 95 años diagnosticado de fractura de extremidad proximal del fémur tipo 31.A2, tratados mediante reducción cerrada y osteosíntesis con clavo Gamma.

Material y método: Estudio descriptivo, mediante revisión retrospectiva. Criterios de inclusión; pacientes mayores de 95 años diagnosticados fractura de extremidad proximal del fémur tipo 31.A2 que hayan sido tratados mediante reducción cerrada y osteosíntesis con clavo Gamma. Se han recogido los datos referentes a la edad, género, tipo de fractura según la clasificación AO, la funcionalidad previa a la fractura mediante la escala de actividades instrumentales de Lawton y de actividades básicas de Barthel, capacidad de marcha según la escala Holden, días de ingreso hasta la intervención, el estado general preoperatorio siguiendo los criterios ASA, tipo de anestesia, intervención. Días de ingreso totales, destino al alta y su evolución. Se ha recogido la presencia del fenómeno "cutt out".

Resultados: Entre marzo de 2008 y noviembre de 2011, 21 pacientes cumplían los criterios de inclusión. Edad media de 96 (95-101), tipo de fractura según la clasificación AO 31.A2.1 en 4, 31.A2.2 en 13, 31.A2.3 en 4, La media en la escala de actividades instrumentales de Lawton fue de 1 (0-8) y de actividades básicas de Barthel fue 60 (0-100), la capacidad de marcha según la escala Holden más frecuente al ingreso era 5 (autónomos) en 30%. 35 pacientes fueron intervenidos. El estado general que con más frecuencia se ha observado ha sido ASA III en el 58% de los pacientes. En todos los pacientes intervenidos se realizó una anestesia raquídea. Se realizó reducción cerrada y osteosíntesis con clavo Gamma en 19 pacientes. La media de días de ingreso fue de 10 días (5-18). Al alta 8 pacientes volvieron a su residencia habitual el 60% de los pacientes con la indicación de descargas (régimen de vida cama sillón). 4 pacientes presentaron exitus durante el ingreso y 6 durante el seguimiento. La tasa de supervivencia acumulada ha sido del 52%. La media de seguimiento ha sido de 16 meses (0-48). No se ha observado fenómeno de "cut-out".

Comentarios y conclusiones: La estabilización mediante clavo Gamma de las fracturas AO 31.A2 en pacientes mayores de 95 años parece ser un tratamiento suficiente para el requerimiento funcional de estos pacientes.

CC-95. COMPLICACIONES EN ARTROPLASTIA DE CADERA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Angulo Tabernero, M. Lillo Adán, A. Aso Vizán, J. Camacho Chacón, S. Aldabas Soriano, A. Peguero Bona y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: En 1975 Scott consideraba las fracturas periprotésicas demasiado infrecuentes como para extraer conclusio-

nes sobre su tratamiento, pero en los últimos años han adquirido gran relevancia para el traumatólogo por su complejidad y el aumento de la incidencia debido al envejecimiento de la población, la osteolisis y el aflojamiento aséptico.

Material y método: Mujer, 91 años alérgica a la penicilina con antecedentes de Parkinson y AcxFA en tratamiento con dicumarínico, portadora de PTC ABG1 que acude a urgencias por fractura periprotésica tipo B2 Vancouver tras caída accidental. Se interviene a los 10 días realizándose recambio del vástago femoral cementado Exeter de 220 mm del N° 3 offset 44 y osteosíntesis con 6 cerclajes Dall-Miles (uno distal de protección y 2 cerclajes para síntesis de calcar y trocánter menor), sin recambio del componente acetabular. Alta a los 15 días del ingreso con régimen de vida cama-sillón sin apoyo de la extremidad y con control en consulta al mes. A las 5 semanas tras caída episodio de luxación que se reduce y se aplica tracción blanda 16 días tras la que se da de alta hospitalaria permitiendo deambulación asistida y control en consulta al mes.

Resultados: La evolución fue favorable sin nuevos episodios de luxación, deambulando de manera asistida con andador.

Comentarios y conclusiones: Entre las principales complicaciones de la artroplastia de cadera se encuentran la luxación y las fracturas periprotésicas. La luxación precoz afecta al 2-5% de las artroplastias primarias y hasta el 5-25% de las cirugías de revisión. En nuestro caso, la exposición necesaria para la osteosíntesis femoral requirió una amplia liberación de partes blandas, lo que explicaría la inestabilidad que causó la luxación posterior. En estos casos, es recomendable retrasar la carga y usar medidas de protección de la luxación en pacientes ancianos o poco colaboradores.

CC-96. TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS PERIPROTÉSICAS MEDIANTE EL SISTEMA DE PLACA CABLE DE DALL MILES

M. Lillo Adán, M. Angulo Tabernero y A. Aso Vizán

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: A pesar del éxito de las prótesis totales de cadera, es inevitable en muchas ocasiones la aparición de complicaciones tanto intra como postoperatorias. Entre estas complicaciones cabe destacar las más importantes por su frecuencia, las lesiones vasculares, lesiones nerviosas periféricas, fracturas periprotésicas y las dismetrias en la longitud de los miembros. La fractura periprotésica tras una ATC es una complicación cada vez más frecuente debido al aumento de los replazos de cadera, tanto primarios como de revisión y el envejecimiento de la población, siendo más frecuentes en mujeres, con comorbilidades asociadas óseas (osteolisis, osteoporosis) y metabólicas (artritis reumatoide, corticoides, Paget...), tras un traumatismo de baja energía o incluso sin él. Para la clasificación de éstas fracturas se utiliza la clasificación de Vancouver, que las divide en fracturas tipo A, B y C, que es junto al desplazamiento, la estabilidad de la reducción, la calidad ósea, el estado y el tipo de la prótesis, lo que determina el tratamiento.

Material y método: Se estudia mediante un análisis retrospectivo el tratamiento de 10 casos de fracturas periprotésicas mediante el sistema cable placa de Dall Miles durante los años 2006 y 2007 en el Hospital Universitario Miguel Servet, analizándose las complicaciones derivadas del uso de este sistema de osteosíntesis, extramedular, y las indicaciones más idóneas de este tipo de sistema de placa con cerclajes.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas periprotésicas son casos cada vez más difíciles y cada vez más prevalentes por las intervenciones quirúrgicas previas que comprometen a menudo la calidad ósea y la capacidad de consolidación. Para la prevención de éstas es importante la educación de médicos y pacientes, vigilando la osteoporosis y tratándola, asesorando al paciente en cuanto a las actividades de riesgo y cuidando la técnica quirúrgica intraoperatoria. En las fractu-

ras periprotésicas es muy importante el seguimiento periódico del paciente en consultas por su cirujano ya que éste es el más cualificado para detectar alteraciones radiológicas (osteólisis silente, aflojamiento del implante, usuras, rotura del cemento, osteoporosis...).

CC-97. DATOS A LOS 3 MESES DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

M.J. Molina Hernández, H. Mínguez Pérez, R. de los Santos de la Cruz, A. Gil García, A. Martínez Flórez y L. Sevillano González

Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: La fractura de cadera es una patología muy prevalente y supone un elevado porcentaje de ocupación de camas de traumatología. Es una patología en la que se van a ver implicados numerosos profesionales: médicos de diferentes especialidades, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales. Con frecuencia precisa de coordinación con otros recursos extrahospitalarios. Existen numerosos documentos que avalan la eficacia demostrada de las unidades de ortogeriatría para reducir complicaciones médicas posoperatorias, reducir estancia hospitalaria y aumentar proporción de pacientes que caminan a los 3 meses. Presentamos datos del seguimiento a 3 meses de pacientes dados de alta de una unidad de ortogeriatría.

Material y método: En el Hospital Severo Ochoa se crea la unidad de ortogeriatría en enero 2011. Integrada por un traumatólogo, geriatra y rehabilitador a tiempo parcial. Se han recogido de modo prospectivo datos demográficos, antecedentes patológicos, número de fármacos, toma de psicotrópicos, tipo de fractura, estancia media, estancia preoperatoria, motivo de retraso de la cirugía, tipo de fractura, tipo de cirugía, situación funcional basal y al alta, complicaciones médicas, quirúrgicas en el ingreso datos sociales al ingreso y al alta. Se ha realizado revisión de historias clínica a los 3 meses para conocer si se habían producido ingresos por causa médica, complicaciones quirúrgicas y se ha contactado telefónicamente para conocer situación funcional y social a los 3 meses.

Resultados: Se atendieron 112 fracturas de cadera en mayores de 65 años. Tenían una edad media de $83,16 \pm 7,93$, 16 (14%) eran mayores de 90 años, 92 (82% eran mujeres). Vivían solos 18 (16%), con su pareja 26 (23%), con hijos 35 (31%) y estaban institucionalizados 33 (30%). Respecto a la situación funcional basal tenían un índice de Barthel > 60 (independientes o dependientes leves para ABVD) 82 (73,21%), entre 40-60 (dependencia moderada) 11 (9,82%) y < 40 (dependencia grave) 23 (20,53%). Respecto a la marcha medida por la escala FAC, eran independientes (FAC = 3) 95 (84,82%); dependientes (FAC 1 o 2) 15 (13,45%); no deambulaban (FAC = 0) 2 (1,72%). No empleaban ayuda para deambular 52 (46,42%), un bastón 26 (23,21%), dos bastones 5 (4,47%) y andador 24 (21,42%). La media de enfermedades era $2,78 \pm 1,65$. Tomaban una media de $5,55 \pm 3,81$ fármacos. Un índice de comorbilidad de Charlson ajustado de $5 \pm 1,7$. Tenían demencia 33 (29,46%) y recibían calcio y vitamina D 22 (19,64%) y bifosfonatos 5 (4,47%). Tomaban psicofármacos 69 pacientes (61,61%) y de ellos 27 tomaban varios. El psicotrópico más empleado eran las benzodiazepinas un 30,35% de pacientes las tomaban. La estancia hospitalaria fue de $17,35 \pm 11,55$ días, con una estancia preoperatorio en días de $4,23 \pm 3,28$. 7 pacientes se operaron de inmediato, 4 no se operaron y 101 se demoraron 24 horas o más. De estos la demora se debió a la programación en 86 (85,14%) y el retraso medio fue de 3,73 días. En 7 (6,93%) se debió a inestabilidad médica y la demora media fue de 12,33 días y en 8 se debió a empleo clopidogrel o acenocumarol y la demora media fue 6,5 días. La fractura fue subcapital en 49 pacientes (43,75%), pertrocantérea en 63 (53,25%). Se operaron 108 pacientes el 96,42%. Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron en intracapsulares PPC en 43 (39,81%), 3 (2,77%) tornillos canulados y 3 (2,77%) no se operaron. En fracturas extracapsulares la técnica fue enclavado Ender 31 (28,70%), clavo intertrocantereo 3 (2,77%), clavo-placa 28

(25,92%). No se intervino 1. Presentaron complicaciones médicas durante el ingreso 88 pacientes (78,57%). Entre ellas destaca cuadro confusional en 42 pacientes (37,5%), no hubo ningún episodio de TVP-TEP. Precizaron transfusión de sangre 39 (34,82%) pacientes; el promedio de concentrados fue $3,28 \pm 1,69$.

CC-98. RESULTADOS AL ALTA DEL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA EN EL HOSPITAL SEVERO OCHOA (LEGANÉS)

M.J. Molina Hernández, R. de los Santos de la Cruz, H. Mínguez Pérez, A. Gil García, L. Sevillano González y A.I. Martínez Flórez

Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: La fractura de cadera es una patología muy prevalente y supone un elevado porcentaje de ocupación de camas de traumatología. Es una patología en la que se van a ver implicados numerosos profesionales: médicos de diferentes especialidades, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales. Con frecuencia precisa de coordinación con otros recursos extrahospitalarios. Existen numerosos documentos que avalan la eficacia demostrada de las unidades de ortogeriatría para reducir complicaciones médicas posoperatorias, reducir estancia hospitalaria y aumentar proporción de pacientes que caminan a los 3 meses. Presentamos características de pacientes atendidos en una unidad de ortogeriatría así como datos del curso hospitalario y situación funcional y social al alta.

Material y método: En el Hospital Severo Ochoa se crea la unidad de ortogeriatría en enero 2011. Integrada por un traumatólogo, geriatra y rehabilitador a tiempo parcial. Se han registrado datos demográficos, antecedentes patológicos, número de fármacos, toma de psicotrópicos, tipo de fractura, estancia media, estancia preoperatoria, motivo de retraso de la cirugía, tipo de fractura, tipo de cirugía, situación funcional basal y al alta, datos sociales al ingreso y al alta, complicaciones médicas y quirúrgicas en el ingreso.

Resultados: Se atendieron 112 fracturas de cadera en mayores de 65 años. Tenían una edad media de $83,16 \pm 7,93$, 16 (14%) eran mayores de 90 años, 92 (82% eran mujeres). Vivían solos 18 (16%), con su pareja 26 (23%), con hijos 35 (31%) y estaban institucionalizados 33 (30%). Respecto a la situación funcional basal tenían un índice de Barthel > 60 (independientes o dependientes leves para ABVD) 82 (73,21%), entre 40-60 (dependencia moderada) 11 (9,82%) y < 40 (dependencia grave) 23 (20,53%). Respecto a la marcha medida por la escala FAC, eran independientes (FAC = 3) 95 (84,82%); dependientes (FAC 1 o 2) 15 (13,45%); no deambulaban (FAC = 0) 2 (1,72%). No empleaban ayuda para deambular 52 (46,42%), un bastón 26 (23,21%), dos bastones 5 (4,47%) y andador 24 (21,42%). La media de enfermedades era $2,78 \pm 1,65$. Tomaban una media de $5,55 \pm 3,81$ fármacos. Un índice de comorbilidad de Charlson ajustado de $5 \pm 1,7$. Tenían demencia 33 (29,46%) y se habían fracturado la otra cadera 7 (6,25%). No recibían tratamiento para la osteoporosis 85 (75,89%), recibían calcio y vitamina D 22 (19,64%) y bifosfonatos 5 (4,47%). Tomaban psicofármacos 69 pacientes (61,61%) y de ellos 27 tomaban varios. El psicotrópico más empleado eran las benzodiazepinas un 30,35% de pacientes las tomaban. La estancia hospitalaria fue de $17,35 \pm 11,55$, con una estancia preoperatoria de $4,23 \pm 3,28$. 7 pacientes se operaron de inmediato, 4 no se operaron y 101 se demoraron 24 horas o más. De estos la demora se debió a la programación en 86 (85,14%) y el retraso medio fue de 3,73 días. En 7 (6,93%) se debió a inestabilidad médica y la demora media fue de 12,33 días y en 8 se debió a empleo clopidogrel o acenocumarol y la demora media fue 6,5 días. La fractura fue subcapital en 49 pacientes (43,75%), pertrocantérea en 63 (53,25%). Se operaron 108 pacientes el 96,42%. Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron en intracapsulares PPC en 43 (39,81%), 3 (2,77%) tornillos canulados y 3 (2,77%) no se operaron. En fracturas

extracapsulares la técnica fue enclavado Ender 31(28,70%), clavo intertrocantereo 3 (2,77%), clavo-placa 28 (25,92%). No se intervino 1. Presentaron complicaciones médicas durante el ingreso 88 pacientes (78,57%). Entre ellas destaca cuadro confusional en 42 pacientes (37,5%), no hubo ningún episodio de TVP_TEP. Precizaron transfusión de sangre 42 (37,50%) pacientes, el promedio de concentrados fue $3,28 \pm 1,69$. Respecto a las complicaciones quirúrgicas aparecieron en 20 pacientes (17,85%). Fueron infecciones con drenaje por herida quirúrgica en 7 pacientes (6,4%) en 3 se aisló *P. aeruginosa* y en uno SAMR en los restantes no se aisló germen. Sólo un paciente ha presentado reaparición de drenaje en seguimiento. Once (10,18%) debieron permanecer en descarga por síntesis inestable y 2 (1,85%) presentaron ambas complicaciones. Fallecieron 8 pacientes (7,14%). Respecto a la situación funcional al alta de los 104 restantes, tenían un índice de Barthel > 60 (independientes o dependientes leves para ABVD) 29 (27,88%), entre 40-60 (dependencia moderada) 10 (11,55%) y < 40 (dependencia severa) 63 (60,57%). Respecto a la marcha medida por la escala FAC, eran independientes (FAC = 3) 42 (40,38%); dependientes (FAC 1 o 2) 32 (30,78%); no deambulaban (FAC = 0) 30 (28,84%). En cuanto destino al alta, regresaron a su domicilio 32 (28,57%), a otro domicilio 4 (3,57%), fueron institucionalizados de nuevo 7 (6,25%), regresaron a su residencia previa 27 (24,10%), se derivaron a centro de convalecencia 34 (30,35%).

Comentarios y conclusiones: 1. Los pacientes con fractura de cadera son predominantemente mujeres de edad superior a 80 años, con pluripatología, polifarmacia, con algún grado de dependencia previa en ABVD y demencia en el 29,45%. 2. La estancia media está dentro de lo aceptable, si bien se reduciría si se operaran las fracturas en las primeras 24 horas y disminuyera la espera de centros de convalecencia (media: 15 días). 3. El porcentaje de fracturas intra y extracapsulares fue similar (43,75 vs 53,25%). Se operó el 96,42% de los pacientes. 4. Las complicaciones médicas fueron frecuentes (78,57%), en especial el cuadro confusional agudo (37,5%) y precisó transfusión de sangre el 37,50%. 5. Presentaron complicaciones quirúrgicas el 17,85% de los pacientes. 6. La fractura de cadera causa dependencia funcional. Al alta, sólo 27,88% de los pacientes eran independientes para ABVD frente al 73,2% al ingreso. Deambulaban independientes 40,38% frente al 84,82% al ingreso. 7. Fallecieron 8 pacientes (7,14%). 8. Un 30,35% fueron derivados a centros de media estancia. 9. Aumenta el consumo de recursos sociales. Un 6,25% de pacientes fueron institucionalizadas de nuevo al alta.

CC-99. ROTURA DE VÁSTAGO PROTÉSICO Y FRACTURA SUPRACONDÍLEA INTRAOPERATORIA

N. Moreno Moreu, P. Banchero Lasalvia, J.M. Cañadillas Sabina, I. García García, M. de la Torre García, R. Luis Jacinto y A. Arbelo Rodríguez

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso clínico de una cirugía de re-revisión de vástago protésico, en esta ocasión por rotura del mismo, con la complicación de una fractura supracondílea intraoperatoria. El objetivo es exponer la solución del mismo.

Material y método: Paciente de 64 años de edad que se implanta una PTC no cementada, que posteriormente se recambió por una de vástago largo no cementada. Llega a nuestro servicio por dolor en muslo, objetivándose rotura del vástago femoral a nivel diafisario. Una vez extraídos los dos fragmentos del vástago, y durante la preparación del fémur para la nueva prótesis, ocurre una fractura supracondílea oblicua larga. El trazo de fractura obliga a poner un clavo retrogrado de 25 cm con bloqueos proximales y distales. Una vez colocado, solo podemos poner un vástago cementado pequeño.

Resultados: La idea inicial era curar la fractura y esperar la evolución del vástago cementado, para plantear EMO y nueva revisión si proce-

día. En la actualidad la fractura está consolidada, el paciente deambula sin ayuda y está asintomático. Por el momento no se plantean nuevas cirugías dada la buena evolución.

Comentarios y conclusiones: La cirugía de revisión puede tener complicaciones inesperadas que ponen a prueba al cirujano. Se deben solucionar con el material de que dispone en quirófano, que no siempre es el idóneo.

CC-100. CAMBIOS RADIOLÓGICOS ASOCIADOS A VÁSTAGOS RECUBIERTOS DE HIDROXIAPATITA

R. Hernández Hernández, J. Faig Martí, J. Ramazzini Castro y D. Redó Gómez

Hospital San Rafael. Madrid.

Introducción y objetivos: Los recubrimientos de hidroxiapatita en los vástagos de prótesis totales de cadera (PTC) tienen un uso extendido y aceptado desde hace 25 años. La remodelación ósea que ocurre en el fémur posterior a la artroplastia puede acompañarse de cambios radiológicos observables durante el seguimiento. El objetivo de este trabajo es evaluar retrospectivamente estos cambios y su relación con la supervivencia del implante.

Material y método: 77 PTC fueron realizadas entre enero de 1989 y diciembre de 1996 en nuestro servicio utilizando vástagos de hidroxiapatita tipo Corail® (Landos). Se seleccionaron 42 casos que cumplieron con un mínimo de 5 años de seguimiento clínico y radiográfico, valorando los cambios radiológicos, su momento de aparición alrededor del componente femoral y la supervivencia de los implantes.

Resultados: La edad media de los pacientes estudiados fue de 59,71 años en el momento de la cirugía, la patología preoperatoria más frecuente correspondió a la artrosis en un 66,7% seguida de la necrosis aséptica 16,7%. El seguimiento fue entre 5,75 y 21,86 años con una media de 12,28. Los cambios radiográficos como el pedestal y la resorción del calcar se observaron en 38,1% y el 19% de casos respectivamente. El tiempo medio de aparición del pedestal fue a los 27,9 meses y de la resorción del calcar a los 50. En ninguno de los casos fue necesario el recambio del vástago por lo que la supervivencia fue de un 100%.

Comentarios y conclusiones: El proceso de remodelación ósea en las PTC comienza una vez instalado el implante debido a la alteración en la transmisión de las cargas que se producen. La aparición del pedestal y la resorción del calcar pueden observarse durante el seguimiento, aunque en el componente femoral lo más habitual es el "silencio radiológico". En nuestra serie estos cambios radiográficos no demostraron estar relacionados con la supervivencia de los vástagos. Otros autores refieren una mayor frecuencia en su aparición y los consideran como signos de buen pronóstico para la longevidad del implante.

CC-101. TRATAMIENTO DE UNA FRACTURA DE PIPKIN

S. Gallardo Villares, A. Montiel Giménez, F. Granell Escobar, D. Codina Graño y R. Ramazzini Castro

Hospital ASEPYO. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas parcelares de la cabeza femoral son lesiones articulares poco frecuentes, generalmente provocadas por traumatismos de alta energía y en ocasiones asociadas a luxaciones coxofemorales (6-10%). La cirugía de estas lesiones es compleja y no está exenta de complicaciones como las lesiones neurológicas, necrosis de cabeza femoral y las calcificaciones heterotópicas entre otras. La clasificación más utilizada es la Pipkin descrita en 1957.

Material y método: Paciente varón de 33 años que sufrió un accidente de tráfico al colisionar con un camión. Presento fractura luxación de cadera derecha, fracturas faciales, fractura del 8º arco costal derecho y contusión hepática. Tras el estudio radiológico y de Tc se

diagnosticó una fractura-luxación de cadera derecha tipo Pipkin IV (fx marginal de pared posterior de cotilo derecho + fx parcelar de cabeza femoral tipo I).

Resultados: Intervenido quirúrgicamente por una vía posterior de Kocher-Langenbeck. Se realizó osteosíntesis con tres tornillos canulados de titanio y se mantuvo la tracción durante 15 días. Posterior inicio de rehabilitación y descarga de la extremidad durante 3 meses.

Comentarios y conclusiones: Son fracturas relativamente poco frecuentes, que precisan de una correcta valoración inicial y tratamiento precoz. El tratamiento quirúrgico no está exento de complicaciones y secuelas funcionales. Las complicaciones más frecuentes son la osteonecrosis de cabeza femoral (10-50%), la artrosis postraumática (4-58%) y las calcificaciones heterotópicas. La vía de abordaje recomendada es la vía anterior para Pipkin I-II y la vía posterior para Pipkin IV.

CC-102. EVALUACIÓN RADIOLÓGICA Y FUNCIONAL DE ATRAPAMIENTO FEMOROACETABULAR TRATADO MEDIANTE ARTROSCOPIA

A. Rodríguez Fernández, E. Cañete Carril, R. Olivé Vilàs, J.M. Fernández Prat, M. Romero Gómez y J.M. Mora Guix

Hospital de Terrassa. Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentamos la experiencia de nuestra unidad, donde estamos realizando cirugía artroscópica de cadera desde el año 2009. Se evalúa el resultado funcional y radiológico del atrapamiento femoroacetabular tipo CAM tratado mediante artroscopia de cadera.

Material y método: Revisión de veinte pacientes intervenidos, todos ellos por el mismo cirujano, entre los años 2009 y 2012, con un seguimiento máximo de 36 y mínimo de 9 meses. Todos los pacientes incluidos se han diagnosticado de atrapamiento femoro-acetabular tipo CAM. Se evalúa la edad, sexo, lateralidad, duración de la sintomatología y el inicio de la misma, tamaño de la giba, tiempo quirúrgico, lesiones objetivadas durante la artroscopia, tiempo hasta alta hospitalaria, tiempo para negativizar el test de atrapamiento, comparativa radiológica antes y después de la cirugía. Se realiza valoración de resultados según el Harris Hip Score modificado, la escala de salud SF-36 validada al castellano y cuestionario de satisfacción.

Resultados: Hemos observado una evolución satisfactoria de nuestros pacientes, con un tiempo para reincorporarse a sus actividades habituales medio de 3,16 meses. El tiempo medio de estancia hospitalaria es de unas 36 horas, carga parcial inmediata y completa a las 3-4 semanas en función del gesto quirúrgico asociado. Como complicación de relevancia destacamos la neuroapraxia transitoria del pudendo. Una paciente está pendiente de implantar PTC por evolución no satisfactoria.

Comentarios y conclusiones: En los últimos años se ha incrementado el diagnóstico de atrapamiento femoroacetabular como causa de coxalgia. Creemos que la artroscopia es una buena herramienta terapéutica para estos pacientes. Nuestros resultados son satisfactorios, y comparables con la bibliografía revisada. Una limitación de este estudio, es la escasa casuística y el tiempo de seguimiento.

CC-103. ESTUDIO OBSERVACIONAL, UNICÉNTRICO PARA EVALUAR EN EL TIEMPO EL SANGRADO DE UNA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA PERTROCANTÉRICA DE FÉMUR

C. Álvarez Gómez, J. de Caso Rodríguez, I. Carrera Fernández, L. Trigo Lahoz, M.C. Pulido García, M.T. Puig Reixach, M.J. Martínez Zapata y X. Aguilera Roig

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: Describir la cantidad de sangrado (ml) por los drenajes, durante el postoperatorio inmediato de fractura pertrocantérica de fémur y describir los hallazgos clínicos relacionados.

Material y método: Se seleccionaron 100 pacientes de forma consecutiva desde julio hasta diciembre de 2011, con el diagnóstico de fractura pertrocantérica de fémur tributaria de tratamiento para osteosíntesis con tornillo y placa deslizante (DHS). Se confeccionó un cuestionario específico donde se recogieron variables demográficas, antecedentes, pérdidas sanguíneas intra y postoperatorias, hemoglobinas pre y postoperatorias, transfusiones y unidades transfundidas, tiempo de estancia hospitalaria, el tipo de fractura y la medicación habitual. Las pérdidas hemáticas de los redones se cuantificaron horariamente durante las tres primeras horas del postoperatorio, a las 24 horas y 48 horas antes de retirar el drenaje.

Resultados: El 74% de casos fueron mujeres. La edad media global fue de 85,6 años (DE 8,2). El tiempo medio quirúrgico fue de 62 minutos. La media del sangrado intraoperatorio fue de 278,1 ml (DE 148,2) y el sangrado total a través de los redones (profundo + superficial) fue de 76,2 ml de media (DE 83,4). En 96 casos se colocaron redones profundos y en 17 redones superficiales. La hemoglobina preoperatoria media fue de 11,1g/dL (DE 1,3). Un total de 68 pacientes precisaron transfusión sanguínea, 18 preoperatoriamente y 63 en el post operatorio, con una media de 2 unidades (1 a 2). El promedio de días de estancia hospitalaria fue de 13,6 días.

Comentarios y conclusiones: El uso o no de los redones en cirugía ortopédica es controvertido. Las pérdidas hemáticas recogidas por los redones en nuestro estudio fueron pequeñas, lo que nos hace plantear la posibilidad de evitar su uso en la cirugía de fracturas pertrocantéricas. La mayor parte de sangrado correspondería al acto quirúrgico y al concepto de "hidden blood" (sangre oculta en los tejidos).

CC-104. REVISIÓN DE UNA SERIE DE 51 CASOS DE VÁSTAGO FEMORAL DE ANCLAJE DIAFISARIO EN REVISIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA CON UN SEGUIMIENTO DE HASTA 12 AÑOS

F. Panizo Mota, J. Martínez Martín, A.M. Ferrete Barroso, M.C. Torrejón de la Cal, A. López Hualda, M.A. Marín Aguado, R.M. Egea Gámez y J. Montejo Sancho

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de 51 casos, con un seguimiento medio de 6,4 años, de pacientes intervenidos de revisión de vástago femoral de PTC con un vástago de anclaje diafisario modelo Solution®.

Material y método: Incluimos todos los pacientes en los que se colocó un vástago de anclaje diafisario en una cirugía de revisión de prótesis de cadera entre noviembre de 2001 hasta noviembre de 2010. De una serie inicial de 81 pacientes, se excluyeron 14 por defunción, 13 por pérdida de seguimiento del paciente, y 3 por deterioro del paciente. Analizamos las características demográficas de la población, etiología de la revisión y sus complicaciones. Realizamos una valoración funcional, valoramos el tiempo de supervivencia de la prótesis, realizamos una valoración radiográfica del estado de los implantes, aflojamiento y osteólisis. Analizamos la relación entre tallas de vástago y diagnóstico de Stress Shielding.

Resultados: La supervivencia de los implantes fue del 98% (excluyendo causas sépticas). En 26 pacientes se recambió también el acetábulo, utilizándose los siguientes modelos de cotillo (Reflection®, Atlas®, Trilogy®, Muller® y Burch-Schneider® con cotilo cementado). En 1 paciente se realizó un recambio por aflojamiento aséptico (1,9%). En 4 pacientes se recambió la prótesis por aflojamiento séptico (7,8%). En cinco pacientes (2,55%) se produjo una fractura periprotésica: 2 de ellos intraoperatorias, 1 de ellas en el postoperatorio, 2 pacientes a los 2 años tras la cirugía; tratadas quirúrgicamente. 8 pacientes desarrollaron una infección protésica precoz, de los cuales 2 precisaron recambio de la prótesis por aflojamiento séptico. 2 pacientes sufrieron una luxación de la prótesis (1%).

Comentarios y conclusiones: La supervivencia de los implantes en nuestros pacientes, así como las complicaciones analizadas fueron comparables con otras series de la literatura.

CC-105. VALORACIÓN FUNCIONAL DEL IMPINGEMENT FEMOROACETABULAR TIPO CAM EN DEPORTISTAS AL AÑO DE LA CIRUGÍA

F. Malagelada Romans, V.A. del Carmen Ortiz, O.M. Rodríguez Cano, R. Sales Salom, J. Auleda Galbany, L. Guirao Cano y E. Pleguezuelos Cobo

Hospital de Mataró. Barcelona.

Introducción y objetivos: Evaluar los resultados al año de la intervención de impingement femoroacetabular (FAI) tipo cam mediante mini-abordaje anterior de cadera en pacientes deportistas, mediante la utilización de cuestionarios, tests de capacidad funcional y estudios biomecánicos.

Material y método: Se incluyeron 16 deportistas afectados de FAI tipo cam en un estudio prospectivo desde noviembre 2009 hasta enero de 2012. Se valoraron las características del dolor, antecedentes traumáticos o patológicos de la cadera, signos radiológicos característicos del FAI y se clasificaron a los pacientes según Tönnis. Se valoró previamente y 12 meses después de la cirugía la movilidad articular de la cadera afecta, la distancia de Fabere, la escala visual analógica del dolor (EVA), prueba de marcha de 6 minutos, Timed Up & Go, Stairs climbing test, índice funcional de Lequesne, goniometría electrónica y un estudio de la marcha.

Resultados: La EVA mostró una mejoría estadísticamente significativa, al igual que la distancia de Fabere, el tiempo de apoyo de la extremidad afecta y la fuerza de frenado de la extremidad contralateral. A los 12 meses poscirugía el signo de impingement permaneció positivo en un 28,6% de pacientes y el 21,4% de los pacientes presentó meralgia parestésica. La conversión a prótesis fue realizada a 1 paciente (7,3%) y se excluyó del estudio.

Comentarios y conclusiones: La técnica de mini-abordaje anterior de cadera parece ser una opción terapéutica efectiva frente al dolor y la funcionalidad articular en los pacientes afectados de FAI tipo cam.

CC-106. UTILIZACIÓN DE COMPONENTE ANTILUXACIÓN EN CIRUGÍA DE REVISIÓN DE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN NUESTRO CENTRO

I. Piñol Jurado, I. Pérez Prieto, C. Lozano Álvarez, F. Mingo Fernández, F. Marques López, A. León García, C. Mestre Cortadellas y L. Puig Verdier

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: La inestabilidad recurrente de cadera es una de las principales causas de revisión protésica, con una prevalencia del 1-8%. Se han descrito factores predisponentes de inestabilidad como la mala orientación de los componentes protésicos, cirugías de repetición de la cadera, los trastornos neuromusculares o la falta de colaboración de los pacientes. Muchas veces se desconoce la causa de la inestabilidad recurrente. Las alternativas de tratamiento de la inestabilidad recurrente son la reorientación de los componentes protésicos, el adelantamiento del trocánter mayor, la utilización de cabezas de gran diámetro o la utilización de acetábulos constreñidos antiluxación. En este estudio, hemos revisado aquellos casos en los que se implantó un módulo antiluxación en nuestro centro como medida de rescate para evitar esta inestabilidad y recuperar la función de la articulación.

Material y método: Revisamos retrospectivamente 29 acetábulos antiluxación en 28 pacientes intervenidos entre 2005 y 2011, con una edad media de 75,8 años (rango, 59 a 88 años) con un seguimiento

medio de 17 meses (rango, 3 a 64 meses). La población estudiada presentaba un 27,6% de trastornos neurológicos (ictus, poliomielitis, mielopatías, demencia, miastenia gravis...) y un 10,4 de enlismo. Las principales causas de revisión son la inestabilidad recurrente aislada (55,2%), la infección (10,4%), el aflojamiento aséptico (10,4%), la inestabilidad asociada a defecto de partes blandas y pseudoartrosis de trocánter mayor (13,8%) y la inestabilidad asociada a fracturas periprotésicas (7%). En todos los pacientes se implantó un anillo antiluxación tipo Trilogy (Zimmer®), reforzado con 3 o 4 tornillos en el 75,5% de los casos y utilizando el abordaje anterolateral de Hardinge en el 97% de los casos (un caso de abordaje posterior). En el 51,7% de pacientes se había realizado entre 2 y 3 cirugías previamente, el 37,9%, una cirugía previa y un 10,5% más de 3. Durante el seguimiento evaluamos la evolución clínica y radiológica de los pacientes, así como el grado de funcionalidad de los mismos mediante la escala de Postel-Merle d'Aubigné y las complicaciones aparecidas posteriormente.

Resultados: En 27 de los casos el módulo antiluxación restauró y mantuvo la estabilidad de la cadera, evitando nuevas luxaciones. En 2 casos (7%) se produjo una nueva luxación aislada por lo que se cambió el módulo antiluxación. El 69% de pacientes presentan una deambulación libre, el 24,1% una deambulación limitada parcialmente y un 13,8% una deambulación mínima. 7 pacientes presentaron complicaciones (24,1%), con 3 casos de infección (10,5%), 2 luxaciones (7%), 2 parálisis de nervio ciático popliteo externo (7%) y 2 marchas en Trendelenburg por dismetría (7%); uno de los pacientes sufrió 3 complicaciones: infección, luxación y parálisis del nervio ciático popliteo externo. De los 3 casos de infección posterior, uno requirió la retirada del material protésico y el cambio en 2 tiempos. Uno requirió la retirada de la prótesis y se sustituyó por un espaciador preconformado y uno requirió un lavado quirúrgico únicamente. De los dos casos de luxación, uno se presentó en el contexto de una infección a los 30 días de su implantación y el otro se presentó después de 5 años en el contexto de una paresia de extremidad inferior causada por un accidente vascular cerebral. Se realizó la revisión quirúrgica en los dos casos cambiando el componente antiluxación; no se encontró rotura del anillo antiluxación ni alteración de los componentes acetabular y femoral. En los controles radiológicos, en un caso se aprecia un mínimo desplazamiento del acetábulo, y en 4 se observan líneas de radiolucencia acetabulares. Funcionalmente, según la escala de Postel-Merle d'Aubigné, los pacientes presentan una puntuación media de 4,07-4,69-4,07.

Comentarios y conclusiones: El módulo antiluxación, en cirugía de revisión protésica de cadera, se puede considerar una técnica de rescate en casos seleccionados donde haya una gran inestabilidad recurrente, con importante afectación de las partes blandas y/o pobre calidad ósea. Permite restablecer la estabilidad articular en el 71-98% de los casos y mejorar la calidad de vida de los pacientes a pesar de un menor rango de movilidad. Siempre hay que tener en cuenta la posible aparición de complicaciones, como signos de aflojamiento o radiolucencias radiológicas (14%), la movilización del componente acetabular (7-34,8%), la infección (5,9-9%) o la inestabilidad (4-29%) que pueden condicionar los resultados. La utilización de tornillos para fijar el componente acetabular reduce la movilización del mismo. En caso de luxación de un módulo constreñido, la reducción cerrada será muy difícil o imposible, y la cirugía de revisión será necesaria. Durante la revisión se debe analizar la causa de la inestabilidad, pudiendo encontrarse roturas del anillo de retención, roturas del polietileno, posibilidad de "impingement" o malposición de los componentes. En los 2 casos de luxación que hemos presentado no queda clara la causa pero posiblemente se trate de una malposición de los componentes asociado a importante debilidad de partes blandas y trastornos neuromusculares. En conclusión, la utilización de anillos de retención es una alternativa de tratamiento para la inestabilidad recurrente en pacientes seleccionados, que permite recuperar la estabilidad articular pero que presenta un potencial riesgo de complicacio-

nes, mecánicas o infecciosas, que debemos tener en cuenta para su utilización.

CC-107. ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE REVISIÓN DE CADERA Y DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE LAS MISMAS

J. Mateo Negreira, I. Pipa Muñiz, P. López Cuello, J. Romero Ballarín, N. Rodríguez García, V. González Sastre, M.A. Suárez Suárez y A. Murcia Mazón

Hospital de Cabueñes. Asturias.

Introducción y objetivos: Evaluar las complicaciones intra y postoperatorias de pacientes intervenidos de cirugía de revisión de cadera, analizando los factores que pueden influir en su aparición, así como la repercusión de las mismas sobre la evolución clínica del paciente.

Material y método: Estudio analítico observacional, prospectivo y no aleatorizado de 26 pacientes intervenidos en el Hospital de Cabueñes entre agosto de 1997 y diciembre de 1998, sometidos a cirugía de revisión de cadera mediante la técnica de injerto compactado en implantes cementados, a los que se les realizó un seguimiento clínico-radiológico. Se han analizado multitud de variables: edad, sexo, IMC, calidad ósea, estancia hospitalaria, hundimiento radiográfico... El análisis cualitativo de las variables se realizó mediante chi-cuadrado y el análisis cuantitativo mediante test no paramétricos.

Resultados: Las complicaciones intraoperatorias aparecieron en un 35% de los casos (el 66% fueron fracturas) e influyeron de forma significativa en la estancia hospitalaria. La localización más frecuente de las fracturas fue en el calcar. El 70% de los pacientes intervenidos no tuvo ninguna complicación postoperatoria. Ninguna de las variables analizadas: edad, IMC, duración de la cirugía, calidad ósea, sexo... influyó de forma significativa en su aparición.

Comentarios y conclusiones: Actualmente el empleo de injerto impactado y prótesis cementada es una técnica ampliamente difundida y con buenos resultados, pero no exenta de complicaciones tanto durante la extracción del cemento como durante la impactación del injerto. La presentación de complicaciones intraoperatorias se relaciona con un incremento de la estancia hospitalaria y de días necesarios para iniciar la sedestación. Ninguna variable de las analizadas influyó de forma significativa en la aparición de complicaciones tanto intraoperatorias como postoperatorias.

CC-108. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS PSEUDOANEURISMAS FEMORALES COMO COMPLICACIÓN DE LA CIRUGÍA DE CADERA

J. Garrido Gómez, F. Garrido Pareja, J.P. Linares Palomino y P. Hernández Cortés

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: El objetivo es incrementar el conocimiento de estas complicaciones entre la comunidad científica y plantear las distintas opciones de tratamiento desde una perspectiva multidisciplinar. Conocer la incidencia de complicaciones vasculares derivadas de la cirugía de cadera, los medios diagnósticos disponibles (clínica y pruebas complementarias) y el arsenal terapéutico que nos permitirá resolver la lesión vascular de forma precoz y eficaz.

Material y método: Análisis retrospectivo de los casos de pacientes con pseudoaneurismas localizados en la región proximal de miembro inferior diagnosticados y tratados en nuestro Hospital entre enero de 1995 y enero de 2010. De 11.839 pacientes que fueron sometidos a

cirugía de cadera en los 15 años de seguimiento se encontraron 8 casos de pseudoaneurismas en 8 pacientes diferentes.

Resultados: Los pseudoaneurismas son una complicación rara en la cirugía de la cadera que se manifiesta con hemorragia intermitente y abundante en el periodo postoperatorio. El manejo de estas lesiones mediante técnicas de radiología intervencionista asocia pocas complicaciones y permiten una rápida estabilización del paciente y una recuperación precoz, evitando de esta forma una exploración quirúrgica más agresiva y a veces infructuosa.

Comentarios y conclusiones: Los pseudoaneurismas son complicaciones muy raras que se pueden asociar a la cirugía ortopédica y traumatológica de la cadera. Generalmente se manifiestan por la hemorragia abundante, intermitente y repetida en el periodo postoperatorio. Su manejo se puede realizar mediante embolización selectiva percutánea que se trata de una técnica poco invasiva, rápida y segura.

CC-109. INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO EN FRACTURA DE CADERA TRATADA MEDIANTE ENCLAVADO INTRAMEDULAR

J.R. Cano Porras, E. Cruz Ocaña, M. Hirschfeld León y E. Guerado Parra

Hospital Costa del Sol. Málaga.

Introducción y objetivos: Las fracturas de cadera constituyen una complicación con una alta morbilidad. Objetivo del estudio: valorar infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) en pacientes tratados con enclavado intramedular (EI).

Material y método: Estudio de cohorte retrospectiva. Inclusión: fractura de cadera intervenida con EI durante el periodo 2006-2008. Variables: edad, sexo, índice Charlson (ICh), estancia hospitalaria, modelo enclavado e ISQ. Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y posición para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Análisis bivariado tomando como variable principal infección, test de Fisher para diferencias en la distribución de frecuencia, test de la U de Mann-Whitney para diferencia de medianas. Nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: 426 EI. 108 (25,35%) hombres y 318 (74,65%) mujeres, Edad: m 77,5 (mediana 80). Tipo de implante: PFN-A (Synthes®) 399 (93,66%) y Gamma (Stryker®) 27 (6,33%). ICh 0: 278 (65,25%); 1: 129 (30,28%); 2: 19 (2,12%); Estancia media 8,13 días (mediana 6). Resultado 7 (1,64%) ISQ. 6 casos (85,7%) mujeres y 1 (14,3%) hombres, edad similar al grupo principal. Todas las infecciones se produjeron en intervenidos con PFN-A (Synthes®). ICh 0: 5 (71,42%); 1: 2 (28,58%); 2: 0 (0%). Estancia hospitalaria media 46 días (mediana 45). Análisis bivariado: No se encuentra en nuestra serie diferencias estadísticamente significativas entre ISQ, con índice de Charlson, edad o sexo. Si que existen diferencias estadísticamente significativas en la estancia media ($p < 0,05$).

Comentarios y conclusiones: En nuestra serie no existen diferencias entre pacientes, probablemente relacionado con el poco número de casos infectados ($n = 7$). Sería necesario incluir más casos para poder llegar a resultados concluyentes. Si existen diferencias en la estancia hospitalaria derivada de la infección.

CC-110. FIJACIÓN INTERNA. ¿ES UNA OPCIÓN VÁLIDA EN LAS FRACTURAS SUBCAPITALES?

L. Cáceres Sánchez, J.J. Romero Cáceres, F.J. Barrionuevo Sánchez y B. García Benítez

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: El tratamiento de las fracturas intracapsulares de fémur sigue siendo controvertido. La realización de una osteosíntesis interna versus artroplastia de sustitución son las alterna-

tivas utilizadas. Existen diferencias entre ambos tratamientos en agresión quirúrgica, recuperación postoperatoria, complicaciones y costes. Nuestro objetivo es analizar los resultados obtenidos en los pacientes tratados mediante síntesis con tornillos canulados en nuestro centro. **Material y método:** Se ha estudiado de forma retrospectiva 67 fracturas de fémur proximal desde 2004 hasta marzo 2011. Se analizan los siguientes parámetros: lateralidad, edad, deambulación previa, técnica quirúrgica, tipo de anestesia, Hb pre/postcirugía, estancia hospitalaria, consolidación radiológica y complicaciones precoces y tardías. La calidad de vida ha sido valorada mediante la escala de Barthel y los resultados funcionales con la escala de Harris.

Resultados: La edad media de los pacientes estudiados es de 64,3 años (31-94). El 52% fueron fracturas derechas. Respecto al tipo de fractura fueron: subcapital no desplazada 75%, subcapital desplazada 12%, basicervical 13%. En la técnica quirúrgica empleada, en el 81% se emplearon 3 tornillos canulados, en el 13% 2 tornillos y en el 6% restante 4 tornillos. Las cifras de Hb antes y después de la cirugía: 132/120 g/L respectivamente. La estancia media hospitalaria es de 3,22 días. El 5,97% de los pacientes de nuestro estudio se han reintervenido quirúrgicamente con colocación de PTC en el 100% de los casos, no encontrando otras complicaciones (infección, rotura del material, fracturas perimplante).

Comentarios y conclusiones: Tras los resultados obtenidos, podemos afirmar que la osteosíntesis con tornillos canulados de esponjosa en el tratamiento de fracturas intracapsulares no desplazadas es una buena opción quirúrgica.

CC-111. ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE NUESTRA POBLACIÓN TRAS FRACTURA DE CADERA

M. Agudo Quílez, N.I. Olmedo García, B. Parra Ruiz y C. García Espasa

Hospital Universitario San Juan. Alicante.

Introducción y objetivos: La fractura de cadera presenta una gran incidencia en nuestra población siendo causa potencial morbimortalidad. El análisis de datos de mortalidad es menos fiable si no se obtiene de un registro oficial. El objetivo de este estudio es conocer las características de nuestra población así como la incidencia real de mortalidad a un año y los factores asociados.

Material y método: Estudio de cohortes retrospectivo desde junio de 2008 a junio de 2010. Población obtenida a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos del hospital. Se revisó la historia clínica hospitalaria. Los datos de mortalidad se confirmaron con el registro de mortalidad de nuestra Comunidad Autónoma. El análisis estadístico se realizó mediante los programas R[®] y SPSS Statistics[®].

Resultados: Se intervinieron 240 fracturas de cadera. Edad media 82,75 años, 75% mujeres. La fractura más frecuente fue la subcapital, en 88,7% tratadas mediante artroplastía parcial de cadera no cementada. La estancia hospitalaria fue inferior a la media según datos del MSC para 2008 (8,97 días frente a 13,34). Cada paciente presenta 3,34 enfermedades de media. Los diagnósticos más frecuentes fueron HTA (60,42%), demencia (30,42%) y diabetes (25,42%). La prevalencia de ACV previo fue de 14,58%. Se registró 23,3% de éxitos al año de intervención, independientemente del retraso quirúrgico. Los factores que se asocian de forma independiente y significativa a mortalidad al año son: edad, sexo femenino y ACV previo ($p < 0,05$).

Comentarios y conclusiones: Los datos de mortalidad de nuestro estudio se aproximan a la realidad pues han sido obtenidos de bases de datos oficiales para nuestra comunidad, siendo las conclusiones fiables. En nuestro medio los pacientes son mujeres añosas y pluripatológicas. Los factores asociados a mayor mortalidad al año son la edad, sexo femenino y ACV previo.

CC-112. FRACTURAS NO DESPLAZADAS DEL CUELLO FEMORAL. RESULTADOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

N. Mora Navarro

Hospital son Espases. Baleares.

Introducción y objetivos: Las fracturas intracapsulares de cadera son las que afectan al cuello femoral, interrumpiendo la vascularización de la cabeza. Su etiología suele ser por caídas desde la propia altura en pacientes con osteoporosis o traumatismos de alta energía. El diagnóstico es mediante radiografías/TAC y la clasificación más utilizada es la de Garden. El tratamiento se basa en la osteosíntesis si son fracturas no desplazadas y en la artroplastía para las fracturas desplazadas de pacientes ancianos. La complicación más relatada en la bibliografía es la necrosis avascular.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo de fracturas intracapsulares de cualquier edad intervenidas en nuestro hospital desde noviembre 2010 a noviembre 2011, realizadas por múltiples cirujanos y practicándose osteosíntesis o artroplastía. Se ha llevado a cabo un seguimiento mínimo de 6 meses postoperatorio, valorando el dolor, la carga y la deambulación mediante la escala "Harris Hip Score".

Resultados: Se han obtenido un total de 138 fracturas cadera intracapsulares en 1 año, de las cuales: Garden I-II: 16 casos, Garden III-IV: 101 casos, basicervicales: 16 casos y Mal clasificadas: 5 casos. De los 16 casos Garden I-II se observa una predominancia de mujeres (12/4) sin presentar predominio de lateralidad (derechas 7/izquierdas 9) y una media de edad de 68 años; De los 101 casos Garden III-IV se observa una media de edad de 83 años. De 138 fracturas intracapsulares, solo 16 (11,6%) son Garden I-II y de esas, sólo 10 (7,2%) se sintetizan mediante osteosíntesis con 3 tornillos (el resto mediante artroplastía).

Comentarios y conclusiones: La literatura es ambigua, pero defiende los buenos resultados de las fracturas intracapsulares no desplazadas tratadas mediante osteosíntesis en pacientes mayores de 65 años y cirugía más allá de las 24h. Hoy por hoy, no existe un algoritmo universal para la toma de decisiones en este tipo de patologías. De ese modo, se debería plantear más osteosíntesis en pacientes ancianos pero activos y en todos los pacientes jóvenes, sea cual sea el tipo de fractura. Hay que tener en cuenta la edad cronológica y valorar individualmente a cada paciente.

CC-113. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE CADERA MEDIANTE OSTEOSÍNTESIS CABLE PLACA

R. Castro Pimentel, D. Mifsut y F. Gomar Sancho

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción y objetivos: El objetivo del estudio fue revisar los resultados obtenidos con la utilización de placa de osteosíntesis mixta, sistema de tornillos y cerclajes, en el tratamiento de las fracturas periprotésicas de cadera.

Material y método: Realizamos un estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre una serie de casos de fracturas periprotésicas de cadera tipo B y C de Vancouver, ingresadas en nuestro Servicio desde 2003 hasta 2011, seleccionando aquellas en las que se utilizó como osteosíntesis una placa mixta, con tornillos y/o cerclajes. Analizamos las variables demográficas, la tendencia, el tipo de fractura según la clasificación de Vancouver, el tratamiento realizado, el resultado funcional y radiológico, así como las complicaciones.

Resultados: Se revisaron un total de 21 pacientes con una media de edad de 82,9 años (rango 70-97), la mayoría mujeres (18 casos), afectando predominantemente el lado derecho (13 casos). Según la clasificación de Vancouver, se trataba de 11 casos tipo B y 10 casos tipo C. En cuanto al tipo de prótesis, 11 eran cementadas y 10

impactadas, 11 casos con artroplastia total de cadera, 8 hemiartroplastias y 2 prótesis de revisión. Los resultados funcionales fueron buenos o muy buenos en el 76,2% de los casos. Como complicaciones postquirúrgicas observamos 3 infecciones profundas que obligaron a la retirada de todo el material tras la consolidación y dos fracasos del material de osteosíntesis. Respecto a los resultados radiológicos, se obtuvo la consolidación en la mayoría de los casos (18).

Comentarios y conclusiones: La osteosíntesis con placa de osteosíntesis mixta de las fracturas periprotésicas de cadera tipo B y C de Vancouver es un tratamiento efectivo, aunque no libre de complicaciones del tipo infeccioso.

CC-114. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA PRÓTESIS DCP EN EL MANEJO DE LA COXARTROSIS EN EL PACIENTE JOVEN

A. Prats Bota, R. Ferrer, M.A. Froufe Siota, R. González Hernández y D. Arribas Agüera

Hospital Dr. Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: La coxartrosis en pacientes jóvenes representa un problema en cuanto al manejo quirúrgico y la evolución de los implantes. Se trata de pacientes jóvenes con alta demanda funcional, por lo que se supone que necesitarán una revisión en el futuro. Queremos analizar la evolución a largo plazo de las prótesis disco a compresión (DCP) en individuos afectados de esta patología.

Material y método: Partimos de una muestra de 12 caderas en 10 pacientes (2 bilaterales), donde se utilizó la DCP en el Hospital Dr. Josep Trueta entre el 1995-2001. Son pacientes jóvenes con vida activa, menores de 50 años (rango de 23-49a). 7 diagnosticados de NAV y 5 de coxartrosis postraumática. Se hizo un seguimiento medio de 13.7 años (rango 10-17a).

Resultados: No se registraron infecciones ni complicaciones en el postoperatorio inmediato. La carga completa de la extremidad se autorizó a los 2,5 m y en los controles postoperatorios se observó una movilidad correcta de la cadera, retorno a las actividades previas de los pacientes (laborales y deportivas) y mejoría del dolor. 3 de las caderas requirieron revisión del componente femoral por aflojamiento aséptico temprano (primeros 15 meses), optando por una PTC convencional y con buena evolución posterior.

Comentarios y conclusiones: Se trata de una serie corta. El 25% de las caderas han presentado un fracaso precoz del implante por aflojamiento aséptico, mientras que el 75% han tenido una evolución satisfactoria a corto y largo plazo permitiendo realizar las actividades laborales y deportivas previas y con mejoría significativa del dolor. La DCP es una opción en el tratamiento de la coxartrosis en pacientes jóvenes. Es necesaria una buena selección de los casos. Creemos indicada la realización de una RMN para valorar la afectación del cuello femoral, que contraindicaría la utilización de la DCP.

CC-115. TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO EN EL CONFLICTO FEMOROACETABULAR

A. Abenza Sánchez, A. Llanos Rodríguez, R.J. Corrales Merinero y R. Idiart Charrier

Hospital de Antequera. Málaga.

Introducción y objetivos: Presentamos una revisión de casos del Servicio de Traumatología del Hospital de Antequera de pacientes diagnosticados de conflicto fémoro-acetabular que no mejoraban con medidas conservadoras y fueron tratados mediante artroscopia. Nuestro objetivo con dicho estudio es demostrar la mejoría clínica y la satisfacción obtenida por estos pacientes con una cirugía poco invasiva.

Material y método: Se trata de un estudio observacional de 12 casos (5 hombres y 7 mujeres) comprendidos en el periodo de un año (de febrero 2011 a febrero 2012) evaluados preoperatoriamente mediante la escala de Merle d'Aubigne y el test de Harris. También se incluyó un estudio radiológico (radiografías estándar y RNM con contraste) sugestivo de conflicto fémoro-acetabular. La intervención artroscópica consistía en osteoplastia del cuello femoral y/o re inserción del labrum acetabular.

Resultados: Se estableció un protocolo de seguimiento observando mejoría de los 12 pacientes en ambas escalas preoperatorias, quedando todos satisfechos por la ausencia de dolor y excelente movilidad.

Comentarios y conclusiones: En este estudio se plasma la mejoría clínica que obtienen estos pacientes en poco tiempo tras la intervención, demostrando la importancia de esta técnica poco invasiva en una patología muy común en nuestro medio.

CC-116. PRÓTESIS TOTAL DE FÉMUR. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

A. Prada Cañizares, V. Guimerá García, A. Jorge Mora, I. Auñón Martín, E. Delgado Díaz y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: El número de casos de revisión de artroplastia de rodilla o cadera se está incrementando de manera espectacular y dos de los principales retos en estos procedimientos son el manejo de la infección y la pérdida ósea. La prótesis de fémur total puede ser una opción en el manejo de estos complejos pacientes.

Material y método: Estudio retrospectivo de 2 casos.

Resultados: Caso 1: paciente mujer de 72 años que como AP presenta HTA, cardiopatía isquémica. Había sido intervenida de PTC hace 20 años. Había requerido revisión por aflojamiento aséptico en 3 ocasiones y en el momento actual portaba un anillo de reconstrucción acetabular con un cotilo cementado y en fémur portaba un componente femoral largo no cementado. La paciente comenzó con clínica que sugirió infección protésica, confirmada con pruebas complementarias. Se decidió realizar un recambio en 2 tiempos. Tras el primer tiempo llamaba la atención la gran pérdida ósea tanto en cotilo como en fémur. Para la reconstrucción se utilizó un anillo de reconstrucción acetabular y una prótesis de fémur total. El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones. A los 21 meses la paciente se encuentra libre de infección, no ha presentado episodios de inestabilidad y camina con ayuda de 2 bastones, es parcialmente independiente. Caso 2: paciente mujer de 76 años, que como AP displasia de ambas caderas. Intervenida PTC derecha en junio 1987 y PTC izquierda en abril 1988. PTC izquierda requirió revisión en 2 ocasiones por aflojamiento séptico y aséptico respectivamente. En la última revisión, en julio 2011, acude con clínica de enfermedad de partículas y fractura intercondílea fémur distal por punta vástago observándose gran pérdida de stock óseo en fémur proximal y distal. Se procedió a escisión de granuloma agresivo y recambio PTC por Prótesis total de fémur en un tiempo, en el postoperatorio inmediato (2 semanas) se luxa, interviniéndose de urgencia y recambiándose cotilo en el mismo tiempo de la reducción. Nuevamente en el postoperatorio inmediato sufre infección protésica aguda donde se aísla *Pseudomonas aeruginosa* y es tratada en quirófano con lavado y retención protésica. Al alta se fue caminando con muletas sin dolor. A los 5 meses post cirugía la paciente está libre de infección y camina con una sola muleta, es independiente para la vida diaria.

Comentarios y conclusiones: La prótesis total de fémur comenzó a utilizarse en caso de tumores óseos en los que la resección con márgenes condenaba al paciente a una amputación de la extremidad. Actualmente la prótesis total de fémur es una alternativa realista a la amputación o desarticulación en pacientes que requieren cirugía de

revisión protésica con grandes pérdidas de stock óseo e infección. Todos los estudios al respecto coinciden en gran alivio del dolor, rápida recuperación, buena funcionalidad y movilidad.

CC-117. DESLIZAMIENTO DE LA EPÍFISIS FEMORAL PROXIMAL: DESARROLLO DE UN CASO Y SUS SECUELAS

A. de Paz Nieves, P. Gray Laymon, J.M. Nieto Carrizosa, E.J. Salvador González, J. Suárez Fernández, L.F. Robledo Riaño y M. Torres Coscoyuela

Hospital General de Móstoles. Madrid.

Introducción y objetivos: El deslizamiento de la epífisis femoral proximal es una patología relativamente poco frecuente que ocurre con un trauma menor e incluso de manera crónica en pacientes entre los 10 y los 16 años. La afectación bilateral se ha descrito en 25-40% de los casos. Se han sugerido varios factores etiológicos, como factores mecánicos asociados a sobrepeso o desórdenes endocrinos. Una de las complicaciones descritas como consecuencia de este evento es la osteonecrosis de la cabeza femoral. Son diversos los estudios que han intentado identificar los factores de riesgo asociados a la aparición de esta complicación de consecuencias graves para el desarrollo del niño. Una vez instaurada esta complicación, su algoritmo terapéutico supone un reto importante para el cirujano ortopédico, por producirse en pacientes en franjas de edad en los que la utilización de una artroplastia de sustitución resulta una técnica poco utilizada. Buscamos con esta comunicación ilustrar bibliográfica y visualmente un caso complicado de deslizamiento de cabeza femoral, con el objetivo de establecer unas bases de abordaje y posibilidades terapéuticas tanto de la patología primaria como de una de sus complicaciones más frecuentes y complejas.

Material y método: Presentamos una comunicación con documentación bibliográfica y visual sobre un caso de osteonecrosis de cadera secundaria a un deslizamiento epifisario unilateral tratado recientemente en nuestro servicio. El evento original se produjo en una paciente de 11 años, en la que se procedió a la reducción cerrada y estabilización de la cadera afecta, así como estabilización profiláctica de la cadera contralateral.

Resultados: Durante el seguimiento se observa la aparición de osteonecrosis de la cabeza femoral. Debido a la persistencia de la clínica que imposibilitaba la vida normal de la paciente, tras realizar dos queilectomías sin mejoría, se decidió realizar una artroplastia total de sustitución en la paciente de 16 años, con buenos resultados hasta el momento actual de seguimiento (dos años después del procedimiento).

Comentarios y conclusiones: El deslizamiento de la cabeza femoral se establece en la literatura como una entidad distinta a la epifisiolisis tipo I tanto por su historia natural como por su etiopatogénesis y su epidemiología. Son diversos los métodos de tratamiento descritos en la literatura clásica, incluyendo la estabilización tanto abierta como percutánea, la epifisiodesis, queilectomías o reconstrucción con artroplastia. Cada técnica requiere una delicada evaluación para el establecimiento de una indicación precisa según la edad, tipo de deslizamiento y severidad de la lesión. Son múltiples los elementos de discusión en el manejo de esta patología, siendo los motivos de estudio más repetitivos la indicación de maniobras de reducción cerrada y su asociación con un aumento del riesgo de complicaciones, el método más adecuado de fijación para prevenir la necrosis de la cabeza femoral y la necesidad de fijación profiláctica de la cadera contralateral. También motivo de estudio sería el abordaje de complicaciones asociadas como la osteonecrosis, cuyo tratamiento resulta complicado por darse en etapas tempranas en las que la utilización de una artroplastia de cadera supone un abordaje agresivo y con muchas probabilidades de necesidad de reintervención futura.

CC-118. ABORDAJE ANTERIOR MIS PARA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA: VALORACIÓN DE LA TÉCNICA Y CURVA DE APRENDIZAJE. RESULTADOS COMPARATIVOS CON OTRAS VÍAS DE ABORDAJE MIS

A.D. Jover Mendiola, J. Sous Sánchez, C.E. Cobo Cervantes, M.T. Was, W. Lachowicz y J.A. Velasco Medina

Hospital de Torrevieja. Alicante.

Introducción y objetivos: El procedimiento mínimamente invasivo para la artroplastia total de cadera está siendo utilizado cada vez con mayor frecuencia. Se han utilizado diferentes abordajes en la literatura como los abordajes laterales mínimamente invasivos, los abordajes posteriores modificados, y algunas técnicas de dos incisiones.

Material y método: Desde inicios del año 2012 se introdujo en nuestro Hospital el abordaje anterior para la artroplastia total de cadera MIS. Presentamos una muestra de 10 casos. Se describe la curva de aprendizaje basada en nuestra experiencia, donde se evidencia una mejora tanto en la optimización y comodidad en la preparación del campo, como en la reducción de lesiones de partes blandas inherentes a la vía de abordaje y preservación de la cápsula. Igualmente se establece una comparativa radiográfica para la valoración y comparación en la implantación del cotilo con otros abordajes realizados hasta entonces en nuestro Hospital: anterolateral y posterior.

Resultados: Basándonos en nuestra experiencia, la vía de abordaje anterior no difiere en resultados a la implantación de cotilo con el resto de vías. Es un abordaje con menor destrucción de partes blandas, sin requerir de desinserciones musculotendinosas. Logra una disminución de sangrado y permite una reconstrucción capsular.

Comentarios y conclusiones: Los procedimientos MIS están enfocados a lograr la minimización de la disrupción de los músculos, el empeoramiento de la vascularización e inervación de los tejidos blandos, y la preservación del hueso, siendo menor importante la longitud de la incisión cutánea. Hasta la fecha, escasean estudios comparativos que puedan demostrar estadísticamente que los procedimientos MIS para la sustitución total de cadera lleven a un proceso de rehabilitación más rápido y a menos complicaciones, pero existe una tendencia hacia unos mejores resultados a corto plazo. Requieren una curva de aprendizaje larga.

CC-119. TRATAMIENTO DE LA OSTEONECROSIS DE CABEZA FEMORAL MEDIANTE ARTROSCOPIA DE CADERA Y CÉLULAS MADRE

B. Vallejo Argüeso y E. Margalet Romero

Clínica Tres Torres. Barcelona.

Introducción y objetivos: Describir el tratamiento no invasivo artroscópico, con la técnica out-inside, para tratar la osteonecrosis de cabeza femoral, con injerto autólogo de células mesenquimales de cresta ilíaca.

Material y método: Se han intervenido 9 pacientes afectados de osteonecrosis de cabeza femoral mediante artroscopia de cadera (técnica out-inside), realizando desbridamiento de zona necrótica con trépano introducido por la unión cabeza-cuello y relleno con injerto autólogo de células mesenquimales+ PRP+ trombina (PMWS) (en estadios iniciales), añadiéndole hueso autólogo (en estadios avanzados). Realizando en todos los casos revisión artroscópica del compartimento central y periférico para la visualización y tratamiento de patologías asociadas.

Resultados: Reducción clínica del dolor, mejoría del B.A., con vuelta a su actividad física-deportiva habitual a los 3 meses, tras 3 primeras semanas de descarga y 2 de carga parcial. Tiempo quirúrgico medio de 50 minutos y 1 noche de ingreso.

Comentarios y conclusiones: Dicho tratamiento mediante artroscopia, respecto a técnicas de cirugía abierta, obtiene resultados equi-

parables con mayor sensibilidad y precisión diagnóstica de la zona necrótica, de la integridad del cartílago adyacente y de patología central y periférica de la cadera, permitiendo el tratamiento in situ de lesiones asociadas, con menor dolor post-operatorio, disminución de tiempos de recuperación y de complicaciones asociadas a la cirugía abierta.

CC-120. TRATAMIENTO DE LAS TENDINOPATÍAS DE GLÚTEO MEDIO MEDIANTE PERFORACIONES PERCUTÁNEAS Y PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO. EXPERIENCIA PRELIMINAR

C. Hernández Galera, M. Ruiz Iban, J. Díaz Heredia, H. Gómez Santos, F. Aranda Romero, T. del Olmo Hernández, M.C. Sanz Pascual y P. García Medina

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La bursitis trocantérica o síndrome trocantérico es una patología con una prevalencia muy elevada, afectando sobre todo a mujeres y en estas de forma bilateral. Obedece a diversas causas una de ellas son las tendinopatías del glúteo medio o menor. El objetivo de esta revisión es analizar los resultados de una técnica de perforaciones percutáneas del glúteo medio e infiltración de plasma rico en factores de crecimiento para tratar tendinopatías degenerativas del glúteo medio resistentes al tratamiento conservador.

Material y método: Un total de 7 pacientes que presentaban un cuadro de dolor trocantéreo lateral de cadera resistente al tratamiento conservador con AINEs, infiltraciones de corticoides y técnicas de rehabilitación fueron incluidos en el estudio. Todos presentaban en el estudio con RM tendinopatías degenerativas del glúteo medio sin rotura evidente. Bajo sedación y en quirófano se les realizó una irritación del tendón lesionado con una serie (40-60) de perforaciones percutáneas del tendón por una sola punción cutánea seguidas de infiltración de 2-3 cm³ de plasma rico en plaquetas y leucocitos (PRP).

Resultados: Tras un seguimiento mínimo de 6 meses los 7 pacientes presentaron una mejoría de al menos el 50% en escala visual analógica de dolor en cadera. El 90% de los pacientes tratados estaban satisfechos con el tratamiento recibido.

Comentarios y conclusiones: Las tendinopatías se producen por un proceso degenerativo con microlesiones crónicas que superan la capacidad reparativa del tendón. Esta técnica es poco agresiva y su finalidad es producir un cambio irritativo en el tendón realizando nuevas lesiones que asociado al PRP que aporta factores de crecimiento permite iniciar un proceso reparativo del tendón afecto.

CC-121. LIMITACIONES DEL SISTEMA PLACA-TORNILLO DESLIZANTE EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL FÉMUR PROXIMAL DEL ANCIANO. PRIMER REPORTE DE UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 30 AÑOS

C. Wilches Restrepo, F. Gimeno Blasco, S. Fernández Muñoz, D. Olivera García y J. Cornet Susana

Hospital General de Igualada. Barcelona.

Introducción y objetivos: Debido al aumento de la edad media de la población que presenta fracturas de cadera durante los últimos años, hemos notado un incremento progresivo en los trazos de fractura antes considerados poco frecuentes, lo cual nos ha llevado al desarrollo de este trabajo cuyo objetivo es cuestionarnos la utilización del sistema de osteosíntesis placa-tornillo deslizante de forma sistemática para todas las fracturas de la región trocantérica, como ha sido difundido y aceptado en las últimas décadas en algunos centros, poniendo en evidencia sus defectos y limitaciones, y valorando la utilidad e indicación de otros tipos de osteosíntesis popularizados en años más

recientes, realizando un análisis basado en los tipos de fractura y criterios de estabilidad.

Material y método: Durante un periodo de 32 años (1977-2009), en nuestro centro hemos adoptado el sistema placa-tornillo deslizante para el tratamiento de las fracturas de la región trocantérica del fémur reuniendo una casuística de 4.218 casos. En el presente estudio, realizamos un análisis retrospectivo valorando datos epidemiológicos, trazos de fractura, criterios de estabilidad y los resultados clínicos en cuanto a consolidación y sus características, y capacidad de deambulación posterior a la osteosíntesis con el sistema placa-tornillo deslizante. En esta primera presentación de nuestro trabajo, realizamos una revisión anatómica, biomecánica y fisiopatológica de este tipo de fracturas, y ofrecemos los primeros resultados arrojados por nuestro análisis.

Resultados: En tres décadas, hemos asistido a un envejecimiento de la población, a un incremento de la vida esperable y a un aumento en la media de edad de los pacientes fracturados de 10 años en promedio aproximadamente. La dependencia física y cognoscitiva, solo ha permitido una reintegración a la situación previa, a un tercio de los pacientes. La osteoporosis es sistemática, con fracturas vertebrales y fracturas de fémur contralaterales ha presentado un importante aumento en su frecuencia. La patología intercurrente (85% con más de 4 diagnósticos en el CMBD) coadyuva a la gravedad y mortalidad de los pacientes. Las osteosíntesis con el sistema placa-tornillo deslizante en las que se consiguió una fijación en valgo, con compresión interfragmentaria y con medialización diafisaria, lograron la consolidación en más del 90 de los casos. Las osteosíntesis que no cumplieron estos requisitos biomecánicos ya fuera debido a una técnica incorrecta, a trazos de fractura inestables, a grave conminución, a asociación de lesiones capsulo ligamentosas o gran osteoporosis, presentaron complicaciones como retardo de consolidación, pseudoartrosis, fallo del material de osteosíntesis o consolidación viciosa, con una necesidad de reintervención en un 6% de la serie. En la actualidad nuestro grupo continúa analizando datos de esta gran serie de casos para ofrecer en una publicación final con análisis estadísticos en cuanto a epidemiología, mortalidad y factores intrínsecos a la fractura o al paciente que implican un pobre resultado en general en las fracturas del fémur proximal del adulto mayor tratadas con el sistema placa-tornillo deslizante.

Comentarios y conclusiones: En tres décadas, hemos asistido a un envejecimiento de la población, a un incremento de la vida esperable y a un aumento en la media de edad de los pacientes fracturados de 10 años en promedio aproximadamente. La dependencia física y cognoscitiva, solo ha permitido una reintegración a la situación previa, a un tercio de los pacientes. La osteoporosis es sistemática, con fracturas vertebrales y fracturas de fémur contralaterales ha presentado un importante aumento en su frecuencia. La patología intercurrente (85% con más de 4 diagnósticos en el CMBD) coadyuva a la gravedad y mortalidad de los pacientes. Las osteosíntesis con el sistema placa-tornillo deslizante en las que se consiguió una fijación en valgo, con compresión interfragmentaria y con medialización diafisaria, lograron la consolidación en más del 90% de los casos. Las osteosíntesis que no cumplieron estos requisitos biomecánicos, ya fuera debido a una técnica incorrecta, a trazos de fractura inestables, a grave conminución, a asociación de lesiones capsuloligamentosas o gran osteoporosis, presentaron complicaciones como retardo de consolidación, pseudoartrosis, fallo del material de osteosíntesis o consolidación viciosa, con una necesidad de reintervención en un 6% de la serie. En la actualidad nuestro grupo continúa analizando datos de esta gran serie de casos para ofrecer en una publicación final con análisis estadísticos en cuanto a epidemiología, mortalidad y factores intrínsecos a la fractura o al paciente que implican un pobre resultado en general en las fracturas del fémur proximal del adulto mayor tratadas con el sistema placa-tornillo deslizante.

CC-122. ESTUDIO CLÍNICO-RADIOLÓGICO DE LA SUSTITUCIÓN PROTÉSICA DE CADERA EN EL ADULTO JOVEN CON VÁSTAGO CORTO

D. Arribas Agüera, M.A. Froufe Siota, E. Navarro Cano, S. Aldirra Taha, A. Prats Bota, D. Masvidal Sanz y F. Fonseca Mallol

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: El tratamiento de la coxartrosis en el paciente adulto joven presenta controversia. La sustitución protésica es una de las opciones, encontrándonos con diferentes posibilidades en cuanto al diseño protésico y los pares de fricción. Recientemente se han introducido, los vástagos femorales cortos; con un nuevo concepto de anclaje metafisario, con la finalidad de mayor preservación ósea. En este caso revisamos los resultados clínicos y radiológicos del implante MINI-HIP MBA® de cadera.

Material y método: Se revisan 20 pacientes con una edad media de 60,2 años (rango 44-75) en los cuales se implanta el vástago MINI-HIP (8 izquierdas y 12 derechas) por coxartrosis evolucionada (16 artrosis primaria, 2 NAV, 1 postraumática, 1 protrusión acetabular y 1 displasia de cadera) Para el estudio de la evolución clínica utilizamos la escala Harris Hip Score (HHS), que se realiza pre-operatoriamente y en los diferentes controles en consultas externas, con una media de seguimiento de 7,3 meses (rango 1-12) Para la implantación de la prótesis total de cadera se utiliza el abordaje lateral de Hardinge, realizado siempre por el mismo equipo quirúrgico. En el estudio radiológico posquirúrgico se determina: (A) distancia desde el trocánter menor hasta el borde medio de la osteotomía del cuello femoral; (B) distancia desde la base lateral del cuello hasta el borde lateral de la osteotomía del cuello femoral; offset acetabular y femoral; y signos radiológicos de aflojamiento.

Resultados: La media de la escala HHS pre-operatoria es de 47,3 (rango de 32-70) Se producen 3 fisuras intra-operatorias (en 2 de las cuales se colocan cerclajes circulares a nivel metafisario) La media de la distancia A es de 18,84 y de B es 11,42. Post-operatoriamente se observa 1 caso de hundimiento del vástago de 10 mm. La media de la escala HHS post-operatoriamente es de 86,98 (rango 65-98).

Comentarios y conclusiones: Las prótesis femorales conservadoras de vástago corto son una opción terapéutica a considerar en paciente adulto-joven. El vástago MINI-HIP no presenta ningún estudio de supervivencia publicado. En este trabajo los resultados a corto término son esperanzadores, pero es necesaria una muestra más amplia y un periodo de seguimiento más prolongado para poder establecer conclusiones sobre la supervivencia de la misma.

CC-123. REVISIÓN DE LA LITERATURA DE LAS FRACTURAS INTERPROTÉSICAS FEMORALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

D.A. Muñeton Herrera, E. Guerra Farfán, E. Castellet Feliu, J. Minguell Monyart, A. Hernández Martínez, P. Corona Pérez, L. Carrera Calderer y M. Aguilar García

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La incidencia de las fracturas interprotésicas femorales (FIF) está en aumento. Son más frecuentes en cirugía de revisión u osteoporosis y tienen un alto riesgo de fracaso en su tratamiento. Es crucial para su adecuado manejo basarse en una clasificación que oriente la estrategia quirúrgica. Se presenta el resultado quirúrgico de un caso con múltiples comorbilidades asociadas y la revisión de la literatura.

Material y método: Hombre de 78 años. ASA IV. Diagnóstico de FIF tipo IIA de Platzer (adyacente a la prótesis de rodilla y con 2 implantes estables). Buena reserva ósea en el fragmento distal. Se decide realizar reducción indirecta y fijación con placa submuscular larga sin invadir foco de fractura.

Resultados: Inicia carga parcial sin autorización a las 6 semanas. Consolidación completa a los 5 meses de intervención. Implante de rodilla y cadera estables. Buen resultado funcional.

Comentarios y conclusiones: Algoritmos de tratamiento han sido establecidos en fracturas periprotésicas de cadera y rodilla, pero no está establecido de esta forma para las FIF. La estabilización de la fractura en un hueso osteoporótico, el riesgo de generar zonas de estrés en la zona interprotésica y la desestabilización de los implantes aumenta el riesgo de fracturas secundarias. Platzer publica una serie de casos y propone un algoritmo. Las opciones en el presente caso, son un clavo retrogrado, placa corta con aporte de injerto esponjoso, contra-placa de aloinjerto o placa larga percutánea. En la decisión es crucial no dejar zonas de estrés entre los vástagos y la placa, además de tener en cuenta el número de corticales fijadas proximalmente como lo menciona Sah, AP. La menor agresión quirúrgica al no invadir el foco de fractura y la menor agresión de la vascularización con la placa submuscular disminuyen el riesgo de fallo de consolidación. Es imprescindible, conocer y disminuir estos factores que llevan al fracaso en el tratamiento.

CC-124. ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN PACIENTES CON OSTEOSÍNTESIS PREVIA DE ACETÁBULO

D. Masvidal Sanz, M.A. Froufe Siota, J.M. Muñoz Vives, R. González Hernández, N. Fernández Noguera, E. Rodrigo López, D. Arribas Agüera y E. Navarro Cano

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: Revisar los resultados obtenidos en la artroplastia total de cadera en pacientes que han sido sometidos previamente a una osteosíntesis de acetábulo.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo sobre 9 pacientes que presentaron una fractura de acetábulo tratada mediante reducción abierta y osteosíntesis a los que posteriormente se les ha realizado una artroplastia total de cadera entre los años 1996 al 2012. El tiempo medio entre la osteosíntesis de acetábulo y la artroplastia total de cadera fue de 29 meses (1-87 meses). Entre las indicaciones de la artroplastia encontramos 4 casos de necrosis avascular de la cabeza femoral y 5 casos de coxartrosis, uno de ellos asociado a la necrosis de la ceja posterior del acetábulo. El tiempo medio del acto quirúrgico fue de 2 horas y 50 minutos.

Resultados: El tiempo de seguimiento medio posterior a la artroplastia ha sido de 52 meses (32-92 meses), con unos resultados clínicos en la escala de Harris que fueron buenos en 2 casos (22%), aceptables en 3 casos (33%) y pobres en 4 casos (44%). La tasa de complicaciones ha sido de un 55% (3 infecciones, 1 aflojamiento aséptico y 1 desmontaje).

Comentarios y conclusiones: La artroplastia total de cadera en pacientes que han sufrido una fractura de acetábulo previa tratada quirúrgicamente supone un reto para el cirujano por la complejidad de los casos y la elevada tasa de complicaciones.

CC-125. LA ARTROSCOPIA DE CADERA EN EL TRATAMIENTO DEL ATRAPAMIENTO FEMOROACETABULAR. RESULTADOS FUNCIONALES, IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

I. Crespo Culléll, R. Llombart Blanco, J. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, P. Díaz de Rada Lorente y G. Mora Gasqué

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La artroscopia de cadera es un procedimiento diagnóstico y terapéutico cada vez más extendido. Una de sus principales indicaciones es el tratamiento del atrapamiento femoroacetabular (AFA). Nuestro objetivo es mostrar los resultados funcionales, el impacto en calidad de vida y la satisfacción de pacientes afectados de AFA tratados mediante artroscopia de cadera.

Material y método: Revisión de pacientes intervenidos mediante artroscopia de cadera con diagnóstico de AFA con seguimiento mínimo de seis meses. El resultado funcional es medido mediante las escalas de Merlé D'Aubigne(MA) la escala Modified Harris Hip Score (MHHS) y el Hip Outcome Score (HOS). Hemos extrapolado las respuestas de la MHHS en la escala de calidad de vida Matriz Índice de Rosser (RIM) para valorar el impacto en la calidad de vida de los pacientes. Los pacientes fueron directamente preguntados acerca de su satisfacción con respecto al resultado de la cirugía.

Resultados: Entre marzo de 2010 y diciembre de 2011 40 pacientes fueron intervenidos mediante artroscopia de cadera por diagnóstico de AFA, un paciente se perdió en el seguimiento. 8 fueron mujeres y 31 varones. La edad media fue 40 años (27-56). El seguimiento medio ha sido 14 meses (6-26). La puntuación media en la escala de MA prequirúrgica fue 15,45 y la post 17,09. La puntuación MHHS prequirúrgica fue de 75,80 y la post 89,92. La funcionalidad media según la escala HOS fue de 90,63%. La calidad de vida media pretratamiento según RIM fue de 0,984 y postquirúrgica de 0,993. El 80% de los pacientes respondió afirmativamente al ser preguntados si estaban satisfechos con el resultado.

Comentarios y conclusiones: Tras el tratamiento quirúrgico con artroscopia de cadera obtenemos muy buenos resultados funcionales, mejoría en el índice calidad de vida y los pacientes se muestran satisfechos con el resultado. Los pacientes con peor estado inicial de cadera prequirúrgica, son los que muestran peores resultados.

CC-126. TÉCNICA DE SUPLEMENTACIÓN EN FRACTURAS PERTROCANTÉREAS

I. Pipa Muñiz, P. López Cuello, J. Mateo Negreira, N. Rodríguez García, J. Romero Ballarín, M. Suárez Suárez y C. Toyos Munárriz

Hospital de Cabueñes. Asturias.

Introducción y objetivos: Dentro de la morbi-mortalidad relacionada con las fracturas de cadera influye que la recuperación del paciente sea lo más rápido posible y con la menor tasa de complicaciones relacionadas con el implante. En el enclavado endomedular puede haber una serie de complicaciones que irían en relación con: cut out; mala calidad del hueso y mal posicionamiento; sangrado. Actualmente hay nuevas alternativas que permitan un mayor anclaje del dispositivo. En este caso en concreto se estudia la posibilidad de la aplicación de cemento a través de unos orificios presentes en la lámina espiral del tornillo cefálico, técnica que se conoce con el nombre de aumentación.

Material y método: Se seleccionaron 30 pacientes intervenidos de fractura pertrocantérea de cadera. A 15 se les había implantado un dispositivo endomedular mediante técnica convencional y a los otros 15 se les implantó un dispositivo endomedular realizando técnica de suplementación. Se evaluó y comparó el resultado entre enclavado endomedular convencional y el enclavado endomedular realizando la técnica de suplementación e identificar si existen diferencias con respecto a: sangrado perioperatorio, dolor postoperatorio, velocidad de recuperación, tiempo quirúrgico y migración del tornillo cefálico.

Resultados: Requirieron mayor nº de transfusiones los pacientes que habían sido intervenidos mediante método convencional. Cuando se realizó la técnica de suplementación se iniciaba la sedestación y deambulación más precoz, que los pacientes que se intervenían mediante procedimiento convencional, siendo esta diferencia estadísticamente significativa para el inicio de sedestación pero no para el inicio de la deambulación. En la cirugía con técnica de suplementación el tiempo quirúrgico es mayor, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Comentarios y conclusiones: La técnica de suplementación podría estar en relación con mayor estabilidad del implante que permitiría un inicio más precoz de la sedestación y de la posterior recuperación. El sangrado perioperatorio podría estar disminuido en los pacientes a los que se les practicó la técnica de suplementación. Como era de esperar el tiempo quirúrgico estaba incrementado cuando se realizaba la técnica de suplementación.

CC-127. LOS VÁSTAGOS METAFISARIOS EN LA CIRUGÍA PROTÉSICA DE CADERA: EXPERIENCIA CLÍNICA A CORTO PLAZO

J. Morales de Cano, J.M. Illobre Yuste y C. López Navarro

Hospital del Vendrell. Tarragona.

Introducción y objetivos: Los vástagos cortos metafisarios permiten preservar más cantidad de hueso y gracias su efecto biomecánico permitiendo llevar cargas compresivas en la columna lateral del fémur, reducen el stress shielding. Gracias al efecto preservando hueso metafisario, estos vástagos cortos permiten la colocación de un vástago convencional a la hora de realizar una cirugía de revisión. Presentamos nuestra experiencia inicial con los vástagos Proxima De Puy en la cirugía protésica de cadera.

Material y método: Entre junio de 2008 y diciembre de 2010 hemos intervenidos 43 pacientes en nuestro hospital a los que se les ha colocado una prótesis primaria tipo Próxima DePuy. Los 43 pacientes eran 31 hombres y 12 mujeres, con una edad media de 50,2 años. El seguimiento medio fue de 34 meses. La etiología más frecuente fue artrosis primaria de la cadera en 24, seguida de la necrosis de cabeza femoral en 14. Todos los procedimientos fueron intervenidos en decúbito supino mediante una vía antero-lateral de Watson Jones. Los pacientes fueron evaluados clínicamente mediante el baremo de Merle D'Aubigne (MD). La evaluación radiológica se realizó mediante la Rx anteroposterior estándar de pelvis y lateral de cadera.

Resultados: Al final del seguimiento la valoración media según el Baremo de MD era de 17,4.. La valoración radiográfica al final del seguimiento demostró no existencia de osteólisis ni radiolucencias. El ángulo de inclinación acetabular medio era de 47°. Sin embargo si existía una alineación en varo discreto del vástago femoral en 5 casos y en varo grave en un caso. Este caso presentó dolor continuo en la cara externa del muslo que obligo a realizar una cirugía de revisión a los 12 meses de la intervención para realizar un recambio del vástago femoral.

Comentarios y conclusiones: La implantación de los vástagos cortos metafisarios tipo Próxima De Puy no es difícil pero es diferente a la colocación de los vástagos no cementados. Por esta razón, es aconsejable seleccionar los pacientes convenientemente. Los resultados clínicos en las series publicadas son buenos, comprobándose una buena y rápida osteointegración metafisaria, pero necesitamos más tiempo de seguimiento para poder valorar la evolución de las observaciones radiográficas y para confirmar la durabilidad de los resultados clínicos observados.

CC-128. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA UTILIZACIÓN DEL VÁSTAGO CONSERVADOR GTS-BIOMET EN LA CIRUGÍA PROTÉSICA DE CADERA

J. Morales de Cano, J.M. Illobre Yuste y C. Gordo Coll

Hospital del Vendrell. Tarragona.

Introducción y objetivos: Los vástagos cortos metafisarios permiten preservar más cantidad de hueso y gracias su efecto biomecánico permitiendo llevar cargas compresivas en la columna lateral del fémur, reducen el stress shielding. Gracias al efecto preservando hueso metafisario, estos vástagos cortos permiten la colocación de un vástago

convencional a la hora de realizar una cirugía de revisión. Nosotros presentamos nuestra experiencia inicial con los vástagos Conservadores GTS Biomet en la ATC.

Material y método: Entre enero de 2011 y abril de 2012 hemos intervenidos 81 pacientes en nuestro hospital a los que se les ha colocado una ATC primaria tipo GTS Biomet. Los 81 pacientes eran 56 hombres y 25 mujeres (un caso bilateral), con una edad media de 62,8 años. El seguimiento medio fue de 9 meses. La causa más frecuente de la intervención fue la artrosis primaria de la cadera en 59 casos seguida de la necrosis de cabeza femoral en 10 casos. Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo cirujano, en decúbito supino mediante una vía antero-lateral de Watson Jones. Se realizó seguimiento clínico mediante el baremo de Merle D'Aubigne, así como valoración radiográfica mediante RX anteroposterior y lateral de la cadera.

Resultados: Al final del seguimiento la valoración media era de 17,4. Tuvimos una complicación intraoperatoria, un paciente presentó una fisura del calcar que se resolvió realizando una osteosíntesis con un tornillo. No se observó ninguna infección, ni luxaciones, ni trombosis venosas, ni lesiones nerviosas. La valoración radiográfica al final del seguimiento demostró no existencia de osteólisis ni radiolucencias. El ángulo de inclinación acetabular medio era de 47° (rango: 42 a 50). Sin embargo si existía una alineación en varo discreto del vástago femoral (menos de 5°) en 6 casos.

Comentarios y conclusiones: En nuestra experiencia, la implantación de los vástagos conservadores tipo GTS Biomet son fáciles de colocar permitiendo una técnica reproducible, que los hacen una buena opción como vástagos primarios. La experiencia clínica es muy corta aunque no han aparecido problemas de hundimiento ni movilidad de los vástagos, comprobándose una buena y rápida osteointegración metafisaria, pero necesitamos más tiempo de seguimiento.

CC-129. OSTEOSÍNTESIS DE LA SÍNFISIS DEL PUBIS: CÓMO LOGRAR TORNILLOS CON MAYOR RECORRIDO ÓSEO

J. del Río Alonso, J. Piriz Simonetti, S. Abara Caussade, R. Wulf Ibáñez, M. Valencia Carrasco, P. Paz Ramírez y J.A. Riera Martínez

Mutual de Seguridad. Chile.

Introducción y objetivos: Determinar si al modificar la posición de la placa de sínfisis del pubis y la dirección de los tornillos mediales se puede aumentar el recorrido intraóseo de éstos.

Material y método: Estudio realizado en 5 piezas cadavéricas de pelvis óseas de adulto y un modelo de pelvis radiopaco. Bajo visión directa y control radiográfico se colocaron agujas de Kirschner 2,0 mm en los agujeros mediales de la placa. Realizamos mediciones en milímetros para los recorridos intraóseos de tornillos rectos y oblicuos con la placa en la ubicación superior y para tornillos rectos en la posición anterosuperior. Medimos el ángulo ideal de los tornillos oblicuos para lograr el mayor recorrido intraóseo posible.

Resultados: Los largos de los tornillos fueron en promedio: 31,6 mm recto con placa anterosuperior (rango 20-44 mm), 54,5 mm recto con placa superior (rango 48-65 mm) y 80,1 mm oblicuo con placa superior (rango 74-88 mm). Modificar la ubicación de la placa desde la posición anterosuperior a la superior aumentó el largo de los tornillos en al menos un 170% (54,5 vs 31,6 mm promedio). En la ubicación superior, darle oblicuidad en un ángulo de 9,5 grados agrega en promedio 25,6 mm de recorrido intraóseo a los tornillos.

Comentarios y conclusiones: Ubicar la placa en la zona superior de la sínfisis y colocar los tornillos mediales con oblicuidad divergente permite lograr recorridos intraóseos más largos (hasta 2.5 veces comparado con la ubicación anterosuperior de la placa). Aun debe demos-

trarse que esto se traduzca en mayor estabilidad y resistencia al arrancamiento en la práctica clínica.

CC-130. NUEVO SISTEMA DE INTERPOSICIÓN ACETABULAR DE POLICARBONATO URETANO (TRIBOFIT): RESULTADOS FUNCIONALES EN PACIENTES CON FRACTURAS SUBCAPITALES DE CADERA

J.M. Sánchez Siles, A. Rodríguez León, I. Martín Rodríguez, D. González Quevedo, J.J. Hidalgo Díaz, M. Bravo Bardaji, J. Mora Villadeamigo y J.A. Alba Tercedor

HRU Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El sistema de interposición acetabular consiste en un fino componente de policarbonato uretano (PCU) de 2,7 mm de grosor, que se implanta tras la retirada del cartílago directamente sobre hueso, lo que permite disponer de mayor stock óseo. A este novedoso sistema se le presupone una serie de ventajas teóricas como una disminución de la fricción entre superficies, una transferencia de cargas más fisiológica y una menor capacidad de generar partículas de desgaste, por lo tanto menor potencial osteolítico. Nuestro objetivo es valorar la capacidad funcional de los pacientes tratados mediante este sistema, y observar si éste es bien tolerado.

Material y método: Desde marzo de 2009 a noviembre de 2010 se han intervenido en nuestro servicio a 27 pacientes con fracturas subcapitales inestables osteoporóticas mediante el sistema de interposición acetabular de PCU. Se trata de un estudio prospectivo observacional. El rango de edad es de entre 70 y 80 años. Las revisiones se hicieron al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y después anualmente. Sólo se han incluido en este estudio aquellos pacientes con un seguimiento mínimo de 1 año. Las escalas de valoración fueron: WOMAC, Harris y Merle-D'Aubigne.

Resultados: Del total de los 27 pacientes intervenidos, se excluyeron 7 pacientes (4 por mortalidad antes de 1 año, 1 por desarrollar demencia senil severa, con postración en cama antes del año, 1 por infección del material protésico con recambio del mismo y 1 por imposibilidad de realizar seguimiento). Por lo tanto 20 han sido los pacientes revisados. De éstos 5 eran hombres y 15 eran mujeres (25% y 75% respectivamente). El periodo de seguimiento medio ha sido de 22,45 meses (rango de 13 a 33 meses). La edad media fue de 74,35 años (rango 70-79 años). Según la escala WOMAC, en cuanto al dolor (puntuación de 0 a 20, peor cuanto más alto), se han dividido en categorías cualitativas, siendo 0-1 excelente, 2-4 bueno, 5-7 aceptable, 8 o más insatisfactorio. 10 pacientes marcaron una puntuación excelente (50%), 5 (25%) buena, 2 (10%) aceptable y 3 (15%) mala. En cuanto a la rigidez (puntuación de 0-8), 15 pacientes no notaban rigidez o poca en algún momento del día (75%), 3 notaban rigidez notable en algún momento del día (15%) y 2 notaban mucha rigidez (10%) en algún momento del día. En cuanto a capacidad funcional (0-68, Excelente < 5, Buena < 10, aceptable < 15, Pobre > 16). 7, 8, 2 y 3, respectivamente. Por lo tanto, en cuanto a resultados en escala WOMAC, podemos decir que del total de pacientes, el 75% de los pacientes obtuvieron un resultado bueno o excelente, un 10% resultado aceptable y un 15% un resultado malo. Según la escala Merle D'Aubigne, 12 pacientes obtuvieron una puntuación mayor a 16 (Excelente o Muy buena), 3 Buena, 2 aceptable y 3 malos resultados. Por último, según Harris's Score, 10 pacientes con puntuación excelente, 7 buenos y 3 malos resultados. Los 3 pacientes con malos resultados, mostraron imágenes gammagráficas compatibles con movilización del componente acetabular. No podemos descartar que estas imágenes no se den en pacientes con buenos resultados, ya que este componente no llega a incorporarse. Los 3 pacientes están pendientes de revisión quirúrgica.

Comentarios y conclusiones: Podemos concluir que el nuevo sistema de interposición acetabular es una buena opción de tratamiento en

pacientes con fractura subcapital de fémur. No obstante contamos una tasa demasiado alta de malos resultados (15%) quizá debido a una magnificación por un escaso número de pacientes, quizá por una deficiente curva de aprendizaje. Estudios a más largo plazo, y con mayor número de pacientes serían necesarios para corroborar estas conclusiones.

CC-131. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS TRANSVERSAS MÁS PARED POSTERIOR DE ACETÁBULO

J. Piriz Simonetti, J. del Río Alonso, S. Abara Caussade, M. Valencia Carrasco, P. Paz Ramírez y J.A. Riera Martínez

Clínica Alemana. Chile.

Introducción y objetivos: Describir nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de las fracturas transversas más pared posterior de acetábulo, los elementos que ayudan en la elección del abordaje y los resultados funcionales y radiológicos de este tipo de lesiones.

Material y método: Estudio retrospectivo y descriptivo de una serie consecutiva de 9 pacientes (9 fracturas) operados de fractura transversa más pared posterior de acetábulo entre agosto de 2008 y septiembre de 2010. Seis hombres y 3 mujeres con una edad promedio de 40,4 años se operaron en este período. Se revisaron protocolos operatorios, fichas clínicas e imágenes pre y postoperatorias. Se evaluaron complicaciones tempranas y tardías y resultados funcionales de acuerdo a la escala de Merle D'Aubigne y Postel.

Resultados: Todos los casos se consideraron secundarios a mecanismos de alta energía. Cinco pacientes presentaron luxación posterior de cadera y 4 presentaron luxación central. Ocho pacientes presentaron lesiones asociadas. En el postoperatorio temprano no se presentaron complicaciones. Un paciente presentó artrosis post traumática y requirió artroplastia total de cadera. El puntaje promedio de Merle d'Aubigne fue de 16,1 puntos.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico para este tipo de lesiones tiene buenos resultados en el corto plazo en este grupo de pacientes.

CC-132. DISMORFISMO SACRO: ESTUDIO ANATOMORADIOLÓGICO E IMPLICANCIAS CLÍNICAS EN LA COLOCACIÓN DE TORNILLOS SACROILÍACOS PERCUTÁNEOS

J. Piriz Simonetti, J. del Río Alonso, S. Abara Caussade, M. Valencia Carrasco, P. Paz Ramírez, C. Barrientos Mendoza y J.A. Riera Martínez

Clínica Alemana/Mutual de Seguridad. Chile.

Introducción y objetivos: La colocación de tornillos sacroilíacos percutáneos es una técnica útil en el manejo de las lesiones traumáticas de la pelvis posterior. Su colocación se puede ver dificultada en presencia de determinadas variaciones anatómicas del sacro, como el dismorfismo.

Material y método: Realizamos un estudio morfológico y radiológico en una pelvis normal y una dismórfica. Marcamos con alambre las corticales anteriores de S1 y S2, el borde superior de la articulación sacroilíaca y el vestíbulo óseo de S1, tras lo cual repetimos las radiografías.

Resultados: Las proyecciones outlet y lateral son las más útiles para identificar pelvis con sacros dismórficos. En la proyección inlet la cortical de S1 y S2 se superponen en la pelvis normal, pero en la pelvis dismórfica la cortical anterior de S1 se ubica posterior a la de S2, creando un falso límite anterior seguro. En la proyección lateral observamos que en la pelvis dismórfica el vestíbulo se encuentra superior y anterior al borde superior de S1 o densidad cortical del ilíaco,

por lo cual es imposible la colocación de tornillos sacroilíacos transversos.

Comentarios y conclusiones: Nuestros hallazgos radiológicos demuestran que es imprescindible conocer esta variación anatómica para poder decidir en cuales pacientes es seguro intentar colocar tornillos sacroilíacos percutáneos.

CC-133. ALOINJERTO ÓSEO EN CIRUGÍA DE REVISIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA: NUESTRA EXPERIENCIA

L.M. Pérez Estupiñán, J. Parra Ballester, J.S. Ribas García-Peñuela, V. Estrems Díaz, B. Novoa Sierra y L. Hernández Ferrando

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y objetivos: El aflojamiento aséptico de la prótesis de cadera sigue siendo un problema y es una causa importante de recambios. Cuando la pérdida de masa ósea es escasa o nula pueden cambiarse los componentes por alguno del mismo tamaño o algo mayor. Si existen defectos que comprometen la estabilidad del implante, la anatomía debe reconstruirse con injertos óseos. Es preferible la utilización de autoinjerto por su mejor incorporación, pero con frecuencia la insuficiente reserva ósea, condiciona a que se emplee el aloinjerto. El objetivo de este estudio es determinar el tiempo de incorporación del aloinjerto y su resultado final.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo, analizando 30 recambios de prótesis total de cadera realizados entre enero de 2006 y diciembre de 2011. El seguimiento medio fue de 24 meses, valorando la incorporación del aloinjerto y la posible movilización de los componentes protésicos.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 66 años, siendo 18 mujeres y 12 hombres. De las caderas intervenidas, 18 eran derechas y 12 izquierdas. La causa más frecuente de la primera intervención fue coxartrosis primaria. La incorporación de los aloinjertos triturados de esponjosa fue a los 5 meses y la de los grandes fragmentos corticoesponjosos a los 11 meses. Se obtuvo un resultado satisfactorio en el 80% de los casos (incorporación del aloinjerto al hueso receptor y estabilidad de los componentes protésicos).

Comentarios y conclusiones: El aloinjerto se ha convertido en una herramienta muy útil y con buenos resultados en la cirugía protésica de revisión. Es preciso realizar un seguimiento continuo y cuidadoso de los pacientes portadores de una prótesis de cadera para que en caso de fallo, el recambio no se realice cuando el grado de deterioro óseo dificulte aún más la intervención.

CC-134. FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE FÉMUR TRATADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ENTRE 2008 Y 2010: NUESTRA EXPERIENCIA

M. Angulo Tabernero, M. Lillo Adán, A. Aso Vizán, J. Camacho Chacón, S. Aldabas Soriano, S. Ferrer Peirón, A. Peguero Bona y A. Herrera Rodríguez

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Las fracturas periprotésicas han sufrido una incidencia creciente en las últimas décadas, su resolución es un reto difícil, incluso para los cirujanos más experimentados. La clasificación de Vancouver ha contribuido en gran medida a su mejor caracterización y orientación terapéutica. El propósito de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento de este tipo de fracturas.

Material y método: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de 30 pacientes con una edad media de 73,2 años operados en nuestro hospital entre julio de 2008 y julio de 2010 que ingresan con diagnóstico de fractura periprotésica de cadera y utilizando como criterio

para su catalogación la calcificación de Vancouver. El seguimiento de los casos fue como mínimo de 2 años.

Resultados: La distribución de los casos fue la siguiente: 8 casos tipo A, 15 casos tipo B y 7 casos tipo C. De ellos 29 fueron intervenidos quirúrgicamente y se presentaron complicaciones en 5 de los pacientes. La resolución fue excelente en 7 casos, buena en 18 y pobre en 5.

Comentarios y conclusiones: Una minuciosa evaluación individual basada en la clasificación de Vancouver, la edad y las necesidades funcionales del paciente son los parámetros más importantes para el éxito del tratamiento.

CC-135. PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO ASOCIADO A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA CON PAR DE FRICCIÓN METAL-METAL

V. Pellicer García, L. Moril Peñalver, P. Gutiérrez Carbonell y J. Vidal Catalá

Hospital Virgen de los Lirios. Alicante.

Introducción y objetivos: Aunque los resultados clínicos iniciales de las artroplastias totales de cadera con par de fricción metal-metal de segunda generación eran esperanzadores, un número creciente de publicaciones advierte de complicaciones con estos modelos, tales como liberación de iones metálicos, reacciones de hipersensibilidad y la aparición de pseudotumores inflamatorios. Se analizan los factores de riesgo asociados a la aparición del pseudotumor inflamatorio y su manejo diagnóstico-terapéutico.

Material y método: Se presenta el caso clínico de dos pacientes mujeres, de 38 años y de 63 años, portadoras de artroplastia total bilateral de cadera con par de fricción metal-metal: la primera paciente modelo WRIGHT de resuperficialización por displasia del desarrollo de la cadera bilateral, y la segunda paciente modelo BHR Synergy por coxartrosis inflamatoria asociada a espondilitis anquilosante. Ambas pacientes presentaron síndrome febril asociado a dolor e impotencia funcional, precisando revisión quirúrgica. Los niveles séricos de cromo-cobalto de ambas pacientes se encontraban por encima de los límites de seguridad.

Resultados: Ambas pacientes eran mujeres, con sensibilización previa a metales. El tiempo medio desde la implantación de las artroplastias hasta la aparición de la sintomatología fue de unos 5 años. Debutaron clínicamente por dolores osteoarticulares, fiebre y claudicación a la marcha. El diagnóstico se alcanzó mediante TC y ambas pacientes fueron sometidas a cirugías de resección del pseudotumor.

Comentarios y conclusiones: El pseudotumor es una complicación rara pero importante presente en todos los tipos de reemplazo de cadera. Sus causas potenciales incluyen reacciones a cuerpo extraño, hipersensibilidad y desgaste de partículas. Una vez que se desarrolla el proceso, empeora progresivamente resultando en dolor, compresión de estructuras vecinas, destrucción ósea y de tejidos blandos requiriendo una revisión quirúrgica. No existen recomendaciones estandarizadas en la literatura sobre la actitud terapéutica a adoptar ante esta patología.

CC-136. CIRUGÍA DE REVISIÓN DE ARTROPLASTIA DE CADERA INFECTADA EN UN ÚNICO TIEMPO QUIRÚRGICO. EXPERIENCIA DE NUESTRO SERVICIO

C. Alves, L. Silva, T. Frada, A. Hillis, A. Gil Ribeiro, J. Tinoco Bartol, B. Pereira y C. Mateus

Hospital de Braga. Portugal.

Introducción y objetivos: La tasa de infección profunda pos artroplastia de la cadera es una de las complicaciones más temibles y se sitúa entre los 0,6% y los 2%. Los pilares del tratamiento son la antibioterapia prolongada y la cirugía. La mayoría de los regímenes terapéuticos

que incorporan estas 2 modalidades consiguen tasas de erradicación apreciables. Las infecciones con más de 1 mes de duración tienen cantidades aumentadas de glicocalix por lo que se cree que la remoción del implante es lo más fiable.

Material y método: Fueron revisados los pacientes sometidos a cirugía de revisión de artroplastia total de cadera infectada en un único tiempo quirúrgico entre enero de 1996 y diciembre de 2008 en nuestro hospital. Los pacientes fueron identificados a través del registro quirúrgico y valorados retrospectivamente en cuanto al agente infeccioso, duración de infección, tiempo desde la artroplastia inicial y comorbilidades asociadas. Valoramos los resultados clínicos, imagiológicos y de laboratorio. Se usó la escala de valoración de Merle D'Aubigné-Postel pre y postoperatoria. Todos los pacientes fueron tratados con antibioterapia sistémica postoperatoria.

Resultados: De los 449 pacientes sometidos a revisión de artroplastia total de la cadera en el periodo de tiempo referido, la infección ha sido la razón de la revisión en 50 de ellos. De éstos, en 38 se procedió a la revisión en un único tiempo quirúrgico. En 36 ninguno de los componentes ha sido cementado y en 2 el componente del acetábulo fue cementado. Todos los vástagos fueron no cementados. En 27 pacientes fue utilizado un vástago de bypass. El beneficio funcional valorado por la escala de Merle D'Aubigne-Postel fue de 7,9 puntos.

Comentarios y conclusiones: No obstante los resultados de la reimplantación en un único tiempo quirúrgico demuestran tasa de éxito, relativamente a la erradicación de la infección, inferior a la técnica en 2 tiempos, existe un elevado número de situaciones en el que la primera puede ser preferible. El coste y morbilidad más bajos son sus principales argumentos. Además, de acuerdo con la literatura los resultados funcionales parecen ser superiores. La reimplantación de una artroplastia total de la cadera puede ser difícil debido a la extensa fibrosis cicatricial e osteoporosis de desuso. La técnica en un único tiempo es una opción que presenta buenos resultados funcionales y más bajo coste. Las indicaciones tienen de ser fundamentadas y la técnica quirúrgica correcta para obtener buenos resultados.

CC-137. FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

M.C. Valverde Castrejón, M. Quiles Galindo y S. Barroso Hernández

Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Introducción y objetivos: La prevención de la enfermedad metabólica ósea es un componente del tratamiento de los enfermos en hemodiálisis crónica, pero la fractura de cadera es más frecuente en ellos que en la población general. La intención del trabajo es estudiar los pacientes con fractura de cadera en enfermos en hemodiálisis en la provincia de Badajoz.

Material y método: Desde enero de 2000 a julio de 2011, 35 pacientes (36 fracturas), en 23 mujeres y 12 hombres con fractura de cadera han sido tratados en nuestro hospital, el único en el que en ese periodo de tiempo trataba a los enfermos en hemodiálisis. La población es de 688.777 habitantes. Se observaron las complicaciones tempranas y tardías, así como la mortalidad. Se analizó la supervivencia.

Resultados: Trece fueron fracturas subcapitales, 20 trocántéricas y 3 subtrocántéricas. Se utilizó fijación interna en las fracturas trocántéricas y subtrocántéricas, y hemiartroplastia en las subcapitales. Un hallazgo muy frecuente fue el hiperparatiroidismo. El mal estado general en el momento de la fractura fue la razón para evitar la intervención en 5 de ellos. Las complicaciones postoperatorias fueron frecuentes y alta la mortalidad.

Comentarios y conclusiones: Las complicaciones y mortalidad en este grupo de pacientes en hemodiálisis con fractura de cadera son frecuentes. El tratamiento quirúrgico de las mismas debe realizarse siempre que las condiciones médicas lo permitan.

CARTÍLAGO (CC-138-CC-140)

CC-138. FRACTURA OSTEOCONDRALE DE CÓNDILO FEMORAL LATERAL. REDUCCIÓN Y OSTEOSÍNTESIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Guijarro Valtueña, E. García Paredero, J. Jiménez Cristobal, C. Zorzo Godes, C. Jiménez Salanova, M.S. González González, T.M. Beteta Robles y S. González González

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas osteocondrales de cóndilo femoral lateral son lesiones poco frecuentes y en ocasiones pasan desapercibidas en el examen radiológico inicial. Clásicamente se han tratado de manera quirúrgica mediante escisión del fragmento aunque las últimas tendencias nos dirigen a la reducción de la fractura y fijación de la misma con distintos materiales.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 19 años que tras un giro brusco presenta dolor en rodilla izquierda. Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital donde se le realiza una artrocentesis en la que se obtienen 50 cc de hemartros. En el estudio radiológico simple se evidencia fractura osteocondral de cóndilo femoral externo que se confirma con TC. Es intervenido quirúrgicamente donde mediante artroscopia se visualiza un fragmento libre intraarticular de 1 cm² que fue repuesto en su lugar y fijado mediante barras de ácido poliláctico.

Resultados: Fue inmovilizado con ortesis en extensión durante 10 días. Comenzó el tratamiento rehabilitador al mes y medio de la cirugía. Se permitió la carga completa transcurridos 3 meses. Alcanzó un balance articular completo a los 5 meses de la lesión. Al año de seguimiento se encuentra asintomático y ha comenzado la práctica de deporte.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas osteocondrales suponen un reto para el cirujano ortopédico porque cuando afectan a pacientes jóvenes y son de gran tamaño, conducen a una situación de dolor y degeneración articular en el futuro. La reposición del fragmento en su lugar recupera la superficie de la articulación y disminuye el riesgo de osteoartritis.

CC-139. RIESGO DE ARTROSIS EN EL FÚTBOL

E. Alentorn Geli, J.F. Sánchez Soler, C. Gamba y L. Puig Verdier

Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: Se ha sugerido que los futbolistas retirados tienen un riesgo aumentado de artrosis, especialmente en ex-deportistas de élite. No obstante, muchos de los estudios existentes no han ajustado su análisis para la mayoría de factores de confusión más importantes (edad, sexo, índice de masa corporal, trabajo e historia de lesión articular) para el desarrollo de artrosis. El objetivo del trabajo es evaluar si el fútbol aumenta el riesgo de artrosis cuando los factores de confusión se controlan.

Material y método: Se realizó una búsqueda a través de Pubmed hasta noviembre 2011 con las siguientes palabras clave en búsquedas separadas: "sports and osteoarthritis", "soccer players", "risk factors and osteoarthritis", "soccer players and osteoarthritis". Se obtuvieron 1.602, 2.063, 2.834, y 31 artículos, respectivamente. Los abstracts de los artículos potencialmente de interés fueron revisados. Sólo artículos analizando el riesgo de artrosis en ex-jugadores de fútbol o aportando la incidencia o prevalencia fueron incluidos. Un total de 23 artículos fueron finalmente seleccionados para este estudio.

Resultados: De los 23 artículos, 12 (52,1%) trataron sólo de jugadores de fútbol, y los 11 restantes mezclaron diferentes deportes. Dos (8%) estudios eran nivel IV de evidencia, y 21 nivel III. Datos sobre la exposición al fútbol fueron en general poco detallados. Sólo 7 estudios

(30%) ajustaron el análisis para 4 o 5 de los factores de confusión considerados. Analizando sólo los estudios que controlaron para más factores de confusión, se comprobó como el fútbol no se asocia claramente con riesgo de artrosis.

Comentarios y conclusiones: No hay suficiente evidencia para afirmar que el fútbol se asocia con un aumento de artrosis cuando los factores de confusión se controlan en el análisis. Estudios con nivel II de evidencia controlando por el máximo número de factores de confusión son necesarios para determinar si el fútbol aumenta el riesgo de artrosis.

CC-140. IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO DE ARTROPLASTIAS EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DE NUESTRO HOSPITAL

S. Lasurt Bachs, J. Sales, M. Lafuente, M. Videla, J. Girós y J. Valdés

Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los registros de artroplastias han sido diseñados para conocer, entre otras variables, el número de artroplastias implantadas, los modelos utilizados y su tiempo de supervivencia. Pretende analizar la variabilidad de la práctica médica, evaluar la efectividad y la seguridad de las prótesis, contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial. Diferentes países en todo el mundo poseen desde hace años de un sistema de registro para conocer sus propios datos.

Material y método: Nuestro hospital, inaugurado en febrero de 2010, inicia la actividad quirúrgica de sustitución protésica: cadera, rodilla y hombro en abril de 2010. Se utiliza esta herramienta para registrar la actividad y evolución de la cirugía protésica y para conocer desde el principio el estado en el que se encuentra nuestro centro. Planteamos una propuesta de trabajo incluida dentro de la Historia Clínica informatizada contenida en el hospital. Analizamos una serie de objetivos y los posibles puntos débiles encontrados al inicio de nuestra tarea. Beneficiándonos de un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de cada paciente y añadiendo unas pocas variables no incluidas en el CMBD se recogen las Artroplastias primarias y revisiones de rodilla, cadera y hombro con sus controles y revisiones. Se valora con las Escalas de HSS, Merlé D'Aubigne y Constant respectivamente.

Resultados: La sobrecarga de trabajo que implica la cumplimentación del Registro de Artroplastias compensa los resultados obtenidos.

Comentarios y conclusiones: La principal limitación del trabajo es el corto seguimiento de los pacientes. En el caso del registro sueco de cadera, la disminución de la variabilidad de los tipos de prótesis y la mejora de las técnicas quirúrgicas gracias a la transmisión de los cirujanos de la información analizada sobre los resultados de las artroplastias, son los factores responsables de una mejora significativa de la supervivencia de las prótesis implantadas en 1989 respecto a las de 1979.

CODO (CC-141-CC-169)

CC-141. LUXACIÓN ABIERTA DE CODO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

A. Tejero Ibáñez, A.J. Garbayo Marturet, A. Lanz Ochoa, A. Castaño Serrano, F.J. Repáraz Padrós, O. Jiménez Sarmiento y M.V. Rodríguez Goñi

Complejo Hospitalario de Navarra "A". Pamplona.

Introducción y objetivos: La luxación abierta de codo es muy infrecuente con pocos casos publicados en la literatura. Suelen estar aso-

ciadas a lesiones sobre todo vasculares de la arteria humeral y en ocasiones a lesiones nerviosas. Presentamos dos casos de luxación abierta de codo sin lesiones vasculares ni nerviosas que recuperación excelente de la función.

Material y método: Se presentan dos casos de luxación abierta de codo con lesiones similares en las dos. Fueron tratadas con reducción bajo anestesia y reconstrucción ligamentosa y capsular con posterior ferulización de la extremidad y un periodo de rehabilitación. No hubo lesiones vasculares asociadas que suele ser la norma en estos casos.

Resultados: Los resultados en ambos casos han sido excelentes, con recuperación completa de la función del codo lesionado.

Comentarios y conclusiones: La luxación cerrada de codo es frecuente en nuestro medio, siendo el tratamiento ortopédico el que se utiliza de forma habitual. Las luxaciones abiertas son muy poco frecuentes y en ocasiones con resultados desastrosos. Conocer la fisiopatología de la luxación es importante a la hora de la reconstrucción quirúrgica de las estructuras lesionadas para evitar secuelas.

CC-142. LUXACIÓN AISLADA POSTERIOR DE CABEZA DE RADIO EN EL ADULTO

A. Tejero Ibáñez, A. D'Arrigo, B. Fernández Esain, M.V. Rodríguez Goñi, O. Jiménez Sarmiento e I. Eraso Lara

Complejo Hospitalario de Navarra "A". Pamplona.

Introducción y objetivos: La luxación aislada de cabeza de radio es una patología frecuente en el niño de forma única o asociada a otra patología musculoesquelética. En el adulto es una patología muy poco frecuente, siendo una treintena de casos publicados en la literatura. El objetivo es presentar un caso de luxación posterior aislada de cabeza de radio.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de mediana edad que tras caída sobre la extremidad superior izquierda presento una luxación aislada posterior de cabeza de radio. De urgencia se redujo bajo anestesia general y se colocó una férula de yeso durante 3 semanas.

Resultados: El resultado clínico y radiológico ha sido excelente, no presentando deficiencias funcionales de la extremidad lesionada.

Comentarios y conclusiones: La luxación aislada del adulto es catalogada en ocasiones como una luxación total de codo en forma abortada como en nuestro caso. Existe una fisiopatología de la lesión bien definida en la mayoría de los casos y el tratamiento es conservador es el más aceptado, siendo el buen resultado funcional es la norma. La importancia de esta patología radica en saber identificarla a tiempo para evitar secuelas catastróficas del codo lesionado.

CC-143. OSTEOCONDROMATOSIS SINOVIAL DE CODO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.D. González Pérez, R. Delgado Mateo, M.M. Pardo Coelho, A. Blanco Parreño, M.G. Guerrero Álvarez y J. Pérez Martínez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: La condromatosis sinovial es una lesión benigna, infrecuente y de localización generalmente monoarticular, caracterizada por la formación metaplásica de múltiples nódulos cartilaginosos dentro del tejido conectivo de la membrana sinovial de las articulaciones, vainas tendinosas o bursas. Los nódulos pueden ser pediculados y en algunas ocasiones pueden desprenderse y quedar como cuerpos libres en el espacio articular. La calcificación y osificación en condral no siempre existe, y por tanto en muchos casos no son visibles radiográficamente

Material y método: Presentamos un caso de un paciente varón de 33 años, que presenta dolor de 3 meses de evolución a nivel de la

articulación del codo derecho, con leve inflamación tras incremento de sollicitación mecánica y con una limitación de la extensión de 20°. La prono-supinación estaba conservada. Tras estudio con Rx simple, no se observa lesión aparente, por lo cual se solicita una TC y una RMN.

Resultados: Tras la realización de las pruebas de imagen, se aprecia fragmento osteocondral, de 24 mm x 11 mm, en fosa olecraniana. Tras el diagnóstico radiológico de osteocondromatosis sinovial, se procede a cirugía, realizándose abordaje posterior de codo derecho mini-open y exéresis de cuerpo libre osteocondral más sinovectomía parcial. El paciente cursó sin complicaciones, recuperando la movilidad completa y su funcionalidad tanto laboral, como deportiva en 4 semanas.

Comentarios y conclusiones: La osteocondromatosis de codo es una patología infrecuente, en la que la radiología simple no siempre es diagnóstica, y se deben realizar más pruebas de imagen. La cirugía y la exéresis de los cuerpos osteocondrales suele ser el tratamiento definitivo.

CC-144. SISTEMA DE ANCLAJE TOGGLELOC PARA ROTURA BICIPITAL

A. Jiménez Martín, F.J. Santos Yubero, S. Navarro Martínez, F.J. Najarro Cid y S. Pérez Hidalgo

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón distal del bíceps representa el 3% de las roturas tendinosas, siendo más frecuente en el mundo laboral y deportivo. La ausencia de tratamiento supone una disminución en la fuerza flexora del 25-30% y supinadora del 25-40%. Nuestro objetivo es presentar un caso tratado mediante abordaje único anterior y revisar la técnica y complicaciones.

Material y método: Varón de 48 años, que sufre dolor brusco en la flexura anterior del codo izquierdo tras esfuerzo laboral. Ecografía: rotura del bíceps distal, con retracción de 4 cm, hematoma. Afectación en los test de Speed y Yergason.

Resultados: Sutura mediante abordaje único, con sistema ToggleLoc. Tras 3 meses se consigue rango articular completo, con potencia flexora completa y sin secuelas neurovasculares.

Comentarios y conclusiones: El abordaje único permite para Bain una flexoextensión entre 5-146°, con pronosupinación de 81-80°, aunque la proximidad del nervio radial e interóseo posterior a 14 y 18 mm del tendón, respectivamente, hacen de este abordaje su mayor riesgo. Para El-Hawary el porcentaje de estas complicaciones es mayor con el abordaje único (44%), frente al 10% del abordaje doble, a pesar del mayor rango flexor con este abordaje único (142,8° vs 131,1°). El abordaje de Boyd-Anderson doble, supone mayor porcentaje de sinostosis (8%) que el abordaje único. El abordaje único con Toggle Loc ha alcanzado una resistencia insercional de 259 N, siendo la fuerza insercional 3 veces superior a los puntos transóseos y 2 veces mayor que la conseguida con los anclajes.

CC-145. RESULTADOS PRELIMINARES DE LAS PRÓTESIS TOTALES DE CODO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. Justo Astorgano, H. Gómez Santos, M. Ortega Ortega, T. del Olmo Hernández, P. García Medina, J. Sánchez Rúas, J.C. Gutiérrez Gómez y F. Aranda Romero

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La artroplastia total de codo se ha convertido en una alternativa terapéutica para todos aquellos pacientes con artritis reumatoide, cuya afectación de la articulación es lo suficientemente severa para impedirles realizar sus actividades de la vida diaria. Nuestro estudio pretende evaluar los resultados de las prótesis

totales de codo (tipo Conrad-Morrey y Latitude) implantadas en nuestro servicio.

Material y método: Estudio retrospectivo de 14 pacientes (10 mujeres y 4 varones) intervenidos entre abril 2002 y diciembre 2010 mediante implantación de 9 prótesis tipo Conrad-Morrey y 5 prótesis tipo Latitude. Período de seguimiento postoperatorio mínimo de un año, siendo la edad media de 72 años. Evaluación de los resultados funcionales mediante la escala de Mayo Elbow Performance Score.

Resultados: En los casos estudiados se obtuvo una mejoría clínica con disminución del dolor, aceptable balance articular y resultado funcional suficiente para desarrollar con normalidad las actividades de la vida diaria. No se observó inestabilidad articular en el seguimiento ni pérdida de fuerza, salvo en tres pacientes que requirieron recambio protésico por aflojamiento aséptico.

Comentarios y conclusiones: El empleo de estas prótesis ha sido siempre objeto de controversia y un desafío para el cirujano debido a la complejidad de esta articulación y al estado del hueso en el que se emplea. La desaparición del dolor y la mejoría de la movilidad articular, que secundariamente conllevan una mejoría de las actividades de la vida diaria, hacen que la artroplastia total de codo sea una opción muy válida en pacientes con artritis reumatoide en estadios avanzados. Como crítica diremos que sería necesario un estudio con un mayor tamaño muestral para poder extrapolar estos resultados.

CC-146. LUXACIÓN POSTERIOR AISLADA RECIDIVANTE DE CABEZA DE RADIO EN UNA MUJER ADULTA

E. Alentorn Geli, D. Valverde Vilamala, I. Piñol Jurado, X. Espiga Tugas, G. Pidemunt Moli, L. Puig Verdier y J. Cebamanos Celma

Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: La luxación posterior aislada de la cabeza del radio es una rara lesión que se produce habitualmente en niños después de un traumatismo indirecto con el codo en semiextensión y pronación. El objetivo de este póster es documentar un caso de luxación recidivante de cabeza de radio reducida con anestesia local en una mujer adulta y revisar la literatura existente sobre el tema.

Material y método: Mujer de 31 años que acudió por dolor e impotencia funcional codo D tras caída casual. La paciente fue diagnosticada de luxación postraumática de cabeza de radio un año antes. A la exploración presentaba una deformidad del codo con tumoración dura en la cara posterior de la cabeza del radio, dolor a la pronosupinación y dificultad para la extensión de dedos. La radiografía mostró una luxación posterior aislada de cabeza de radio.

Resultados: Tras infiltración intraarticular con anestésico local se procedió a la reducción cerrada de la luxación con un mecanismo combinado de pronosupinación y flexoextensión de codo. La radiografía de control demostró una correcta reducción de la luxación. Se colocó una férula posterior de yeso durante 3 semanas y después se inició la movilización del codo. El déficit de extensión de dedos se recuperó progresivamente en las 4 semanas posteriores a la lesión.

Comentarios y conclusiones: Existen 13 casos documentados de luxación posterior de cabeza de radio en adultos en los últimos 30 años. Sólo 4 (30%) son luxación aislada. Las lesiones asociadas son: rotura ligamento anular 6/13 (46%), fractura capitellum 3/13 (23%), y fractura coronoides 1/13 (7%). Existe riesgo de neuropatía por lesión del nervio interóseo posterior. La hipoplasia de capitellum sería un factor predisponente. La recidiva documentada es de 3/13 (7%). La luxación desapercibida inicialmente se asocia a peor resultado funcional y necesidad de cirugía.

CC-147. LUXACIÓN DE CODO EN ADOLESCENTE CON ALTERACIÓN VASCULAR DISTAL

E. Navarro Cano, M.J. Martínez Ruiz, A. Prats Bota, M.A. Froufe Siota, D. Masvidal Sanz y S. Aldirra Taha

Hospital Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: El codo es la articulación mayor más frecuentemente luxada entre la población infantil. La afectación neurovascular asociada a luxación de codo es poco común, y hay pocos datos sobre su incidencia en la literatura.

Material y método: Presentamos el caso de un niño de 13 años que acude a nuestro centro después de sufrir una caída, con clínica de dolor y tumefacción en el codo. A su llegada, presentaba parestesias en el territorio del nervio mediano, pero no había alteraciones vasculares. Se realizaron radiografías que mostraban una luxación posterior de codo. Se decidió realizar una reducción cerrada bajo sedación y control escópico en quirófano. Las maniobras de reducción fueron infructuosas, e inmediatamente después de la manipulación se evidenció la desaparición de pulsos distales y que la mano estaba pálida y fría. Se decidió la revisión abierta, donde se objetivó la interposición del ligamento colateral lateral, que no habían permitido la reducción cerrada, y se procedió a la reducción articular. Se exploró la arteria braquial, de aspecto contundido pero íntegra, y que después de la reducción volvía a presentar latido.

Resultados: El paciente se mantuvo en observación con control neurovascular de la extremidad las siguientes 24h. A los 20 días se retira la férula e inicia movilización.

Comentarios y conclusiones: Ante una luxación de codo que presente una mano fría y sin pulsos distales se recomienda la exploración abierta urgente. Muchas veces esta isquemia es secundaria al espasmo de la arteria braquial, pero hay casos en los que se puede producir por una trombosis, una sección traumática o un atrapamiento de la arteria entre la fascia del bíceps y el húmero. Incluso cuando la isquemia se auto-resuelve conviene la monitorización vascular de la extremidad, ya que desgarras en la íntima pueden producir trombosis horas después de la reducción.

CC-148. COMPLICACIONES DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CODO EN FRACTURAS COMPLEJAS DE CODO

H. Gómez Santos, C. Justo Astorgano, P. de Lucas Cadenas, C. Hernández Galera, M.A. Ruiz Ibán, M.C. Sanz Pascual, T. del Olmo Hernández y J. Díaz Heredia

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de húmero distal en adultos están entre las más complejas, siendo las fracturas supracondíleas las más frecuentes de esta región. La evolución funcional satisfactoria del paciente depende de la restauración de la estabilidad y la recuperación temprana de los movimientos. Las prótesis de codo en las fracturas del extremo distal del húmero pueden estar indicadas en fracturas muy conminutas con hueso osteopénico en las que es difícil conseguir una fijación estable de los fragmentos, especialmente en el paciente de edad avanzada con baja demanda funcional.

Material y método: Se estudiaron retrospectivamente 10 pacientes intervenidos en nuestro centro, 1 varón y 9 mujeres, con una edad media de 83 años, a los que se les implanto una artroplastia total de codo semiconstreñida tras una fractura intraarticular conminuta de húmero distal, tipo C de la AO.

Resultados: Se analizaron los resultados con el fin de recoger la incidencia de complicaciones a medio plazo, tras un seguimiento medio de 4 años. Estas se produjeron hasta en un tercio de los pacientes, presentándose una complicación grave tan solo en uno de ellos, requiriendo anti-bioterapia supresora crónica por artritis séptica crónica del codo intervenido. La supervivencia del implante fue del 100% en nuestra serie.

Comentarios y conclusiones: La artroplastia total de codo debe ser considerada una alternativa terapéutica adecuada en casos seleccionados -pacientes de edad avanzada- ante fracturas complejas de codo, pues presenta resultados clínicos y funcionales buenos en la mayoría de los pacientes intervenidos, con escasas complicaciones mayores y tasas de satisfacción superiores al 90% en muchas series.

CC-149. PLICA MEDIAL POSTRAUMÁTICA EN CODO DE PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. González González, X. Goikoetxea Uriarte, L. Palazuelos Blanco, M.A. Hernández Tadeo, J. Elorriaga Vaquero y M.A. Rodríguez Íñigo

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La afectación sinovial de la articulación del codo puede ser de carácter crónico y generalizado como la sinovitis en la artritis reumatoide o bien lesiones focales como las plicas sinoviales. Las etiologías más frecuente del daño sinovial son casusas de origen sistémico y los microtraumatismos repetitivos. Habitualmente, las plicas postraumáticas tienen localización posterior y/o lateral en el codo.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 12 años sin clínica previa que tras sufrir un traumatismo en su codo izquierdo comienza con dolor, resalte en región posteromedial y limitación de la movilidad de esta articulación. Ante la sospecha de un posible cuerpo libre o una lesión condral se solicita una RM que no informa de alteraciones; dada la persistencia de la clínica se amplía el estudio con una artro-RM que informa de una plica en la vertiente medial del receso supraolecraneano.

Resultados: Ante los hallazgos y la persistencia de la clínica se decide intervenir a la paciente realizando una exploración artroscópica en la que se evidencia tejido sinovial redundante en la gotiera posteromedial que es resacado. Tras la intervención la paciente ha evolucionado de forma satisfactoria sin dolor, limitación de la movilidad ni datos de inestabilidad.

Comentarios y conclusiones: Es conocida la existencia de plicas postraumáticas en la articulación del codo que producen dolor y limitación del arco de movilidad, frecuentemente tienen localización posterior y/o lateral. Nosotros describimos este caso por la localización muy poco habitual de la plica en nuestro paciente.

CC-150. FACTURAS DE HÚMERO DISTAL EN PACIENTES ANCIANOS: TRATAMIENTO MEDIANTE PLACAS DE COMPRESIÓN PREMOLDEADAS DHP

I. Tamimi Mariño, J. Ortiz López, J.M. Sánchez Siles, P. Sesma Solís y M. Álvarez Blanco

HRU Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: En pacientes adultos, las fracturas desplazadas de húmero distal se tratan mediante la reducción abierta y osteosíntesis. Este tratamiento tiene buenos resultados en la mayoría de los casos. Sin embargo, la fijación estable de este tipo de fracturas sigue siendo problemática en pacientes de edad avanzada, especialmente en las mujeres, debido al hueso osteoporótico. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados clínicos y complicaciones de las fracturas intraarticulares del húmero distal tipo C (de acuerdo con el sistema de fracturas AO/ASIF clasificación) en pacientes de edad avanzada tratados con placas preformadas anatómicamente de húmero distal (DHP, Synthes GmhH Solothurn, Suiza®).

Material y método: Se revisaron retrospectivamente un total de 11 pacientes tratados en nuestro centro entre 2009-2011 con fracturas de húmero distal. El tratamiento quirúrgico de estos pacientes consistió en un abordaje posterior con una osteotomía trans-olecraneana de Chevron, y una osteosíntesis con doble placa y tornillos de bloqueo.

Resultados: Cinco de estos pacientes (1 hombre, 4 mujeres) eran mayores de 65 años (rango, 67-82) y fueron seleccionados para nuestro estudio. Según la escala Mayo Elbow Performance Score (MEMPS), 4 pacientes obtuvieron un resultado excelente y 1 obtuvo un buen resultado. Los resultados de acuerdo con la Cassebaum Elbow Motion Classification (CEMC) fueron excelentes en 4 pacientes, buenos en 1 paciente. Las complicaciones incluyeron una infección superficial de la herida quirúrgica y 2 lesiones leves iatrogénicas del nervio cubital.

Comentarios y conclusiones: En base a estos resultados clínicos, los autores consideran que la osteosíntesis mediante la doble placa DHP y tornillos de bloqueo, es una opción útil para aumentar la estabilidad primaria en la osteosíntesis de las fracturas complejas del húmero distal en pacientes de edad avanzada. Sin embargo, el uso final de las placas DHP en pacientes ancianos con osteoporosis necesita más evaluación, mediante estudios clínicos aleatorios que implicaría otras técnicas de fijación y muestras más amplias.

CC-151. “TRÍADA TERRIBLE” DE CODO CON FRACTURA DE TRÓCLEA HUMERAL ASOCIADA EN PACIENTE VARÓN JOVEN

J.J. Romero Cáceres, F.J. Barrionuevo Sánchez, M. Fernández Centeno, L. Cáceres Sánchez, M. Villa Gil-Ortega y B. García Benítez

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: La “tríada terrible” de codo es una lesión grave y poco frecuente que se define como la asociación de fractura de cabeza de radio, fractura de apófisis coronoides del cúbito y luxación humerocubital. Su tratamiento es difícil y a menudo el pronóstico a medio-largo plazo es malo.

Material y método: Paciente varón de 24 años que acude a Urgencias de nuestro hospital tras accidente con bicicleta. Presenta deformidad e impotencia funcional en codo derecho. La radiografía simple muestra luxación posterior de codo con fractura de cabeza radial. Se procede a reducción cerrada e inmovilización con férula posterior. En radiografía de control se constata fractura de cabeza de radio tipo III de Masson así como de coronoides tipo I de Morrey. El TAC muestra las lesiones citadas además de un pequeño fragmento óseo procedente de la tróclea humeral. El paciente es intervenido, realizándose a través de abordaje tipo Köcher osteosíntesis de la cabeza de radio mediante placa Mayo, resección del fragmento de tróclea humeral y reinserción de la cápsula anterior. No se realizó osteosíntesis de la coronoides al tratarse de un fragmento pequeño.

Resultados: El postoperatorio cursó sin complicaciones, por lo que el paciente fue remitido a rehabilitación. Tras 19 meses de seguimiento en consultas fue dado de alta con un balance articular completo.

Comentarios y conclusiones: La lesión del complejo ligamentoso lateral y medial del codo se encuentra frecuentemente asociada a la tríada terrible, sin embargo, la fractura de la tróclea humeral es mucho más infrecuente. En nuestro caso debido al pequeño tamaño del fragmento se decidió la exéresis frente a la osteosíntesis, no demostrándose posteriormente que perjudicase la evolución ni el pronóstico de la lesión. Un completo estudio preoperatorio se muestra esencial para la planificación quirúrgica y realizar así el tratamiento óptimo para lograr los mejores resultados.

CC-152. LIBERACIÓN ENDOSCÓPICA DEL TÚNEL CUBITAL. TÉCNICA QUIRÚRGICA Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS PRELIMINARES

J.E. Gil Gómez, M. Rodríguez-Miñón Ferrán, J.F. Abellán Guillén, F.J. Carrillo Juliá, L. Ibáñez Martínez y M.A. Sánchez Carrasco

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y objetivos: La liberación endoscópica del túnel cubital fue descrita por primera vez en 1995 por Tsai et al. Desde entonces,

varias técnicas endoscópicas han sido descritas. El objetivo del presente trabajo es presentar los resultados preliminares de los siete pacientes intervenidos mediante esta técnica en nuestro servicio.

Material y método: En el año 2011 hemos intervenido, de forma endoscópica, a siete pacientes diagnosticados de síndrome del túnel cubital (tres grado severo, cuatro grado moderado). Hemos utilizado el sistema de liberación endoscópica del túnel carpiano de Arthrex®. Se debe identificar y abrir el techo del canal, posteriormente introducir la óptica (4 mm y 30°) a través de una hemicanula y, finalmente, abrir el techo del túnel bajo visión endoscópica directa.

Resultados: El tiempo medio de seguimiento ha sido 9 meses y la reincorporación laboral se produjo a las 3.85 semanas de media. Todos mejoraron clínicamente, mostrando una mejor puntuación en las escalas de valoración clínica (McGowan y Gabel/Amadio). No hubo complicaciones importantes.

Comentarios y conclusiones: Este procedimiento permite el control directo del nervio en el momento de la liberación, evitando daños iatrogénicos. Está indicado en pacientes sintomáticos que no responden al tratamiento conservador y siempre que no esté indicada realizar una transposición nerviosa. La liberación endoscópica del nervio cubital es una técnica sencilla y reproducible. Muestra buenos resultados en cuanto a la satisfacción del paciente.

CC-153. AVULSIÓN TRAUMÁTICA DEL TENDÓN DEL TRÍCEPS

L. Cáceres Sánchez, J.J. Romero Cáceres, F.J. Barrionuevo Sánchez y A. Liñán Padilla

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: La avulsión del tendón del tríceps es una lesión infrecuente, representando el 2,2% del total de las lesiones tendinosas. La ruptura puede ser parcial o completa con o sin fractura asociada. El mecanismo de lesión habitual es la caída sobre la mano en extensión, pero puede ocurrir tras un traumatismo directo. La localización más frecuente es en la inserción ósea. Se relaciona con el uso de esteroides y anabolizantes, el levantamiento de peso y la bursitis olecraniana.

Material y método: Presentamos el caso de paciente varón de 19 años, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por dolor e impotencia funcional en codo izquierdo tras sufrir accidente deportivo, al caerse de una bicicleta, apoyando la mano en extensión. A la exploración, presentaba dolor, equimosis e impotencia funcional para la extensión completa activa y contrarresistencia, con pequeño "hachazo" en la inserción distal del tríceps. Se realiza estudio radiográfico simple, en el que se observa arrancamiento de pastilla ósea del olécranon. El paciente fue intervenido 12 horas después, realizándose vía de abordaje posterior del codo con reinserción directa a través de túneles óseos en olécranon. Se coloca el codo a 30° de extensión y se anudan las suturas colocando una nueva sutura transversa de descarga. Se coloca férula posterior de yeso, manteniendo 30° de extensión. A las 24 horas, tras control radiológico correcto y en ausencia de clínica, el paciente es dado de alta hospitalaria.

Resultados: Se mantiene la inmovilización durante 6 semanas que se retira en consulta, iniciando en ese momento ejercicios autoasistidos y de flexión activa. Se envía a rehabilitación por limitación de la movilidad, teniendo un flexo de 40° con limitación de la flexión desde 110° que mejora hasta flexión de 140° y déficit de extensión de 25°. En el estudio radiográfico, la fractura ha consolidado pero aparecen signos de artrosis precoz.

Comentarios y conclusiones: La avulsión del tríceps es una lesión poco frecuente que suele pasar desapercibida. Hay que sospecharla en pacientes con dolor y tumefacción en el codo tras un traumatismo que, generalmente suele ser indirecto (extensión forzada). A la exploración clínica, la impotencia funcional para la extensión y la pérdida de fuerza sugieren una ruptura completa. La radiografía simple, pue-

de mostrar arrancamientos de la inserción distal del tríceps por avulsión del olécranon. Las reparaciones agudas de estas lesiones han resultado ser eficaces para restablecer la función, por lo que la cirugía inmediata es el tratamiento de elección de las roturas completas. Entre las complicaciones postquirúrgicas, se encuentran la bursitis olecraniana, la pérdida de flexión entre 5-20° y la rerrotura.

CC-154. COMPLICACIONES DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE HÚMERO: PSEUDOARTROSIS, LESIÓN VASCULAR AGUDA, NEUROPATÍA CUBITAL Y PARÁLISIS RADIAL

M. Mellado Romero, D. Cecilia López, A. Martín Fuentes, L. García Lamas, B. Bravo Giménez y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: La tasa de pseudoartrosis de húmero distal oscila entre el 2-10%. El 26% de las fracturas supracondíleas presentan neuropatía cubital. A continuación os presentamos un paciente de 44 años con una fractura abierta de húmero distal grado I de Gustilo, tras caída de bicicleta. La fractura tipo C2, según la clasificación AO/OTA, fue sintetizada con dos placas adoptando una configuración ortogonal. A las 24 horas, se instaura un síndrome de isquemia aguda, que fue resuelto por el Sº de Cirugía Vascular mediante trombectomía más angioplastia de arteria humeral con parche de safena. Al alta, el paciente presentaba pulsos distales conservados, neuropatía cubital y déficit en la extensión de los dedos por axonotmesis del nervio interóseo posterior. Al año postoperatorio, el paciente aquejaba intenso dolor en codo con movilidad limitada (flexión 90°, déficit de extensión 40°, pronosupinación 180°). En la TC observamos pseudoartrosis de húmero distal.

Material y método: El paciente es intervenido quirúrgicamente, realizándose extracción de material, autoinjerto de cresta ilíaca y síntesis con dos placas adoptando una configuración paralela y transposición nervio cubital. A los dos años de la fractura, el paciente continúa con extensión de los dedos 2/5 con extensión de la muñeca 5/5, por axonotmesis del NIP por lo que se realizan transferencias tendinosas FCR-EDC, BR-EPL, lográndose extensión de los dedos 4/5.

Resultados: Actualmente, el paciente se ha reincorporado a su actividad laboral previa. Presenta dolor ocasional; balance articular: flexión 110°, déficit de extensión 20°, pronosupinación 180°; sensibilidad conservada en todo el miembro superior, con una valoración en la escala MEPS de 85 puntos.

Comentarios y conclusiones: La disposición de las placas, debe adaptarse al patrón de fractura. No existe superioridad biomecánica de una configuración de las placas sobre otra. El tratamiento de elección en la pseudoartrosis de este tipo de fracturas es el desbridamiento exhaustivo acompañado de fijación estable más injerto óseo.

CC-155. OSTEOSARCOMA DE CODO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. López Antón, J.P. Puertas García-Sandoval, A. Valcárcel Díaz, S. Illán Franco, J.J. López Martínez, F.J. Carrillo Piñero, J. Martínez Ros y J.P. García Paños

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El osteosarcoma es un tumor óseo maligno caracterizado por la formación directa de hueso y tejido osteoide por las células tumorales. Se clasifica en dos grandes grupos: OS central (medular) y OS superficial (periférico). El OS central es el tumor maligno óseo más frecuente tras el mieloma múltiple. Es más frecuente en individuos varones, altos, en la 2ª década de la vida, aunque también se produce en mayores de 40 años por malignización de una enfermedad de Paget, postirradiación o malignización de una displasia fibrosa. Se localiza sobre todo en metáfisis de rodilla. El OS superficial es menos frecuente, aparece en pacientes mayores de 30-40 años y

tiene un mejor pronóstico. Las manifestaciones clínicas y las radiológicas son similares en ambos grupos. Comienza con dolor insidioso, intermitente y en pocos meses evoluciona a dolor severo que no mejora con analgésicos. Puede presentar una masa palpable y raramente derrame articular. Radiológicamente podemos diferenciar dos tipos: escleroso (predominio de la formación ósea, radiopaco) y osteolítico (predominio de la destrucción ósea, radioluciente), aunque normalmente aparece una mezcla de ambas variedades. Se acompañan de reacción perióstica y calcificaciones irregulares de la masa extraósea en estadios avanzados. El diagnóstico de extensión vendrá determinado por la RMN y el TC. La confirmación diagnóstica la dará el estudio anatómico-patológico tras realizar la biopsia de la lesión.

Material y método: Mujer de 55 años con antecedentes de carcinoma de mama a los 40 años tratado con mastectomía simple y radioterapia adyuvante. Acude a puerta de urgencias por dolor de características inflamatorias en codo derecho resistente a tratamiento médico con antiinflamatorios y opioides débiles instaurado por su médico de atención primaria. Se realiza radiografía simple de codo donde se observa una lesión en olécranon con un patrón mixto. Se realizó TAC y RMN donde se objetivó la lesión en olécranon derecho, infiltrante, compatible con osteonecrosis, metástasis blástica de Ca mama u osteomielitis. La lesión medía unos 5 cm en sentido longitudinal, presentaba infiltración ósea, destrucción cortical, infiltración de músculo anconeal en región externa y del músculo flexor profundo de los dedos en región interna. No infiltración del nervio cubital, no afectación de tendón tricipital ni del resto de músculos adyacentes. Moderado edema en grasa subcutánea con 0,5cm entre la matriz tumoral y la piel. Discreto derrame articular con predominio en fosa olecraniana. Se realizó estudio de todo el MSD sin evidencia de "skip lesions". Realizamos gammagrafía ósea con Tc99 en 3 fases en la que se observó foco de intensa hipercaptación en codo derecho. En el rastreo corporal total no mostró focos patológicos de captación. Dadas las dudas diagnósticas se realizó la biopsia por trucut de la lesión, confirmando la misma el diagnóstico de osteosarcoma de alto grado de olécranon. La paciente comenzó tratamiento con quimioterapia neoadyuvante (vincristina, ciclofosfamida, doxorubicina, ifosfamida y etopósido) durante unas 12 semanas. Se volvió a realizar una RMN para la planificación quirúrgica, en la que observamos una disminución del edema-infiltración de la médula ósea cubital, estando limitada la lesión a la epífisis (buena respuesta). Se intervino quirúrgicamente realizando la resección tumoral del tercio proximal del cúbito hasta obtener bordes libres en la biopsia intraoperatoria y reconstrucción del defecto óseo con aloinjerto de banco de hueso y prótesis total de codo para restaurar la función articular.

Resultados: La evolución fue satisfactoria, presentando al mes de la intervención una resolución de la clínica de dolor y flexo-extensión aceptable del codo (20°-120°). Se realizaron controles seriados que fueron favorables, mostrando integración del aloinjerto a las 8 semanas. La paciente estuvo durante 12 meses en tratamiento quimioterápico adyuvante. Al año se realizó de nuevo RMN, TAC y gammagrafía sin evidenciar recidiva local ni lesiones a distancia.

Comentarios y conclusiones: El osteosarcoma es el 2º tumor óseo maligno en frecuencia, y se caracteriza por la formación de hueso. El OS central tiene un pronóstico sombrío, siendo factores de mal pronóstico que afectan a una menor supervivencia: expresión de glicoproteína-P, fosfatasa alcalina elevada, deshidrogenasa láctica alta, invasión vascular, no alteración de la ploidia del ADN después de la quimioterapia y ausencia de anticuerpos anti-proteína 90 tras la QM. El aumento de la actividad de la fosfatasa alcalina es muy útil para el seguimiento postquirúrgico. El tratamiento es la cirugía radical. La poliQMT ha aumentado mucho la supervivencia. Se da QM neoadyuvante durante 8-12 semanas, que elimina el 80-90% de las micrometástasis y esteriliza la zona reactiva. Luego se procede a la resección y un protocolo de QM adyuvante durante 6-12 meses. Con este protocolo podemos alcanzar una supervivencia del 60-70%. En pacientes jóvenes con tumores óseos malignos se ha de optar por la cirugía conservado-

ra del miembro en detrimento de la amputación siempre que sea posible. El empleo de aloinjertos óseos permite una integración más biológica y una buena respuesta funcional a largo plazo. En nuestro caso, al afectar a la epífisis el tumor, optamos por colocar una prótesis total de codo ensamblando el componente distal sobre el aloinjerto.

CC-156. FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE CODO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. García López, A. Aragón Olaguibel, B. Morales Moreno, F. Chivato Vivanco, B. Batres Cid, P. Sierra Madrid, J.A. Pareja Esteban y M. Eulogio Benito

Hospital Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción y objetivos: El tratamiento quirúrgico de las fracturas intraarticulares conminutas del húmero distal continua siendo controvertido. Los problemas habituales incluyen lograr una reducción estable junto a la reconstrucción anatómica de la anchura y angulación de tróclea y capitellum. Incluso con un resultado quirúrgico adecuado mediante reducción abierta y fijación interna la aparición de complicaciones postoperatorias como la rigidez o la inestabilidad de codo, las lesiones nerviosas o la formación de osificaciones heterotópicas continua siendo relativamente frecuente. Actualmente la mejora en el diseño del implante, en la técnica quirúrgica y en la propia selección de los pacientes está haciendo que la artroplastia total de codo comience a tener un claro papel en algunas fracturas del húmero distal. A medida que se va ganando mayor experiencia con la artroplastia de codo, se observa una incidencia aumentada de fracturas periprotésicas.

Material y método: Mujer de 78 años de edad sin antecedentes de interés salvo HTA en tratamiento farmacológico que tras caída casual sufrió una fractura supra-intercondílea conminuta de húmero derecho tipo C3 de la clasificación AO. Fue intervenida para la implantación de una prótesis total de codo tipo Coonrad-Morrey® con correcta evolución postoperatoria y movilidad residual a los seis meses de 95° de flexión y 30° de déficit de extensión, tras lo cual sufre nueva caída objetivándose en la radiografía convencional una fractura periprotésica tipo II de la clasificación de Mayo del componente humeral sin signos radiográficos de aflojamiento del mismo.

Resultados: El tratamiento fue la implantación de un nuevo vástago de revisión más largo en el componente humeral junto con aloinjerto cortical y osteosíntesis con cerclajes.

Comentarios y conclusiones: Ante una fractura compleja de húmero distal deberá considerarse en primer lugar la posibilidad de reconstrucción mediante osteosíntesis. Cuando la osteosíntesis no se considera viable, especialmente en pacientes de edad biológica avanzada, debe valorarse la posibilidad de la artroplastia. Las fracturas periprotésicas pueden considerarse una de las complicaciones más temibles de la artroplastia de codo. Hablamos de fractura periprotésica ante aquella que afecta a la porción articular o a la zona del vástago del conjunto hueso-implante. Las fracturas periarticulares del húmero (tipo I) afectan a los epicóndilos y revisten escasa importancia. Las fracturas diafisarias afectan a la zona de unión del hueso y la prótesis (tipo II) o son proximales a la punta del vástago del húmero o distales al del cúbito (tipo III). Un implante aflojado aumenta la probabilidad de fractura. Los principios del tratamiento son similares a los que se aplican en componentes femorales aflojados. En fracturas IIA, si el implante tiene buena fijación, se utilizan cerclajes o placa atornillada para estabilizar la fractura. Si el implante está flojo, se sobrepasa la fractura con un vástago de revisión más largo y se aplican los mismos métodos de fijación. Si la fractura es proximal al vástago (tipo III), se utiliza una placa y un injerto cortical junto al implante existente si está bien fijado, o un dispositivo de vástago largo si aquel está aflojado.

CC-157. CONDOMATOSIS SINOVIOL CON CALCIFICACIONES GIGANTES. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON ARTROPATÍA NEUROPÁTICA

M.L. Fontalva Guerrero, S. López Marne, E.M. Pantaleón Rodríguez y F. Portabella Blavia

Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: Reportamos un caso único en una paciente con antecedentes de garra cubital y hombro parético como secuela motora tras ser intervenida de malformación de Arnold-Chiari tipo I y siringomelia de C2 a T12.

Material y método: Presentaba historia clínica de episodios de dolor y sinovitis del codo izquierdo de años de evolución, pérdida progresiva del balance articular y deformidad en varo importante asociado a garra cubital. El EMG evidenciaba axonotmesis severa C5-C8. La radiografía simple presentaba abundantes calcificaciones periarticulares e intraarticulares de gran tamaño asociadas a artropatía degenerativa. Se realiza TC para estudio de congruencia-morfología de la superficie articular y diagnóstico diferencial. Ante los resultados y los antecedentes de la paciente, nos planteamos el diagnóstico diferencial entre condromatosis sinovial y artropatía neuropática, que se basa en el orden de aparición de los acontecimientos, el tamaño de las calcificaciones y el grado de destrucción de la superficie articular. El tratamiento elegido fue la sustitución con una prótesis total de codo y resección de la cabeza radial. Se enviaron muestras a Anatomía Patológica que confirmaron el diagnóstico de condromatosis sinovial asociada a artropatía degenerativa.

Resultados: Los resultados clínicos a 2 años son una ausencia del dolor con un balance articular que objetiva extensión de -15° y flexión 145°. El codo se mantiene estable sin evidencias de lucencia ni aflojamiento protésico.

Comentarios y conclusiones: La condromatosis sinovial es una patología conocida pero que en casos avanzados de la enfermedad puede resultar difícil diferencial de otras, entre las cuales se deben incluir la artropatía neuropática. El manejo multidisciplinar de la patología permitirá hacer el correcto diagnóstico y escoger el tratamiento más adecuado.

CC-158. INDICACIONES ATÍPICAS DE LA PRÓTESIS TOTAL DE CODO

M.L. Fontalva Guerrero, S. López Marne, E.M. Pantaleón Rodríguez y F. Portabella Blavia

Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las indicaciones principales de la prótesis total de codo son la artritis reumatoide y las fracturas de paleta humeral en ancianos, aunque es un tratamiento que puede ser útil en otras patologías.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente que en el contexto de un politraumatismo, por un intento autolítico, presentó, entre otros traumatismos, una fractura transversa del tercio medio de la diáfisis humeral, una fractura supracondílea de húmero izquierdo y una fractura abierta grado II de olecranon de codo izquierdo. Se realizaron múltiples intervenciones quirúrgicas en los 2 años posteriores al traumatismo, entre las cuales se incluyen un oblenque del olecranon, un enclavado intramedular del húmero y reducción con agujas de Kirschner en la paleta humeral. La paciente acude a nuestra consulta presentando: Pseudoartrosis de paleta humeral, anquilosis con puentes óseos en la articulación húmero-radio-cubital, movilización del codo a través del foco de pseudoartrosis, dolor neuropático de la mano en el territorio del nervio cubital, dolor intenso en el codo y gran inestabilidad y deformidad que requiere una ortesis. Las opciones terapéuticas que nos planteamos fueron la artrodesis del codo versus prótesis total del codo, ambas con dificultades técnicas debido a la situación clínica inicial de la articulación. El tratamiento elegido fue

la sustitución de la articulación con una prótesis total de codo (tipo Coonrad-Morrey). Describimos las dificultades técnicas para el implante protésico ante la ausencia de puntos óseos de anclaje ligamentoso y muscular y la ausencia de stock óseo a nivel de las columnas laterales y medial.

Resultados: Los resultados 1 año después de la cirugía evidencian ausencia de dolor a nivel de la articulación del codo, un balance articular con flexión de 140°, extensión de -20° y prono-supinación completa. Se objetiva inestabilidad varo-valgo leve. Asimismo, persiste la neuropatía cubital de predominio sensitivo con trastornos vasomotores en mano y dolor de características neuropáticas. Sigue controles en Clínica del Dolor donde se han realizado bloqueos del ganglio estrellado.

Comentarios y conclusiones: La incidencia de destrucción articular del codo, sin incluir la artritis reumatoide y la artrosis postraumática, es muy baja en otras patologías. No hay series de resultados de prótesis de codo en esas situaciones. La ventaja que presenta la artroplastia de codo respecto a otras opciones terapéuticas, como la artrodesis y la artroplastia-resección, es que además de corregir la deformidad, mantiene la función mejorando el dolor, con lo que es una opción que deberíamos plantearnos en casos como el presente.

CC-159. FRACTURA LUXACIÓN DE MONTEGGIA: DIRECTRICES DE ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Goñi Robledo, P. Igado Insa, A. Ferrer Frías, A. Paul Borja y E. García Castro

Hospital Universitario Txagorritxu. Álava.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso abierto de un varón de 29 años que sufre este tipo de lesión, de tipo I de Bado, la más frecuente, tras una caída con el antebrazo en extensión completa.

Material y método: Se ha revisado el material existente en la bibliografía junto con los casos recientes de nuestro servicio para tratar de dar un enfoque preciso al diagnóstico y tratamiento de esta lesión.

Resultados: En el caso que nos ocupa, el paciente presenta una lesión nerviosa radial completa de instauración rápida previa a la cirugía. También hubo que reintervenirlo por una luxación irreducible de manera cerrada de la cabeza radial que no se solucionó en la primera cirugía. La osteosíntesis permanece estable y la cabeza radial se pudo reducir de manera abierta. Continúa con el antebrazo inmovilizado.

Comentarios y conclusiones: Esta lesión frecuente y compleja del antebrazo es una lesión traicionera si no se diagnostica y trata como es debido. Se acepta actualmente que es completamente quirúrgica salvo en pediatría. En nuestro caso, aunque la cabeza del radio parecía reducida tras estabilizar el codo, se comprobó que no era así y hubo que reintervenir al paciente para reducirla de manera abierta. Presentamos el caso y sus vertientes de diagnóstico y tratamiento para intentar dejar claras las pautas de acción y evitar problemas como el que nosotros tuvimos.

CC-160. DEFORMIDAD EN CÚBITO VARO CON INESTABILIDAD LATERAL DE CODO

S. Aldabas Soriano, A. Aguilar Ezquerro, M.E. Monge Vázquez, M. Sanagustín Silano, B. García Martínez, J.F. Blanco Gómez, C. Bejarano Lasunción e I. Carbonel Bueno

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La deformidad angular en varo está provocada en la mayoría de las fracturas supracondíleas de húmero por una consolidación anómala o debido a un crecimiento asimétrico del húmero distal, sin embargo sólo tiene una repercusión estética ya que casi siempre permite una funcionalidad completa.

Material y método: Mujer de 32 años con antecedente de fractura supracondílea de húmero distal izquierdo a los 3 años de edad, que-

dando como secuela una deformidad en varo y funcionalidad compleja sin inestabilidad, presenta tras traumatismo una luxación posterolateral de codo resultando la reducción cerrada inestable, realizándose osteosíntesis provisional con una aguja de Kirschner y férula posterior de yeso braquiopalmar en 90° de flexión y máxima supinación. Al mes se retira la inmovilización y la aguja alcanzando un rango de movilidad a los 2 meses del traumatismo de extensión completo y un déficit en los últimos grados de flexión, pero refiere inestabilidad del codo izquierdo. Se decide intervención quirúrgica en posición decúbito prono mediante abordaje posterior del codo sin osteotomía de olécranon. Se realiza osteotomía de cuña externa de húmero distal y osteosíntesis con dos placas de titanio LCP para húmero distal, transposición subcutánea del nervio cubital y reinserción proximal del ligamento colateral radial con un anclaje reabsorbible. Inmovilizándose con una férula de yeso braquiopalmar en 90° de flexión durante 3 semanas y posteriormente se inicia tratamiento rehabilitador.

Resultados: La paciente evoluciona satisfactoriamente presentado signos de consolidación a las 6 semanas de la intervención y un balance articular activo de flexión 105°, extensión -5° y pronosupinación completa. A las 10 semanas la movilidad continúa mejorando, presentando flexión 130°, extensión y pronosupinación completas. Transcurrido 24 semanas, la paciente no ha sufrido ningún episodio de luxación ni subluxación.

Comentarios y conclusiones: La aparición de inestabilidad va a determinar la necesidad de tratamiento quirúrgico, mediante corrección de la deformidad realizándose osteotomía en cuña de sustracción externa para modificación del eje, y reparación de las partes blandas ya que el ligamento colateral externo queda elongado y se considera causa de recidiva de la luxación.

CC-161. FRACTURA BILATERAL DE CAPITELLUM: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Gamba, D. Pérez Prieto, S. Martínez Díaz, G. Saló Bru y L. Puig Verdí

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: La fractura aislada de capitellum corresponde al 0,5-1% de todas las lesiones traumáticas de codo y se presenta más frecuentemente en el sexo femenino, siendo generalmente producido por un traumatismo indirecto de impacto axial a través de la cabeza radial. Las fracturas de capitellum se clasifican en tres tipos diferentes: -Tipo I (Hahn-Steinthal): fractura de la superficie articular junto a importante componente de hueso esponjoso subcondral. -Tipo II (Kocher-Lorenz): fractura de superficie articular con mínima cantidad de hueso subcondral. -Tipo III: fractura conminuta de capitellum.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 30 años que acude a urgencias por dolor e impotencia funcional en codo D tras caída con codo en extensión, evidenciándose en la radiografía una fractura de capitellum tipo I (Hahn-Steinthal). Seis años antes había padecido la misma lesión en el codo contralateral con similar mecanismo lesional.

Resultados: Se realiza RAFI con dos tornillos canulados de Herbert a través de abordaje postero-lateral de Kocher y colocación posteroanterior tornillos. Posteriormente se inmoviliza con férula posterior de yeso 2 semanas seguido de movilización y rehabilitación intensiva para ganar balance articular con buena recuperación. El codo contralateral presenta movilidad completa y libre de dolor. A nivel radiológico se aprecia consolidación completa de ambas fracturas.

Comentarios y conclusiones: La fractura tipo I (Hahn-Steinthal) es una entidad traumatológica rara. Una presentación bilateral de este tipo de lesión es un evento de muy baja frecuencia. En la literatura solo se describen tres casos de fractura bilateral simultánea de capi-

tellum tipo Hahn-Steinthal. Los tres son pacientes de sexo femenino entre 27 y 37 años. La causa de esta mayor tasa de incidencia en el sexo femenino se relaciona bien con el aumento del ángulo de carga en las mujeres asociado a osteoporosis, o bien, como propone Bolher, con el cubitus valgus. El tratamiento considerado gold standard para la fractura de Hahn-Steinthal es la reducción anatómica abierta y fijación interna con tornillos para permitir la rápida movilización y recuperación del balance articular. La necrosis avascular del fragmento sintetizado es un evento excepcional y determina la exposición del material de osteosíntesis.

CC-162. RESULTADOS DEL IMPLANTE ENDOBUTTON DE LA ROTURA AGUDA DE TENDÓN DISTAL DEL BÍCEPS BRAQUIAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

J. Pérez Martínez, L.E. Hernández Castillejo, D. González Pérez, T. Ros Ample, J. Martínez Arnaiz y A. Blanco Parreño

CHUA Albacete.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón distal del bíceps braquial es una lesión poco frecuente, causa disfunción del miembro superior afectando a la flexión y supinación activas del antebrazo. Existen diferentes técnicas para reparar la lesión, ninguna ha demostrado superioridad sobre otra de forma clara. Pretendemos presentar nuestra experiencia en el tratamiento de las roturas del tendón distal del bíceps braquial utilizando el implante Endobutton, realizando un análisis de los resultados obtenidos.

Material y método: Análisis de ocho casos del servicio del CHUA intervenidos, realizando la reinserción del tendón con el implante Endobutton.

Resultados: La recuperación de la flexoextensión, pronosupinación y fuerza muscular fue completa. Las complicaciones postoperatorias son principalmente lesiones nerviosas. Se observaron 2 casos de afectación del nervio musculocutáneo sensitivo y un caso con afectación del nervio radial. En todos los casos las alteraciones fueron reversibles.

Comentarios y conclusiones: Es una técnica segura y eficaz de tratamiento de la rotura del tendón distal del bíceps braquial que permite un único abordaje. La principal complicación es la lesión nerviosa, que en nuestros casos se recuperaron de forma completa.

CC-163. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA TRÍADA TERRIBLE. ¿QUÉ HACER CON LA APÓFISIS CORONOIDES?

M.M. Fernández Lopesino, N. Sánchez Ramírez, M.G. Puerto Vázquez, M.C. Carrasco Peinado, I. Jiménez Pina y E. García Prieto

Hospital Nuestra Señora del Prado. Toledo.

Introducción y objetivos: La "tríada maligna" (o "tríada terrible") responde a un patrón de lesión caracterizado por luxación del codo, fractura de la cabeza radial y fractura de la apófisis coronoides, generalmente, a nivel de la punta de la misma. El mecanismo lesional es un momento de fuerzas en valgo y supinación del antebrazo. Al luxarse el codo, se arranca el ligamento colateral lateral (LCL) de su inserción humeral. Normalmente se conserva el ligamento colateral medial (LCM) porque el tubérculo sublime no suele romperse. El resultado es una fractura transversa de los 2-3 mm anteriores de la apófisis coronoides. La indicación absoluta para fijar las fracturas de la apófisis coronoides no existe en los datos publicados, pero como norma general, hay que tener en cuenta el tamaño y localización (clasificación de O'Driscoll).

Material y método: Se presentan cuatro casos con este patrón de lesión en los que se ha seguido la misma sistemática: síntesis de la fractura radial por abordaje lateral, reanclaje del LCL, obviándose el fragmento de apófisis coronoides en todos los casos, e inicio de movi-

lización precoz a la semana de la cirugía. Dos pacientes presentaron fractura en dos fragmentos de la cabeza del radio y otros dos fractura en tres fragmentos (2 cabeza + cuello). Los primeros se trataron con fijación con dos tornillos Acutrak y el segundo grupo con placa de reconstrucción para cabeza radial, preservando su colocación en la "zona de seguridad". En todos los casos se realizó reanclaje del complejo ligamentoso externo con arpon metálico 3,5.

Resultados: A todos los pacientes se les incluyó en un programa de rehabilitación a la semana de la cirugía, tiempo durante el cual estuvieron inmovilizados con una férula braquio palmar. No se objetivaron problemas de osificaciones heterotópicas durante seis meses de seguimiento. A los dos meses de la cirugía la movilidad del codo era simétrica a la contralateral para la flexo-extensión y pronosupinación, en todos los casos excepto uno, que mostraba un déficit para la pronación de 10°. El grado de satisfacción de los pacientes es alto, excepto en uno que refiere crepitación del codo con la pronosupinación, sin objetivarse protrusión del material de síntesis ni afectar a la movilidad del codo.

Comentarios y conclusiones: En los casos presentados de triada maligna se emplea la misma sistemática: abordaje lateral del codo para síntesis de la cabeza radial (lo preferimos al empleo de la prótesis, incluso en fracturas muy conminutas). Nunca debemos practicar solamente exéresis, por la inestabilidad ligamentosa asociada. Obviamente el fragmento de la coronoides, ya que en este patrón de lesión siempre se trata de un fragmento pequeño de la punta, que no compromete la estabilidad del codo. Fracturas grandes de la apófisis coronoides deben ser reparadas, pero éstas no suelen verse en la triada terrible, sino en fracturas con mecanismo lesional opuesto a las fracturas de la punta, en varo y rotación posteromedial, que implican un planteamiento quirúrgico diferente. La estabilidad de la reconstrucción permite la movilización precoz, factor clave para el éxito en la ganancia funcional de esta articulación.

CC-164. SÍNDROME DOLOROSO DEL CODO POR PLICA SINOVIOL: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. García Cabanas, S. Pena Paz, A. Mejía Casado, N. Rodríguez Casas, J.A. Rivas Felice y A. Cruz Cámara

Hospital Lucus Augusti. Lugo.

Introducción y objetivos: Las plicas son remanentes normales del desarrollo embrionario articular, que pueden engrosarse e inflamarse por actividades deportivas repetidas, traumatismos o secundariamente a otros procesos patológicos del codo. Estos pliegues se vuelven rígidos condicionando sintomatología por irritación articular y roce mecánico. Se produce sinovitis y condromalacia en cabeza de radio y capitellum. La plica más frecuente en el codo es la posterolateral localizada entre cabeza de radio y capitellum. Objetivos: presentar un caso de una paciente con síndrome doloroso por plica sinovial en el codo que se trata mediante artroscopia.

Material y método: Mujer de 20 años, jugadora de voleibol que tras un traumatismo sobre codo izquierdo refiere dolor con la hiperextensión, pinchazos y sensación de bloqueo. Exploración física: dolor en región posterolateral de codo y crepitación a nivel radiocapitellar. RMN en T2: engrosamiento de plica posterolateral. Artro-RM: engrosamiento de la plica y condromalacia en capitellum. Tras el diagnóstico se inicia tratamiento conservador sin presentar mejoría clínica, por lo que se decide realizar una artroscopia de codo para la resección de la plica.

Resultados: La paciente evoluciona favorablemente después de 1 año de la intervención, sin dolor y sin sensación de bloqueo de la articulación

Comentarios y conclusiones: Los síntomas del síndrome doloroso de la plica sinovial en el codo no son específicos, por lo que es frecuente su infradiagnóstico. Será muy importante realizar un diagnóstico dife-

rencial con las causas de dolor lateral del codo como la epicondilitis. La afectación condral aparece en pacientes con síntomas crónicos siendo más frecuente en la cabeza radial y menos en el capitellum. La resección artroscópica de la sinovitis y fibrosis asociada conduce a excelentes resultados.

CC-165. PRÓTESIS TOTAL DE CODO EN FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS. NUESTRA EXPERIENCIA

B. García Martínez, M. Sanagustín Silano, J.F. Blanco Gómez, J.V. Badiola Vargas y S. Ferrer Peirón

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La fractura supracondílea de húmero en el adulto, que tiene una baja incidencia (2%), supone un reto para el cirujano que se enfrenta a ella, no sólo porque afecta a una articulación de complicada rehabilitación sino porque suelen ser fracturas de trazos irregulares y que con frecuencia son intraarticulares por lo que técnicamente son muy demandantes. Las opciones de tratamiento van desde el tratamiento conservador hasta la artroplastia total de codo pasando por diferentes formas de osteosíntesis tanto con reducción cerrada como abierta. La artroplastia total de codo puede ser una opción en pacientes ancianos con una mala calidad ósea que suelen presentar fracturas muy conminutas con afectación de la línea articular.

Material y método: Serie de casos clínicos con fracturas supracondíleas tipo C (clasificación AO) en las que de forma primaria se ha implantado una prótesis total de codo tipo Conrad-Morrey III (Zimmer) en los últimos dos años en nuestro hospital (Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza). Presentamos 10 casos que analizamos clínica y radiológicamente al mes y a los tres meses. Realizamos una valoración funcional con la escala validada Quick-Dash a los 6 meses.

Resultados: Se trata de 10 casos, todos ellos mujeres, con una edad media de 82 años en los que la evolución fue satisfactoria alcanzando grados de movilidad de flexión > 100° sin síntomas dolorosos. Solo uno de estos casos presentó complicación inicial por dehiscencia de herida por lo que tuvo que ser reintervenido sin necesidad de extracción de la prótesis. En la escala Quick-Dash, el porcentaje medio fue de 29,5%.

Comentarios y conclusiones: Aunque la serie de casos que presentamos es corta, nos permite cerciorar que la artroplastia total de codo es una opción muy válida en paciente ancianos con baja calidad ósea que presentan fracturas tipo C, ya que la osteosíntesis con doble placa exige una importante rehabilitación y colaboración del paciente para lograr amplios rangos de movilidad. En la bibliografía revisada hay poco estudios que comparen ambos métodos de tratamiento, pero apuntan hacia unos mejores resultados funcionales para la artroplastia total.

CC-166. TRIADA TERRIBLE DE CODO. A PROPÓSITO DE 11 CASOS

J.J. Romero Cáceres, F.J. Barrionuevo Sánchez, M. Fernández Centeno, L. Cáceres Sánchez, A. Liñán Padilla, M. Villa Gil-Ortega y B. García Benítez

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: La "triada terrible" de codo es una lesión grave y poco frecuente que se define como la asociación de fractura de cabeza de radio, fractura de la apófisis coronoides del cúbito y luxación humerocubital, generalmente posterolateral. Se pretende revisar las características epidemiológicas, el enfoque terapéutico y los resultados funcionales de las triadas terribles de codo que han sido tratadas en nuestro servicio.

Material y método: Fueron revisados 11 casos de tríada terrible de codo, 6 hombres y 5 mujeres con una edad media de 43,9 años (30-70). Se empleó la clasificación de Masson para las fracturas de cabeza de radio y la de Morrey para las fracturas de coronoides. Se revisaron así mismo las diversas técnicas quirúrgicas empleadas y el balance articular al final del seguimiento, cuyo tiempo medio fue 20,54 meses (8-44).

Resultados: En 9 casos se realizó osteosíntesis de cabeza de radio, en 2 se optó por sustitución protésica y solo en uno se optó por exéresis. Se realizó osteosíntesis de la coronoides en 4 casos, en 7 no se actuó sobre la coronoides. En 6 casos se reinsertó el LCL. Tras la rehabilitación el rango medio de movimiento fue 121° de flexión, 13,45° de déficit de extensión, 79° de pronación y 81° de supinación. En cuanto a las complicaciones 5 casos requirieron artroplastia de cabeza de radio por necrosis de la misma o fracaso de la osteosíntesis, 4 casos requirieron retirada de material, en un caso se produjo luxación recidivante del codo.

Comentarios y conclusiones: Aunque los resultados funcionales de nuestros pacientes son comparables a los de otros estudios, la tríada terrible de codo presenta una alta tasa de complicaciones pudiendo conllevar una gran limitación funcional para los pacientes.

CC-167. ESTUDIO DE 20 PRÓTESIS MODULARES DE CABEZA DE RADIO

M. Pérez Abad, M. Vives Selva, J. Sánchez González, A. Jiménez Obach, G. Lúcar López y G. Bucci Bucci

Hospital de Mataró. Barcelona.

Introducción y objetivos: Revisar el resultado de las prótesis de cabeza de radio implantadas en nuestro hospital.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de fracturas cabeza de radio Mason y Johnston tipos II, III y IV tratadas mediante resección y sustitución protésica entre los años 2007 al 2011. Nuestra serie comprende 20 pacientes (uno perdido por defunción), resultando en un seguimiento satisfactorio 19, seguidos durante una media de 32 meses (7-55), a los que se les realizó la escala de Mayo para fracturas de codo y en los que también se evaluó el grado subjetivo de satisfacción. Además se analizó el aspecto radiográfico tanto al inicio como al final del seguimiento.

Resultados: Se obtuvieron 6 resultados excelentes, 10 buenos, 3 regulares, no registramos dolor en la muñeca, ni alteraciones en sus hábitos laborales, aunque varios de ellos refieren ciertas molestias con los cambios meteorológicos. Por otro lado, la impresión del propio paciente fue en 10 muy satisfechos y en 9 satisfechos.

Comentarios y conclusiones: Los buenos resultados parecen indicar que las prótesis de cabeza de radio son una buena opción en fracturas Masson II, III y IV. Esto es percibido tanto por los propios cirujanos como por el propio paciente, Aunque es necesario estudios comparativos frente a otras actuaciones terapéuticas sobre dichas fracturas.

CC-168. ARTROPLASTIA TOTAL DE CODO. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

J.J. Sáez Picó, A. García López, C. Sánchez Díaz, B. Arribas Sanz, F. Paulos Dos Santos, R. Navarro Ortiz, F. Martínez López y A. Aroca Cabezas

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción y objetivos: El objetivo de la artroplastia total de codo es aliviar el dolor y rigidez relacionados con osteoartritis degenerativa, artritis reumatoide en etapa terminal o artritis postraumática, cuando el codo no ha mostrado respuesta a tratamiento médico. En ocasiones se utilizan para tratar fracturas graves del codo,

aunque es importante remarcar que la artroplastia total de codo se asocia con una mayor incidencia de complicaciones de lo habitual para las prótesis de grandes articulaciones. **Objetivos:** valorar los resultados clínicos y funcionales, iniciales y definitivos, además de las complicaciones en pacientes intervenidos de artroplastia total de codo.

Material y método: Se evaluó un grupo de 23 pacientes, en lo que se llevó a cabo una artroplastia total de codo utilizando dos implantes distintos. La media de edad de los pacientes era de 70 años, con una media de seguimiento de 2 años. Se analizó el grado de satisfacción de los pacientes y el dolor mediante EVA; el rango de movilidad articular, los resultados radiográficos con controles periódicos utilizando dos proyecciones, la escala Mayo y DASH. Además se documentaron las complicaciones detectadas durante el seguimiento.

Resultados: El grado de satisfacción global fue aceptable en la mayoría de pacientes, con un EVA de 2,8 como media, unos resultados funcionales satisfactorios y una mejoría clínica considerable en la mayoría de los pacientes.

Comentarios y conclusiones: La artroplastia total de codo es una alternativa eficaz. La mayoría de los individuos en quienes se practica artroplastia con reemplazo total hay alivio del dolor articular y mejoría de la función del codo; sin embargo, un porcentaje considerable experimenta complicaciones en el transcurso de cinco años.

CC-169. TRATAMIENTO DE LA EPICONDILITIS LATERAL CON INFILTRACIONES DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP) EN EL ENTORNO LABORAL

X. Casanova Canals, C. Unyó Sallent, E. Abad Marsal, F. Soler Romagosa, J. Sales Ortega, J. de la Torre Rojo, J.J. Velázquez Frago y J.C. Fallone Lapi

EGARSAT. Barcelona.

Introducción y objetivos: La epicondilitis lateral es una tendinosis degenerativa angiofibroblástica de la inserción proximal de los extensores de la muñeca. Actualmente se está tratando con infiltraciones de PRP en diversos centros con resultado variables. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de nuestro protocolo de aplicación.

Material y método: Estudio prospectivo de una serie de casos entre abril del 2011 y febrero del 2012. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico clínico y por resonancia magnética de epicondilitis lateral tras fracaso de tratamiento conservador con reposo, antiinflamatorios y rehabilitación. Se incluyeron 32 pacientes (19 hombres, 13 mujeres) para recibir 3 infiltraciones de PRP con frecuencia bisemanal. Se ha evaluado el dolor (EVA), la funcionalidad (quickDASH) y la máxima fuerza de prensión (dinamómetro Jamar) antes de las infiltraciones y a las 4 y 12 semanas tras ellas.

Resultados: La media de puntuación en la escala EVA ha disminuido un 26% y la del quickDash un 15% a las 4 y a las 12 semanas. La fuerza máxima de prensión ha mejorado en los dos controles tras las infiltraciones, siendo de 37,62 kg antes y de 46,14 kg a las 12 semanas. Sólo 7 pacientes han precisado la baja laboral durante la aplicación de las infiltraciones. Nueve pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico por persistencia del dolor (4 tras la 3ª infiltración, 3 tras la 2ª y 2 tras la 1ª).

Comentarios y conclusiones: No se registraron complicaciones relacionadas con el tratamiento. Las infiltraciones de PRP parecen un tratamiento eficaz para reducir el dolor y mejorar la fuerza de prensión. El 28% de nuestra serie precisó tratamiento quirúrgico, por lo que se deben realizar más estudios para establecer mejor los criterios clínicos y de imagen que identifiquen aquellos pacientes más susceptibles de mejorar con este tratamiento. Es imprescindible una universalización del método de preparación y de administración del PRP para comparar resultados de otras series.

COLUMNA (CC-170-CC-253)

CC-170. ESTENOSIS DE CANAL POR CEMENTO E INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE

A. López Hualda, R. González Díaz, A.M. Ferrete Barroso, M. Torrejón de la Cal, F. Panizo Mota, A.M. Egea Gámez, M. Marín Aguado y J.R. Prieto Martínez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: El mieloma múltiple se caracteriza por afectación del esqueleto axial, en ocasiones con aplastamientos vertebrales múltiples que pueden causar dolor. Dado el elevado riesgo de complicaciones que pueden presentar estos pacientes se intenta una actitud lo más conservadora posible.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 63 años con antecedentes de mieloma múltiple, con aplastamientos dorsolumbares patológicos en varios niveles, con cifosis secundaria. La paciente ha sido tratada mediante vertebroplastia en D10 hace años, radioterapia y quimioterapia. Además ha seguido tratamiento farmacológico en la unidad del dolor.

Resultados: A pesar de los todos estos tratamientos, persiste una sintomatología incoercible, y se decide realizar una corrección de la cifosis mediante osteotomías de Ponte y artrodesis dorso-lumbar (D5-L3) instrumentada con tornillos pediculares cementados, con uso de aloinjerto. A los 2 meses de la cirugía, la paciente debuta con dehiscencia de la herida quirúrgica con infección profunda, asilándose varios microorganismos (*E. coli*, *S. agalactiae*, *S. epidermidis*) que requirió desbridamiento quirúrgico en 4 ocasiones, con terapia de vacío (VAC). Además de tratamiento antibiótico específico. La paciente debuta con debilidad progresiva de miembros inferiores con claudicación neurológica de la marcha progresiva. Se realizan potenciales evocados evidenciándose severa afectación de las vías somatosensoriales de ambos miembros inferiores. En la RM se evidencia estenosis de canal con mielopatía asociada secundaria a extravasación de cemento en el canal medular a nivel de D5. Ante la progresión de la clínica se realizó una descompresión de canal, con extracción de cemento intracanal y aumento de la artrodesis 2 niveles por encima. Además cobertura de la dehiscencia de la herida quirúrgica con un colgajo pediculado de dorsal ancho. La evolución posterior fue satisfactoria con mejoría del déficit neurológico y cierre de la herida quirúrgica.

Comentarios y conclusiones: Los pacientes con mieloma múltiple son vulnerables a múltiples complicaciones que deben ser manejados por unidades multidisciplinarias.

CC-171. DEGENERACIÓN DEL DISCO ADYACENTE A ARTRODESIS POSTEROLATERAL VERTEBRAL EN PATOLOGÍA AGUDA. UNA REFLEXIÓN

A. Mejía Casado, J. Riego Fernández, J.A. Rivas Felice, R.A. Sotelo García, D. Lombao Iglesias, L.I. Ibáñez Martín y L.A. Quevedo García

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción y objetivos: La artrodesis lumbar se ha asociado con una degeneración de los discos adyacentes a la misma. Son muy escasos los estudios que implican patología aguda en la valoración de la degeneración discal post fusión, centrándose la mayoría en patología espinal degenerativa. Presentamos el caso de un paciente con artrodesis posterolateral discontinua por fractura-compresión vertebral tipo split en dos niveles no contiguos que tras 18 meses de seguimiento presenta mantenimiento del disco intermedio adyacente a fusión.

Material y método: Paciente de 44 años que presenta traumatismo toracolumbar tras caída desde altura. Exploración neurológica normal.

Pruebas de imagen: fractura-compresión vertebral tipo A3.2 de la A.O (Burst Split) de cuerpo de L1 y L4 con pérdida de altura de más del 50%, y desplazamiento del muro posterior sin compresión medular, fractura de pedículo de L4 y luxación de articulaciones interapofisarias de L4-L5. Se realiza artrodesis posterolateral instrumentada T12-L2 y L3-L5. Realizamos, en radiografías laterales en bipedestación, medición digital con el software estándar de: altura del disco intermedio, ángulo de este disco, ángulo lumbosacro, lordosis L1-L5 según ángulo de Cobb, tanto del estado prequirúrgico, a los 12 meses y tras más de 24 meses.

Resultados: Tras dos años desde la cirugía, el paciente presenta un VAS (Visual Analogue Scale) 2-3 en reposo y 4-5 en actividad.

Comentarios y conclusiones: La fusión vertebral es usada en el tratamiento de trastornos degenerativos, deformidades o trauma. La relación entre fusión espinal y la degeneración del disco adyacente es controvertida encontrándose una incidencia variable y considerándose una complicación tardía. Algunos autores consideran esta entidad como parte del proceso natural de envejecimiento. Se ha considerado, que la cirugía por sí misma, aumentaría la degeneración discal. Por tanto, ambos factores contribuirían a ello. En nuestro caso, tras más de 24 meses de seguimiento, presenta conservación aceptable de la altura del disco, ligero aumento de la lordosis lumbar, lumbosacra y del disco. La inmensa mayoría de las publicaciones que relacionan la fusión vertebral con degeneración discal se estudian sobre pacientes con patología degenerativa; siendo muy escasos los artículos en los que se comprueba la influencia de la fusión quirúrgica secundaria a patología aguda en el desarrollo de esta entidad. Podríamos concluir que antes de esperar una degeneración en el paciente joven instrumentado por patología aguda, habría que considerar la escasez de literatura relacionada; necesiándose más estudios al respecto.

CC-172. ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE (EIA). TRATAMIENTO CON DISPOSITIVO VCM (VERTEBRAL COLUMN MANIPULATION)

A. Ortiz Gallego, A.L. Pérez Abela, J.L. López Alcázar, R. Álvarez Osuna, A. Cañadas del Castillo y F. Acosta Collado

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: La maniobra de derrotación simple introducida por Cotrel y Dubosset demostró ser un método excelente para la realineación de las deformidades coronales y sagitales de la EIA, pero se encontró que era únicamente una maniobra de corrección traslacional en el plano axial, con una mínima derrotación de la vértebra apical y de la giba costal. El uso de tornillos pediculares torácicos y lumbares en las vértebras escolióticas, ha permitido ser más ambicioso en la corrección de las deformidades en las 3 dimensiones, a través de una rotación vertebral apical.

Material y método: Mujer de 15 años diagnosticada de EIA. Curva dorso-lumbar (Lenke 2BN). La paciente presenta una gibosidad de 25° medido en escoliómetro. Se propone artrodesis con instrumentación posterior T2-L3, osteotomías de Ponte periapicales y derrotación apical. La cirugía se realizó con control de potenciales evocados. Control radiológico pos-quirúrgico

Resultados: Corrección de la doble curva escoliótica. Se pasó de un ángulo de Cobb torácico de 74 grados y lumbar de 43, a ángulos de Cobb menores de 10° en ambos niveles tras el procedimiento quirúrgico. La paciente evolucionó satisfactoriamente en el post-operatorio. No se detectaron complicaciones posquirúrgicas.

Comentarios y conclusiones: La técnica VCM diseñada por el Dr. Larry Lenke, aporta una mejor derrotación apical de la deformidad, estando especialmente indicada cuando el ápex es muy rígido y la giba costal importante. Esta técnica permite obviar la toracoplastia y los problemas pulmonares subsecuentes.

CC-173. ESCOLIOSIS SEVERA: VARÓN DE 28 AÑOS CON POLIOMIELITIS INFANTIL

A. Salgado Rodrigo, J.A. Rubio Torres, A. Mardomingo Alonso y M. González Murillo

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: La poliomiélitis es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio, de carácter contagioso y que afecta fundamentalmente al SNC con destrucción de neuronas motoras ocasionando debilidad muscular, atrofia así como en casos más graves parálisis flácida aguda todo acompañado de diversas deformidades. La corrección de la deformidad se realizara para disminuir el dolor, permitir una correcta sedestación y libre manejo de MMSS.

Material y método: Paciente de 28 años subsahariano con poliomiélitis diagnosticada en la infancia, parálisis en MID y amputación en MII debido a una osteomiélitis posquemadura e importante deformidad escoliótica. Presenta progresión del dolor y la deformidad Rx simple en sedestación curva toracolumbar de 110° derecha con ápex en T11-T12. La vértebra ápex presenta el grado máximo según la clasificación de Nash-Moe sin la visualización pedículo alguno. Desequilibrio pélvico de 35° e inversión lordosis. Se procedió a la corrección quirúrgica mediante fijación T2-ilíaco consistente en instrumentación híbrida con alambres, tornillos ilíacos tipo Kaneda, múltiples osteotomías (Chevron, Smith Petersen...) y corrección a 4 barras.

Resultados: Se consiguió una curva escoliótica de 40°, reducción de desequilibrio a 15° y una lordosis de 35° así como la correcta sedestación, disminución dolor y buen manejo de MMSS. A los 10 días el paciente es dado de alta satisfactoriamente.

Comentarios y conclusiones: Las deformidades escolióticas y la poliomiélitis están muy asociadas, en muchos casos son enfermos de larga evolución con curvas evolucionadas y de difícil corrección, nosotros planteamos una corrección a 4 barras con instrumentación híbrida con alambres desde T2 a ilíaco.

CC-174. DISPOSITIVO INTERSOMÁTICO INUSUAL

A. Alavedra Massana, M. Romero Gómez, L. Ruiz Macarrilla y J. Español Bonache

CST-Hospital de Terrassa. Barcelona.

Introducción y objetivos: La cirugía ha sido ampliamente utilizada durante la última década en el tratamiento de la Enfermedad degenerativa discal (EDD). La técnica quirúrgica estandarizada más ampliamente aceptada y evaluada durante las dos últimas décadas para el tratamiento de la EDD, cuando se hace refractaria al tratamiento conservador, es la fusión vertebral. La fusión vertebral puede ser intersomática, posterolateral o combinada (circunferencial). La utilización de cajas intersomáticas para conseguir este propósito permite recuperar la altura discal y proporciona un soporte estructural inmediato al injerto.

Material y método: Mujer de 50 años que consulta por lumbociatalgia derecha crónica. Como antecedentes refiere hipotiroidismo y cirugía de alio loco hacia 15 años por lumbociatalgia, implantándose un dispositivo intersomático. A la exploración se aprecia dolor lumbar con radiculalgia L5-S1 derecha, sin déficits neurológicos ni signos de mielopatía lumbar. En el estudio radiológico se observa migración del dispositivo intersomático al canal medular. Se decide intervención quirúrgica, realizándose instrumentación transpedicular L4-L5 y laminectomía, observándose el dispositivo dentro del saco dural. Se practica apertura longitudinal del saco dural, disección de las raíces nerviosas y retirada del dispositivo. Posteriormente, se practica cierre del saco dural y aporte de injerto cortico esponjoso L4-L5.

Resultados: En el postoperatorio inmediato aparece paraparesia e hiposensibilidad en EII, que se recupera progresivamente, siendo normal a la primera semana posquirúrgica. En la actualidad la paciente

presenta desaparición del dolor lumbar y radicular existente en el preoperatorio, sin déficit neurológicos asociados.

Comentarios y conclusiones: La identificación del origen del dolor, imprescindible para el éxito de cualquier cirugía, resulta ser más una conjetura que un hecho en el área lumbar. Las series publicadas con la utilización de cajas intersomáticas muestran tasas de fusión superiores al 90% y un resultado clínico satisfactorio cercano al 80% de los casos. Aun así, como toda instrumentación vertebral, no está libre de complicaciones, como la pseudoartrosis, hernia discal iatrogénica, estenosis de canal secundaria a migración posterior del dispositivo intersomático.

CC-175. CONDROCALCINOSIS LUMBAR: CAUSA INUSUAL DE LUMBALGIA

A.J. López Soilán, F. Altuna, J.P. Pizzuti y A. Sanjuán Castillo

Hospital Sant Jaume de Calella. Barcelona.

Introducción y objetivos: La condrocalcinosis es una enfermedad producida por depósitos de pirofosfato cálcico localizada sobre todo en el cartilago articular de rodillas, pubis y muñecas. En un pequeño porcentaje la causa es metabólica o endocrina mientras que en el 90% de los pacientes no se detecta causa que la justifique. El 80-90% de las lumbalgias son de origen mecánico-degenerativas, en el 10-20% es otra causa intra o extrarajuidea. La localización de la condrocalcinosis en la columna vertebral es poco frecuente y generalmente se presenta como afectación de partes blandas (ligamento vertebral y articulares posteriores).

Material y método: Paciente varón de 41 años de edad, con antecedentes de osteosarcoma en rodilla a los 15 años, consulta por cuadro de lumbalgia irradiada a región glútea de 2 meses de evolución sin respuesta a tratamiento conservador. La TAC mostraba imagen inespecífica pero sugestiva de lesión de elevada agresividad radiológica. La gammagrafía ósea y la RMN informaban de patología facetaria degenerativa.

Resultados: Dada la discordancia se realizó biopsia: muestra que a la luz polarizada evidenciaba pequeños cristales de pirofosfato cálcico: pseudogota o condrocalcinosis a la columna vertebral. Se instauró tratamiento médico con indometacina y se realizó estudio por Reumatología.

Comentarios y conclusiones: La condrocalcinosis lumbar es poco frecuente, probablemente infradiagnosticada que puede aparecer como un hallazgo en cirugías por otra causa y que la hemos de tener en cuenta en casos de lumbalgias mal definidas que no responden al tratamiento habitual, síndromes articulares posteriores y condrocalcinosis diagnosticada en otras articulaciones.

CC-176. CIFOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO DE HEMANGIOMA VERTEBRAL

B. Antón Capitán, A.A. García Londoño, C. Rodríguez Alonso, M. Malillos Torán y N. Álvarez Bandrés

Hospital San Pedro. La Rioja.

Introducción y objetivos: El hemangioma vertebral es un tumor primario, benigno, localizado principalmente a nivel de columna toracolumbar. Afecta típicamente al cuerpo vertebral, generalmente es asintomático y se descubre en la exploración por otra patología. El objetivo es presentar un caso de hemangioma vertebral tratado mediante cifoplastia.

Material y método: Se analiza la evolución de un hemangioma de L2 tratado de manera quirúrgica mediante cifoplastia.

Resultados: Se presenta el caso de un paciente de 41 años que acude a nuestras consultas por lumbalgia sin irradiación a miembros inferiores de origen atraumático de 5 meses de evolución refractaria al tra-

tamiento con AINES. La radiografía de columna lumbar muestra trabeculado vertical en el perfil de L2. La resonancia magnética evidenciaría una hiperintensidad blanca moteada sugerente de hemangioma vertebral. El tratamiento conservador con AINES, fisioterapia y corset lumbar no obtuvo respuesta, por lo que se planteó el tratamiento quirúrgico. A través de un abordaje percutáneo transpedicular se realizó una cifoplastia inyectando 1 cm cúbico de cemento por pedículo, tras tomar una muestra para anatomía patológica. En el postoperatorio hubo mejoría inmediata, permaneciendo el paciente asintomático al año de la intervención. El estudio anatomopatológico confirmó el hemangioma vertebral.

Comentarios y conclusiones: Los hemangiomas vertebrales son tumores benignos generalmente asintomáticos, que son diagnosticados accidentalmente en un número importante de casos. La clínica que producen es dolor local y/o déficit neurológico (compromiso medular o radicular). Según la literatura el diagnóstico se demora 10 meses de promedio. Las opciones terapéuticas incluyen los AINES, la fisioterapia rehabilitadora, el corset, la radioterapia, la embolización y las técnicas quirúrgicas. Entre éstas últimas una opción resolutoria y poco agresiva para el paciente es la cifoplastia con balón.

CC-177. CORRECCIÓN TORACOSCÓPICA DE DEFORMIDAD RAQUÍDEA

C. Cano Gala, D. Pescador Hernández, J.M. Martín Enrique, C. Corchado Villalba, D.A. Rendón Díaz, L. Alonso Guardo y P. Miramontes González

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción y objetivos: Dada su situación anatómica en el torso, la columna vertebral torácica puede abordarse quirúrgicamente tanto a través de una vía posterior como transtorácica. Esta última proporciona ventajas mecánicas, pues permite la liberación, fusión y epifisiodesis de los cuerpos vertebrales, así como una fijación más efectiva y móvil con instrumentaciones más cortas. En contrapartida, presenta mayor morbilidad perioperatoria. Desde su incorporación al arsenal terapéutico de las enfermedades espinales a inicios de los años noventa, la cirugía torácica videoasistida (CTV) ha demostrado reducir el dolor, la pérdida de sangre, la estancia hospitalaria y la afectación de las funciones pulmonar y articular del hombro; mejorar la visualización y el acceso a los extremos craneal y caudal del raquis, y proporcionar unos resultados cosméticos más satisfactorios para el paciente respecto al abordaje clásico por toracotomía. El precio en esta ocasión es el de un procedimiento técnicamente exigente con una curva de aprendizaje dilatada. En este sentido, algunos autores han recalcado la importancia del abordaje multidisciplinario y del entrenamiento previo en técnicas endoscópicas. A continuación presentamos el caso de una paciente tratada mediante este método.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente mujer de 19 años, que es derivada a la consulta de la Unidad de Raquis por deformidad evidente de columna torácica. Tras un completo estudio preoperatorio, se comprueba que cumple los criterios clásicos para intervención correctora vía toracoscópica (mujer de más de 50 kg, menos de 60° de ángulo de Cobb, y deformidad comprendida entre T4 y L1). En concreto nuestra paciente presentaba una curva torácica derecha entre T6 y T12 de aprox. 55° de Cobb. Vía toracoscópica se corrige la deformidad fijando con tornillos pediculares de T5 a T12 a través de 4 portales. Se consigue un Cobb posquirúrgico de unos 15°.

Resultados: A los 3 meses de la intervención la paciente está sin dolor, satisfecha con el resultado obtenido y se ha incorporado con normalidad a las actividades sociolaborales cotidianas.

Comentarios y conclusiones: El objetivo de la incorporación de la CTV a la cirugía ortopédica espinal ha sido minimizar la morbilidad postoperatoria sin detrimento de las ventajas mecánicas que la liberación y fusión anteriores proporcionan: una mayor corrección en

curvas rígidas y/o muy pronunciadas, la fusión de cuerpos vertebrales en deformidades progresivas y la epifisiodesis en pacientes esqueléticamente inmaduros a fin de evitar el fenómeno de deformidad en cigüeña (crankshaft phenomena). Sin embargo, este objetivo quedaba parcialmente limitado por la necesidad de asociar en todos los casos una instrumentación posterior. Durante los últimos años, el esfuerzo se ha centrado en el diseño de instrumentaciones anteriores endoscópicamente implantables que eviten la incisión posterior con objeto de permitir una correcta estabilización con fijaciones más cortas, que preservan de este modo un mayor grado de flexibilidad espinal. A día de hoy la CTV ha demostrado, tanto en modelos biomecánicos experimentales como en la práctica clínica, unos resultados equiparables a los obtenidos por la cirugía convencional (toracotomía) en la corrección de las deformidades de la columna vertebral torácica, con una reducción de la morbilidad postoperatoria.

CC-178. UN INUSUAL CASO DE LUMBOCIÁTICA

C. Corchado Villalba, J.M. Martín Enrique, D. Pescador Hernández, C. Cano Gala, D. Rendón Díaz, J.A. de Cabo Rodríguez y E. González Gálvez

Complejo Hospitalario de Salamanca.

Introducción y objetivos: El dolor de espalda es una de las patologías más frecuentes en las consultas de traumatología. En la mayoría de las ocasiones, entidades bien conocidas como son la estenosis de canal y la hernia de disco, son las responsables del proceso, pero establecer el diagnóstico de una lumbociática no siempre resulta tan evidente y a veces podemos sorprendernos al descubrir el origen de dicha afección. Nos proponemos describir el caso de una paciente que presenta un cuadro de dolor lumbar que se agrava con el tiempo causado por un quiste sinovial procedente de las articulaciones facetarias. Nos ayudamos de la revisión de la literatura publicada acerca del comportamiento de esta patología para establecer las características de la lesión y en definitiva la elección del mejor tratamiento.

Material y método: Mujer de 63 años de edad que es atendida en consultas externas por presentar clínica de dolor lumbar grave y radiculopatía que irradia a L4-L5 de MID que no responde a tratamiento conservador. Como antecedentes personales solo refiere varios episodios de lumbociática previos. Tras exploración clínica y pruebas complementarias básicas se pide RMN lumbosacra que viene informada como lesión redondeada procedente de la articulación facetaria L4-L5 que invade canal medular. A la vista de los hechos se propone para infiltración epidural, tras la cual muestra una mejoría momentánea un corto periodo de tiempo.

Resultados: Actualmente se encuentra en lista de espera quirúrgica para la extirpación del quiste sinovial.

Comentarios y conclusiones: Los quistes sinoviales procedentes de las facetas articulares son lesiones extradurales intraespinales. Son diagnósticos poco comunes causantes clínicos de lumbalgias y estenosis de canal. En la literatura internacional revisada coinciden en que estos quistes se extienden por los recessos neurales y son capaces de producir radiculopatías. La clínica de presentación suele incluir la claudicación neurogénica como resultado del estrechamiento del canal. Generalmente proceden de las facetas localizadas en el espacio L4-L5, como es el caso, y se cree que son consecuencia de los cambios degenerativos de la membrana sinovial junto con microtraumatismos a este nivel. Suelen asociarse a un ligero grado de espondilolistesis. Entre los diagnósticos diferenciales que debemos descartar se encuentran el schwannoma, el quiste perineural, y quiste de la aracnoides extraneural. Es frecuente su asociación con intervenciones de cirugía vertebral previa. Con respecto a la decisión del tratamiento adecuado no existen publicaciones previas al respecto.

CC-179. COMPLICACIONES INUSUALES EN LA ARTRODESIS LUMBAR POSTERIOR: NEUMOENCÉFALO

C. Andarcia Bañuelos, M. Herrera Pérez y P. Cortés García

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción y objetivos: El neumocéfalo es una complicación poco frecuente pero grave de la cirugía de columna, su fisiopatología y tratamiento no es totalmente comprendido. La incidencia de neumocéfalo sintomático a tensión secundario a una artrodesis vertebral posterior es desconocida. Muy pocos estudios en la literatura actual abordan esta inusual complicación. En el presente estudio realizamos un análisis crítico de un caso de neumocéfalo como complicación de una artrodesis lumbar posterior.

Material y método: Analizamos el caso de una mujer de 41 años de edad con diagnóstico de discopatía L3-L4, L4-L5, y hernia discal izquierda a nivel L4-L5. Se le realiza artrodesis lumbar posterior L3-L5, discectomías L3-L4 y L4-L5, y liberación de la raíz L5 izquierda, sin incidencias intraoperatorias. A las 24 horas de la cirugía la paciente desarrolla cefalea generalizada de fuerte intensidad, rigidez de nuca y disartria. Se le realizan TAC y RMN de forma urgente observando un enorme neumocéfalo en el espacio subaracnoideo, de predominio en el lóbulo frontal izquierdo, sin desplazamiento de línea media, y con origen en el canal espinal lumbar. Se realiza tratamiento conservador: valoración neurológica continua, reposo en cama, analgésicos, antieméticos e hiperhidratación, además de la interrupción del drenaje por aspiración.

Resultados: Permanece las primeras 48 horas sin cambios para iniciar posteriormente una mejoría progresiva clínica y radiológica hasta la completa desaparición de los síntomas al séptimo día y la normalización radiológica al noveno.

Comentarios y conclusiones: La tasa de fístula de LCR postoperatoria como una complicación iatrogénica en la cirugía de artrodesis lumbar, puede llegar al 5% según algunas series, sin embargo, los casos complicados con neumocéfalo son bastante infrecuentes. El neumocéfalo es una complicación poco frecuente pero grave de la cirugía de columna, relacionado en la mayoría de los casos con la rotura involuntaria de la duramadre durante la cirugía. En la mayoría de los pacientes, un tratamiento conservador consistente en reposo en cama, hiperhidratación, analgésicos, sedantes y antieméticos resulta adecuado, y los síntomas suelen desaparecer en 1-3 semanas generalmente sin secuelas neurológicas. El neumocéfalo es una complicación inusual pero potencialmente grave de la cirugía de columna vertebral, que en la mayoría de los casos está relacionado con el desgarro dural accidental durante la cirugía. Los esfuerzos por comprender y reducir las complicaciones en cirugía de columna vertebral, son necesarios debido a los potenciales riesgos de las mismas. El complejo campo de la cirugía de la columna ha sido un área particularmente difícil para el desarrollo de un consenso que describa de manera constructiva estos indeseables eventos imprevistos que surgen durante o fuera de la prestación de nuestra asistencia sanitaria.

CC-180. ARTRODESIS INSTRUMENTADA POSTERIOR DE FRACTURAS VERTEBRALES A 3 NIVELES DISTINTOS

D. Barahona Lorenzo, R. Díaz Romero, R.Y. Santana Suárez, J.A. Nuez García, R. Navarro Navarro, B. Romero Pérez, S. Barroso Rosa y J.R. Caballero Martel

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: Las fracturas vertebrales múltiples en distintos niveles en pacientes jóvenes son típicas de traumatismos de alta energía. La probabilidad de sufrir lesión neurológica es alta. Al tratarse pacientes politraumatizados, elegir el momento adecuado para la cirugía depende de muchos parámetros.

Material y método: Paciente de 34 años que en accidente de moto sufre traumatismos faciales, neumotórax, múltiples fracturas costales, fractura de masa lateral derecha de C6, fractura estallido inestable de T4 con afectación de cuerpo, pedículos y láminas y fractura estallido inestable de T11 con afectación del muro posterior. La invasión del canal es siempre inferior al 25%. En el momento del accidente el paciente se encuentra parapléjico, y en seguida pierde el nivel de conciencia por lo que se le intuba y se seda. Una vez superado el neumotórax y el SDRA se somete a cirugía. Se procede a la artrodesis posterior en los tres niveles afectados en el mismo acto quirúrgico. Se realiza fijación de C5-C7 con abordaje posterior abierto, y fijación de T3-T5 y T10-T12 por vía posterior percutánea.

Resultados: El paciente ingresa desde el servicio de medicina intensiva en el servicio de lesionados medulares a los 12 días de la intervención. El paciente se encuentra consciente y moviliza las 4 extremidades. Al alta el paciente no tiene repercusión neurológica salvo parálisis facial izquierda.

Comentarios y conclusiones: La mayoría de los estudios demuestran que la descompresión del canal y la estabilización instrumentada temprana disminuyen la lesión neurológica, la duración del ingreso hospitalario, el periodo de rehabilitación necesario y el número de complicaciones derivadas. El concepto de fijación "temprana" aun no está claro, debiendo individualizar cada caso, y realizar control de daños, para que la cirugía no aporte más riesgos que beneficios en un paciente politraumatizado.

CC-181. CUADRI-PARESIA SECUNDARIA A HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELOIDE CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Pérez Prieto, G. Vilà Canet, C. Lozano Álvarez, G. Saló Bru, A. Molina Ros, A. Lladó Blanch, J. Lloreta Trull y M. Ramírez Valencia

Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: El hemangioendotelio epitelioide (HE) es un tumor derivado del endotelio vascular, de agresividad intermedia con predilección por hígado, pulmón y partes blandas, representando < 1% de los tumores malignos primarios de hueso. Aparece en miembros inferiores (tibia/fémur) y en segundo lugar en raquis, con una frecuencia doble en hombre y con pico entre 20-30 años.

Material y método: Se trata de un hombre de 63 años con antecedente de tumor de GIST gástrico que consulta por pérdida de fuerza en MSD (previamente orientado como parálisis de Duchenne y patología de manguito), objetivándose plejía bicipital, supraespinoso e infraespinoso (0/5), paresia de extensores codo/mano (3/5) y arreflexia bicipital. La RMN muestra lesión expansiva en el pedículo C5 con ocupación del foramen conjunción C5 y el estudio de extensión (PET-scan) es negativo. También realizamos biopsia-TC que informó como tumor de origen endotelial, descartándose M1-GIST.

Resultados: Realizamos artrectomía y laminectomía C4-C5 derecha con sacrificación de la raíz C5 derecha por infiltración tumoral en el primer tiempo (vía posterior) con instrumentación C2-T2. En un segundo tiempo practicamos corpectomía C5 con discectomía superior/inferior (vía anterior) con placa C4-C6 y malla intersomática. Tras la segunda cirugía se consigue exéresis subtotal tumoral (pequeña infiltración intradural no resecada). El resultado anatomopatológico es de hemangioendotelio epitelioide de bajo grado. Posteriormente se realizaron 23 sesiones de radioterapia (dosis total 46Gy). Un año post-cirugía, el paciente es autónomo para las AVD con torpeza residual en ambas manos, siguiendo controles bimensuales con RMN.

Comentarios y conclusiones: El diagnóstico preoperatorio del HE es complicado ya que, la biopsia-TC no suele ser definitiva, tal y como sucedió en nuestro caso, siendo esencial la detección del antígeno del factor VIII y CD31 por inmunohistoquímica para el diagnóstico definitivo, así como Ki67 que es el marcador de proliferación celular. Campanacci clasificó estos tumores en 3 grupos en función del grado inmu-

nopatológico, correlacionándose con el pronóstico, por tanto, nuestro caso sería un grado I. Con respecto al tratamiento del HE óseo, es bastante controvertido debido a la inexistencia de guías por su baja frecuencia. Hay consenso en que la ablación quirúrgica es la base del tratamiento y se ha demostrado que la resección en bloque disminuye el riesgo de recidiva local. La coadyuvancia con radioterapia aún no ha demostrado aumento de supervivencia, aunque sí se sabe que es un tumor radiosensible.

CC-182. TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD TRAUMÁTICA DE AXIS MEDIANTE ARTRODESIS C2-C3 CON PLACA VÍA ANTERIOR

D.M. Dussan Arango, M.T. Sánchez García y M.A. Marín Luján

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Los traumatismos del raquis cervical superior son pocos prevalentes en nuestro medio. Las opciones de tratamiento en los casos de listesis traumática de axis son múltiples y variadas. Las opciones quirúrgicas dependerán del tipo de centro, experiencia del equipo quirúrgico y recursos disponibles. La artrodesis C2-C3 por vía anterior limitada al segmento inestable permite conservar los rangos de movilidad en el raquis cervical. Nuestro objetivo es destacar la importancia de esta opción de tratamiento en paciente jóvenes.

Material y método: Presentamos un caso clínico de una paciente precipitada de 3 metros de altura tras intento de autolisis, que presenta una fractura no desplazada nivel C1-C2 tratada ortopédicamente con collarín tipo Filadelfia. Además presentaba fractura-luxación L2 así como neumotórax bilateral y hematoma retroperitoneal. En el seguimiento de la paciente, desarrolla inestabilidad y dolor intratable lo que obliga a realizar una artrodesis C2-C3.

Resultados: La paciente actualmente se encuentra asintomática tras 1 año de evolución. La artrodesis está consolidada y los resultados funcionales son excelentes.

Comentarios y conclusiones: En cuanto a las opciones quirúrgicas para tratar la listesis traumática del axis se encuentran la artrodesis incluyendo occipital, fijación vía anterior o posterior del nivel inestable, tratamiento con collarín o halo-chaleco, etc. La casuística es limitada y variada. El abordaje anterolateral de cuello C2-C3 con discectomía y fusión intersomática pueden ser dificultoso en pacientes obesos, cuello corto, etc. Consideramos que para tratar esta patología y en casos favorables que permitan el abordaje es una opción a considerar porque acorta el sangrado y el tiempo quirúrgico y ahorra niveles de fusión a tratar.

CC-183. ABSCESO FACETARIO CERVICAL

D.A. Rendón Díaz, D. Pescador Hernández, C. Corchado Villalba, J.M. Martín Enrique, P. Miramontes González y C. Cano Gala

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: La artritis séptica de las articulaciones facetarias cervicales son una entidad infrecuente, y con posibles repercusiones neurológicas graves. Es importante realizar una búsqueda de factores predisponentes y saber que en la mayoría de los casos se debe a una diseminación hematogénica de otro foco infeccioso. La RMN es la prueba de elección en el diagnóstico, extensión y detección de posibles complicaciones secundarias como el absceso epidural o para espinal. A continuación se presenta un caso clínico de un absceso facetario cervical.

Material y método: Paciente masculino de 35 años quien consulta por cuadro de 1 semana de evolución de fiebre, mialgias y dolor cervical en región posterior sin otro síntoma asociado, se realizan diferentes pruebas donde se aprecia aumento de reactantes de fase aguda pero con, Rx de tórax y hemocultivos negativos. Se procede a realizar estudios radiológicos adicionales como la RNM de columna cervical donde

se aprecia colección cervical no tabicada a nivel de C3-C4 con claro compromiso muscular paravertebral.

Resultados: Una vez realizado el diagnóstico se decide iniciar tratamiento antibiótico empírico el cual se redirigió con el resultado del cultivo (*Stafilococo aureus*), drenaje y laminectomía a este nivel con mejoría completa del cuadro clínico.

Comentarios y conclusiones: Es importante diagnosticar este tipo de patologías de una manera rápida para evitar secuelas neurológicas y en lo posible tratar de identificar el germen implicado para redireccionar el tratamiento a seguir. Actualmente el paciente se encuentra sin ningún déficit neurológico, con resolución completa del proceso infeccioso.

CC-184. PSEUDOARTROSIS DE ODONTOIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO

D.A. Rendón Díaz, D. Pescador Hernández, C. Cano Gala, J.M. Martín Enrique, C. Corchado Villalba y P. Miramontes González

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Las fracturas del segmento cervical están representadas por las fracturas de la apófisis odontoides, cuya incidencia se ha reportado entre el 7 y 15% de todas las fracturas cervicales, su clasificación se divide en 3 tipos como son 1-fx de ápice, 2-fx de la base, 3-fx del cuerpo del axis. La pseudoartrosis de la apófisis odontoides es una complicación frecuente de las fracturas tipo II de la clasificación de Anderson y D'Alonso con una incidencia muy baja reportada en la literatura actual. Actualmente se conoce que la artrodesis posterior de C1 y C2 es el tratamiento de elección. Presentamos un caso clínico de diagnóstico y tratamiento de una pseudoartrosis de odontoides.

Material y método: Paciente masculino de 45 años quien hace 1 año presentó traumatismo cervical por accidente de tráfico con posterior fractura tipo II de odontoides para la cual se realizó manejo ortopédico con un collarín cervical, ahora ingresa por alteraciones sensitivas, persistencia del dolor y limitación de los arcos de movimiento. Se realizan estudios radiológicos donde se aprecia pseudoartrosis de la apófisis odontoides.

Resultados: Se decide realizar fijación de C1-C2 por un abordaje posterior con una mejoría clínica y funcional completa, actualmente se ha reincorporado a su vida laboral y en seguimiento periódico.

Comentarios y conclusiones: Los pacientes que se presentan con una fractura de odontoides deben de ser evaluados de una manera cuidadosa debido al alto riesgo de complicaciones y secuelas neurológicas que puede generar. Actualmente se considera que las fracturas tipo I y III pueden ser manejadas de manera ortopédica como lo demuestra la literatura y las tipo II de manejo quirúrgico por su alto grado de inestabilidad y pseudoartrosis.

CC-185. RADICULOPATÍA DE T11: A PROPÓSITO DE UN CASO

D.A. Rendón Díaz, D. Pescador Hernández, J.M. Martín Enrique, C. Cano Gala, C. Corchado Villalba y P. Miramontes González

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Las lesiones degenerativas de la charnela dorso lumbar son patologías poco frecuentes comparadas con las de la región lumbosacra y en muchas ocasiones puede ser confundidos los síntomas clínicos siendo esto la causa de diagnósticos erróneos. Suele manifestarse como dolores pélvicos o de la zona inguinal según el dermatoma afecto. Presentamos un caso clínico infrecuente de un síndrome degenerativo con estenosis foraminal a nivel de T11.

Material y método: Paciente masculino de 50 años sin antecedentes relevantes, consulta por cuadro clínico de 6 meses de evolución de dolor radicular en hipogastrio y zona inguinal izquierda que inicial-

mente fue manejado como una pubalgia con poca mejoría. En los estudios radiológicos con RNM se aprecia estenosis foraminal con compresión de raíz de T11.

Resultados: Se realiza manejo quirúrgico con descompresión del agujero de conjunción y artrodesis T11-T12. Actualmente el paciente se encuentra de manera asintomática y realizando seguimiento periódico con resonancia de control.

Comentarios y conclusiones: Los síndromes radicales de la charnela dorsolumbar aislados son una entidad de baja incidencia y por lo tanto son un reto para el cirujano ortopédico debido a que su sintomatología puede confundirse con otras patologías por lo cual deben evaluarse de manera cuidadosa para llegar a un diagnóstico y tratamiento correcto.

CC-186. COMPRESIÓN MEDULAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN LINFOMA NO HODGKIN TIPO B

D. Manrique Cuevas, I. Sancho González, J. Mondragón Rubio, M. Ercilla Oyarzábal, J. Ruiz Ruiz, M. Menéndez García, P. Mateo Sebastián y T. Martínez Jiménez

Complejo Hospitalario de Navarra B (HVC). Pamplona.

Introducción y objetivos: La compresión medular aparece en el 5% de los pacientes con tumores sólidos. En el caso de los linfoma no Hodgkin es extremadamente rara (0,1-6,5%), suele tratarse de tumores agresivos que requieren tratamiento urgente. Se expone un caso de linfoma que debuta con un cuadro de compresión medular.

Material y método: Paciente de 80 años con dolor lumbar e imposibilidad para la deambulación progresiva de cuatro meses de evolución, tras sufrir una caída. La exploración física revela una paraparesia, la fuerza muscular en extremidad inferior derecha 2/5, e izquierda 2/5. Sensibilidad conservada en pierna derecha e hipoestesia en pierna izquierda. Controla esfínteres.

Resultados: Los análisis de sangre de la paciente muestran anemia y PCR aumentada. Se realiza un estudio RM del raquis lumbar que pone de manifiesto una infiltración tumoral de L3-L4-L5, con gran masa paravertebral izquierda que infiltra el Psoas, e invade el canal espinal y los agujeros de conjunción a dichos niveles. Se completa el estudio con un escáner toracoabdominal y un electroneurograma que refleja afectación severa motora y sensitiva en extremidades inferiores de forma simétrica. Ante tales hallazgos se decide realizar una biopsia radioguiada con trefina del cuerpo de L4. La histología establece el diagnóstico de linfoma no Hodgkin B de alto grado. Valorado por Hematología y Oncología radioterápica, se inicia tratamiento con radioterapia local 8Gy y 4 ciclos de quimioterapia (R-CHOP), disminuyendo el tamaño de las lesiones en TAC sucesivos. La pérdida de fuerza y sensibilidad en las piernas de la paciente no refleja mejoría.

Comentarios y conclusiones: En España han sido muy pocos los casos descritos de compromiso medular por LNH. La presentación del LNH como una paraparesia es muy infrecuente. Esto, unido a que la paciente no solicitó atención médica al inicio de los síntomas, produjo un notable retraso diagnóstico. El tratamiento combinado de cirugía con radio-quimioterapia está recomendado para alcanzar mejores resultados locales y de supervivencia.

CC-187. OPCIONES EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE PELVIS

E. Holgado Moreno, R. Cibantos Martínez, C. Gallego Wood, E. Sánchez Muñoz, P. Romera Olivera, F.J. Moreno Pérez y J.M. Madruga Sanz

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Las fracturas de pelvis son producidas en su mayoría por mecanismos de alta energía como son accidentes de

tráfico o caídas de gran altura. Penal y cols y posteriormente Tile, clasificaron las fracturas del anillo pélvico según la dirección de la fuerza deformante con signos radiológicos de estabilidad o inestabilidad, describiéndolas como estable (A), rotacionalmente inestable (B), rotacional-verticalmente inestables (C). El tratamiento en las tipo A continúa siendo no quirúrgico. Las fracturas tipo B y C requieren una estabilización quirúrgica. La fijación externa consigue una estabilización y reducción anterior del anillo. La fijación interna de la sínfisis está indicada en las fracturas que asocian disrupción del anillo posterior.

Material y método: Presentamos dos fracturas de pelvis tipo B1-2 con una lesión de la sínfisis púbica mayor a 2,5 cm, consecuencia de un accidente de tráfico. El tratamiento quirúrgico que se realizó en la primera fractura fue una fijación externa mediante un fijador externo tubular, colocándose tres clavos en cada cresta ilíaca anterior, obteniendo una reducción anatómica aceptable. El tratamiento quirúrgico que se decidió llevar a cabo en la segunda fractura fue una fijación interna, realizándose una incisión suprapúbica tipo Pfannestiel y colocación de dos placas, una anterior y otra superior.

Resultados: Ambas fracturas han evolucionado sin complicaciones, recuperándose la estabilidad y reducción anatómica, permitiendo así, la incorporación de los pacientes a una vida activa.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las fracturas del anillo pélvico supone un gran reto que exige el conocimiento de los mecanismos y tipos de producción y de la técnica de osteosíntesis adecuada para cada tipo de fractura.

CC-188. HIPOPLASIA CONGÉNITA DEL ARCO POSTERIOR DEL ATLAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Blanch Gironès, A. Arroyo Dorado, C. Gómez Roig, A. Marsol Puig y J. Giné Gomà

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: Las anomalías congénitas del arco posterior del atlas son poco frecuentes. Son variantes anatómicas benignas de la región craneocervical, debidas a un defecto en la condrogénesis. La mayoría son hallazgos radiológicos incidentales en pacientes asintomáticos, aunque se han descrito casos con inestabilidad atlantoaxiales y déficit neurológicos.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 29 años, que tras una caída presenta cervicalgia con rigidez cervical sin déficits neurológicos. Se realizan estudios radiológicos.

Resultados: En las exploraciones complementarias (radiografías cervicales y TAC) se observa aplasia parcial del atlas. Se descarta inestabilidad atlantoaxial en las radiografías cervicales dinámicas. La paciente siguió un tratamiento conservador (medidas locales y terapia farmacológica), y al mes del accidente estaba asintomática.

Comentarios y conclusiones: La hipoplasia congénita del arco posterior del atlas es un defecto estructural raro. Cuando se diagnostica en pacientes jóvenes, el paciente debe ser evaluado con estudios radiológicos para descartar fractura, luxación o inestabilidad atlantoaxial.

CC-189. LAMINOPLASTIA COMO TRATAMIENTO DE RESCATE DE UN CASO DE MIELOPATÍA CERVICAL

E. Romero Pijoan, I. Garreta Català, L. González Cañas, F. Font Vila y F. Portabella Blavia

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso clínico de un paciente diagnosticado de mielopatía cervical a quien se realizó discectomía y

artrodesis por vía anterior que, tras una evolución clínica no favorable, requirió como tratamiento de rescate una laminoplastia por vía posterior. La presentación tiene como objetivo recordar los datos clínicos y exploratorios típicos de la mielopatía cervical así como revisar las alternativas terapéuticas haciendo hincapié en el tipo de abordaje.

Material y método: Se trata de un hombre de 55 años que fue diagnosticado mediante exploración física y resonancia magnética de mielopatía cervical a nivel de C5-C6. Se decidió inicialmente aplicar un tratamiento quirúrgico por vía anterior realizándose discectomía C5-C6 y artrodesis con dispositivo intersomático y placa C5-C6. Tras 12 meses de evolución clínica no favorable, se decidió reintervenir esta vez por vía posterior realizándose una laminoplastia C5-C6.

Resultados: Tras la segunda intervención, el paciente ha presentado una mejoría progresiva de la sintomatología con una recuperación funcional muy satisfactoria. En los controles mediante pruebas de imagen, se objetiva la desaparición del compromiso medular.

Comentarios y conclusiones: La mielopatía cervical es una entidad que requiere un diagnóstico y un tratamiento precoces con tal de conseguir un buen pronóstico a largo plazo. La elección de la vía de abordaje puede condicionar el éxito del tratamiento y se deberán valorar, por tanto, las ventajas e inconvenientes de ambas vías en cada caso.

CC-190. TRATAMIENTO DE DISOCIACIÓN ESPINOPÉLVICA POR FRACTURA “EN HERRADURA” DEL SACRO

F. Cebrián Córdoba, M. Hernández Torralba, P. Sánchez Angulo, P. Nicolás Gil, S. Amor Jiménez, P. Martínez Sáez, J.F. Soler Gutiérrez y M.A. Sánchez Cañizares

HGU Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Las fracturas sacras “en U” son infrecuentes, pero deben sospecharse en pacientes con un traumatismo con carga axial importante. A menudo pasan desapercibidas por la limitación de la radiografía simple para revelar lesiones del sacro proximal. Presentamos un caso con tratamiento mediante fijación abierta combinada con percutánea.

Material y método: Mujer de 20 años, traslado a Urgencias tras precipitación desde un tercer piso. Glasgow 15. Presenta dolor intenso en región inguinal con impotencia funcional para la deambulación. Sin afectación vasculonerviosa distal.

Resultados: El estudio de imagen revela fractura de ramas ilio e isquiopúbicas derechas más fractura bilateral de trazo vertical transforaminal con deformidad cifótica en la proyección lateral y desplazamiento anterior del componente lumbosacro inestable (tipo 3 en la clasificación de Camille et al). El objetivo principal de la cirugía consistía en dotar de estabilidad al segmento lumbosacro mediante reducción indirecta y fijación posterior así como técnica percutánea iliosacra. Además se realizó osteosíntesis con placa LCP mediante técnica MIPO en columna anterior del acetábulo derecho. Evolución favorable de la paciente con carga progresiva, sin disimetría de ni clínica radicular en miembros inferiores.

Comentarios y conclusiones: Ante la dificultad en el diagnóstico de esta lesión, debemos sospecharla en pacientes que han sufrido caídas desde una altura considerable. Es frecuente la asociación con lesiones espinales a niveles más proximales. El estudio radiográfico con proyección lateral de sacro y el TC son imprescindibles para su diagnóstico y clasificación. La estabilización quirúrgica evita la progresión de la deformidad cifótica y posible lesión neural, permitiendo la movilización precoz.

CC-191. DESEQUILIBRIO CORONAL Y SAGITAL GRAVE TRAS CIRUGÍA DE ESCOLIOSIS A MEDIO PLAZO

F. Rodríguez Vázquez, M. Hidalgo Pérez, S. Rincón Cardoso, F.J. Serrano Escalante, J.M. López-Puerta González, S. Álvarez Campos y A. Amate Rivas

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La escoliosis idiopática es la enfermedad más frecuente del raquis en su etapa de crecimiento, afectando entorno al 1-2% de la población. El 80% de los casos son escoliosis idiopática del adolescente (EIA). La indicación quirúrgica va a depender del grado de desviación coronal y sagital, de la maduración esquelética y de las complicaciones asociadas. La finalidad esta cirugía es conseguir una corrección aceptable de la curva o evitar su progreso, y que se mantenga estable. Dentro de las numerosas complicaciones recogidas en la literatura asociadas a la cirugía de la EIA, la deformidad postquirúrgica es una de las más temidas por la frecuentes reintervenciones que se requieren.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 20 años derivado de otro centro tras 2 años de evolución de intervención de escoliosis donde se realizó instrumentación y artrodesis de T9 a S2, por presentar un grave desequilibrio sagital y coronal con cifosis por encima de la instrumentación y cifosis lumbar por arrancamiento de placas sacras. Se presentan fotografías, radiografía convencional y TAC con reconstrucción tridimensional del paciente a la llegada a nuestro servicio. Tras plantear las diferentes opciones quirúrgicas se decide realizar diferentes osteotomías de Smith-Peterson y sustracción pedicular y ampliar la instrumentación de T3 a iliacos. Se presentan radiografías posoperatorias y fotografías.

Resultados: El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones, permitiendo lo sedestación entre las 48 y 72 horas y la bipedestación a los 6 días. El paciente evolucionó favorablemente consiguiéndose una gran corrección en los planos sagital y coronal, facilitando la marcha sin ayuda del individuo, así como la sedestación prolongada. La corrección se mantiene estable al año de seguimiento.

Comentarios y conclusiones: En los pacientes en los que realicemos una instrumentación y una fusión de columna por EIA podremos esperar una corrección de la deformidad entre el 50 y el 75%, dependiendo de la magnitud y el tipo de curva. Una mayor corrección podría provocar una descompensación del tronco, con una inclinación lateral con respecto a la pelvis. Las tasas de complicaciones son relativamente bajas. Sin embargo, no podemos ignorar el riesgo de lesión medular. La desviación por encima de la instrumentación es otra complicación generalmente a largo plazo que suele requerir reintervención, sobre todo cuando esta es mal tolerada por el paciente, limitando su capacidad de marcha. Para lograr un resultado óptimo tendremos que dominar las técnicas quirúrgicas y saber cuándo llevarlas a cabo.

CC-192. LUXACIÓN UNIFACETARIA C5-C6

H. Gómez Santos, C. Justo Astorgano, P. Martínez Ureña, I. Cimarra Díaz, M.C. Sanz Pascual, C. Hernández Galera, T. del Olmo Hernández y P. García Medina

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Casi la mitad de lesiones de la columna que se producen anualmente afectan a la columna cervical, y más de la cuarta parte de las lesiones de la columna provocan algún tipo de déficit neurológico. Las luxaciones unilaterales en la columna cervical inferior ocurren por un mecanismo de flexión-rotación progresivo hacia el lado contralateral. En muchos casos aparecen síntomas de radiculopatía por estrechamiento del agujero de conjunción.

Material y método: Paciente de 39 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por dolor cervical de 4 días de

evolución tras caída en bici, con traumatismo directo en el casco que llevaba. Se solicitan RX y TAC diagnosticándole de fractura luxación unifacetaria C5-C6 inestable, completando su estudio con RM.

Resultados: El tratamiento inicial consistió en una inmovilización con ortesis cervical rígida. El tratamiento quirúrgico definitivo fue llevado a cabo 5 días más tarde, mediante abordaje anterior, realizando una reducción parcial y artrodesis instrumentada C5-C6. En el postoperatorio inmediato se le inmovilizó adicionalmente con collarín blando. Durante su seguimiento en consultas externas presentó un adecuado control radiográfico -observando correcta posición del material de estabilización e integración del injerto. Deambula sin problemas, se encuentra asintomático, sin haber presentado complicaciones asociadas.

Comentarios y conclusiones: Un traumatismo de la columna cervical subaxial puede provocar una lesión medular directa o puede predisponer a una lesión medular tardía. De ahí la importancia de su diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, con objeto de evitar o reducir la lesión neurológica. El tratamiento definitivo óptimo dependerá de la gravedad y localización del compromiso neurológico, del grado de inestabilidad, de la localización y tipo de fractura y de la patología cervical previa. La estabilización mediante el uso de una placa atornillada es el método preferido de estabilización quirúrgica en estos tipos de lesiones.

CC-193. DORSO PLANO POSQUIRÚRGICO. RESOLUCIÓN DE UN CASO

H. Gómez Santos, C. Justo Astorgano, C. Hernández Galera, P. Martínez Ureña, M. Sendino Revuelta, T. del Olmo Hernández, M.C. Sanz Pascual y M.S. del Cura Varas

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La recidiva o persistencia de dolor lumbar postquirúrgico representa un problema de solución compleja. Es necesaria una evaluación completa del paciente discerniendo entre la semejanza o diferencia de los síntomas respecto a los previos para decidir la actitud terapéutica más adecuada. Para ello es muy importante evaluar el alivio inicial y duración del mismo tras la cirugía, así como realizar una exploración física detallada y evaluar detenidamente los resultados de las pruebas complementarias.

Material y método: Paciente de 76 años intervenida 4 años antes por estenosis de canal lumbar L1-L5, que cursa con flexión anterior del tronco y dolor dorsolumbar irradiado por la cara posterior de MID hasta mitad de pierna, dificultad para la deambulación y para la bipedestación. A la exploración física la paciente presenta hipolordosis lumbar y deambulación en flexión anterior del tronco que le obliga al uso de bastones. Se realiza estudio de imagen objetivando artrodesis instrumentada L1-L5, acunamiento anterior del cuerpo vertebral de t12 y colapso moderado del mismo, con rectificación de la curvatura lumbar.

Resultados: Ante el diagnóstico de dorso plano postquirúrgico se interviene a la paciente, realizando en un primer tiempo la retirada de instrumentación por vía posterior y osteotomía angular en cuerpo vertebral de L3 a través de una lumbotomía, posteriormente se realiza un segundo tiempo que consiste en osteotomía de sustracción pedicular e instrumentación pedicular desde T10 a S1. En el postoperatorio inmediato es inmovilizada adicionalmente con un marco de hiperextensión de Jewett, sin presentar nuevas complicaciones adicionales durante su seguimiento a medio plazo -mostrando un adecuado seguimiento radiográfico y una correcta evolución clínica, sin dificultad para la marcha, ni dolores irradiados, tan sólo episódicos en la musculatura paravertebral-, consiguiendo una mejoría notable en su calidad de vida.

Comentarios y conclusiones: Es importante conocer la sintomatología que pueden presentar estos pacientes para un diagnóstico y tratamiento adecuados. El citado síndrome se caracteriza porque

los pacientes cursan con dificultad para la bipedestación prolongada, que les induce a una cifosis progresiva por encima de la artrodesis, que les obliga a realizar la marcha en flexión anterior del tronco. Su tratamiento de elección es quirúrgico, incluyendo instrumentación combinada con osteotomías vertebrales de diversos tipos, para realinear el raquis, proporcionando un equilibrio y alineación adecuados.

CC-194. PSEUDOARTROSIS CERVICAL. RESOLUCIÓN DE UN CASO

H. Gómez Santos, C. Justo Astorgano, P. Martínez Ureña, I. Cimarra Díaz, M.C. Sanz Pascual, C. Hernández Galera, T. del Olmo Hernández y P. García Medina

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Para la radiculopatía cervical la descompresión mediante discectomía cervical anterior y fusión es una técnica excelente, con resultados satisfactorios en el 70-90% de los pacientes.

Material y método: Varón de 42 años, sin antecedentes personales de interés, que ha precisado reintervenciones cervicales múltiples por pseudoartrosis cervical. Inicialmente cursó con un cuadro de cervicobraquialgia derecha, con afectación motora y dificultad para realizar movimientos de precisión e hiperreflexia en los cuatro miembros - estudio EMG: signos de denervación moderada subaguda en la raíz C5-C6 derecha; estudio de imagen (RM): hernia discal C5-C6 y C6-C7 y signos de mielopatía cervical. Dado el cuadro clínico, precisó intervención quirúrgica mediante abordaje anterior realizando discectomía de los 2 niveles y artrodesis instrumentada con placa atornillada y aloinjerto óseo; llevando una ortesis cervical adicional desde el postoperatorio inmediato. Dos meses más tarde se observó en un control radiográfico fracaso del material de síntesis con movilización anterior y lateral de la placa y pseudoartrosis C5-C6, procediendo a su resolución en dos tiempos quirúrgicos; retirando el material de osteosíntesis por el abordaje previo, y un segundo tiempo quirúrgico durante el mismo ingreso, mediante abordaje posterior para descompresión C4-C5-C6 derecha y artrodesis posterior instrumentada transpedicular de C3 a C6, estabilizándolo adicionalmente con un Halo-Jacket 10 días más tarde.

Resultados: Actualmente el paciente se encuentra clínicamente asintomático -con mejoría completa de la clínica previa, sin complicaciones añadidas-, con signos radiológicos de consolidación e integración de material de síntesis.

Comentarios y conclusiones: Para pacientes que requieran descompresión en 4 niveles o más, aquellos con un canal estrecho y aquellos en los que la columna anterior está ya fusionada está recomendado realizar una laminectomía o laminoplastia, asociando procedimientos estabilizadores mediante artrodesis instrumentada posterior.

CC-195. DISOCIACIÓN CLINICORADIOLÓGICA EN PACIENTE CON LUMBOCIATRALGIA

H. Mínguez Pérez, R. de los Santos de la Cruz, N. Juárez Torrejón, B. Ruiz Nieto, A.I. Simón Carrascal, J.V. Peralta Molero, P. Zuñil Acosta y G. Muñoz Sánchez

Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: El dolor lumbar secundario a patología discal y hernia son frecuentes a partir de la 4ª década de la vida. El diagnóstico diferencial del dolor lumbar y de la pierna es extenso y complejo. Las lesiones se pueden dividir en las que afectan a la columna (más frecuentemente) y las que afectan a los aparatos adyacentes (urogenital, gastrointestinal y musculatura adyacente).

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 42 años con dolor lumbar irradiado hacia miembro inferior derecho, adormecimiento y debilidad de la pierna de más de 20 años de evolución, de curso lento y progresivo. En la exploración se observó debilidad en la flexo-extensión del pie, arreflexia aquilea, atrofia e hipoestesia de la pierna.

Resultados: Con la sospecha de radiculopatía lumbosacra se realizaron varios estudios, TAC y RM, con imagen de protrusión discal L4-L5 pósteromedial que no justificaba el cuadro clínico. En un electroneurograma-electromiograma (ENG-EMG) se observó conducción alterada del nervio sural, no evocación de potenciales motores de nervios peroneo y tibial posterior derechos; signos reinervativos en tibial anterior, gemelo y bíceps femoral derechos, compatibles con neuropatía del ciático. Una RM de pelvis mostró engrosamiento y aumento difuso de señal de 5 cm del nervio ciático derecho a la salida de la escotadura ciática. El cuadro clínico y las pruebas realizadas llevaron al diagnóstico de neuropatía proximal del ciático derecho de larga evolución.

Comentarios y conclusiones: La neuropatía del ciático es una entidad rara. Dentro de las causas están la lesión tras cirugía de prótesis de cadera, vasculitis, tumores nerviosos y linfoma, todas ellas de instauración aguda y/o con imagen radiológica característica. En nuestra paciente, la larga evolución y la imagen radiológica, hacen pensar en una neuropatía por atrapamiento, como el síndrome piriforme. Queremos insistir en la importancia del ENG/EMG, especialmente en los cuadros de lumbociática con disociación clínico-radiológica.

CC-196. QUISTE DE LA BOLSA FARÍNGEA (QUISTE DE THORNWALD) EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CERVICALGIA AGUDA NO IRRADIADA

I. Sancho González, I. Orradre Burusco, J. Rey Vasalo, M. Ercilla Oyarzábal, M. Menéndez García, J. Ruiz Ruiz, M. Brun Sánchez y D. Sánchez Guardamino Sáenz

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La cervicalgia es un síntoma frecuente e inespecífico y en su diagnóstico diferencial entran múltiples patologías. Puede tener su origen en la columna y musculatura adyacente o proceder de lesiones en otros órganos de manera referida. La bolsa faríngea es un vestigio embriológico por una unión deficiente de la notocorda con el endodermo faríngeo. Raramente forma una depresión sacular profunda produciendo un quiste, quiste de Thornwaldt. Esta lesión infrecuente suele permanecer asintomática siendo un hallazgo radiológico casual.

Material y método: Presentamos el caso de un varón (53 años) con cervicalgia posterior aguda tras esfuerzo físico en ambiente frío. En la exploración presenta cervicalgia más intensa con las rotaciones de cuello y con la apertura bucal. No déficit neurológico en extremidades y ROT normales. Signos meníngeos negativos. Analítica normal salvo VSG 16 mm/h. En Rx aumento de partes blandas en región cervical alta. Se realiza TAC apreciándose tejido blando en porción posteroinferior de nasofaringe confirmado en RMN como lesión brillante en T2. No se objetivan lesiones cervicales. Se diagnostica de cervicalgia por quiste de Thornwaldt.

Resultados: Descartado el origen infeccioso el paciente experimenta una rápida mejoría tras corticoterapia intravenosa y analgesia cediendo completamente el cuadro.

Comentarios y conclusiones: Los quistes de Thornwaldt permanecen asintomáticos y cuando raramente dan clínica lo hacen con dificultad en la deglución o respiración nasal, incremento de secreciones, otitis media... La cervicalgia como único síntoma es rarísima y apenas se encuentran referencias bibliográficas al respecto. Pese a su baja fre-

cuencia cabe englobar al quiste de Thornwaldt dentro de la amplia etiología de la cervicalgia aguda.

CC-197. RADICULOPATÍA INTENSA EN EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTE CON AGENESIA DE SEGMENTO INFRAHEPÁTICO DE VENA CAVA INFERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. González González, C. Rubio Codina, J.I. Aurrekoetxea Argandoña, I. Herrera Cuevas, C. Lozano Marín y F. Noguerales de la Obra

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Habitualmente, el dolor radiculopático en las extremidades inferiores está producido por estructuras que comprimen la raíces nerviosas siendo las principales etiologías la hernia discal y la estenosis foraminal. Nosotros presentamos un caso en el que la causa de la compresión es de origen vascular.

Material y método: Presentamos el caso clínico de un varón que presenta de forma brusca dolor en extremidad inferior izquierda de características neuropáticas y edema, ante el mal control del dolor y la sospecha de hernia discal se realiza RM que informa de prominencia del plexo basivertebral y alteraciones patológicas de los grandes vasos; se decide ampliar el estudio con un angio-TAC en el que se observa una agenesia del segmento infra-hepático de la vena cava inferior.

Resultados: Estos hallazgos explicaron la clínica ya que esta malformación dificulta el retorno venoso de ambas extremidades inferiores causando el edema y a su vez producía una ingurgitación del plexo venoso basivertebral y lumbar, observado en las distintas pruebas de imagen que se realizaron, desencadenando una radiculopatía compresiva con dolor variable y rebelde al tratamiento analgésico.

Comentarios y conclusiones: Aunque las radiculopatías son producidas habitualmente por hernias discales y estenosis foraminal, un pequeño porcentaje es de origen vascular. Nuestro paciente presenta una alteración ya descrita en la literatura pero poco conocida que evolucionó favorablemente de forma conservadora.

CC-198. ¿PUEDE SER EL DOLOR DORSAL INTERESCAPULAR CRÓNICO UN SÍNTOMA CENTINELA DE NEOPLASIA MALIGNA PULMONAR? A PROPÓSITO DE 2 CASOS

I. Crespo Culler, J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, J. Duarte Clemente, R. Llombart Blanco, M. Alfonso Olmos y C. Villas Tome

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La dorsalgia crónica es un motivo de consulta relativamente frecuente en nuestras consultas. Las características del dolor y la persistencia de los síntomas tras un tratamiento conservador adecuado debe hacernos revisar la posibilidad de la presencia de un enfermedad maligna intratorácica.

Material y método: Revisión retrospectiva de dos pacientes afectos de neoplasia pulmonar maligna diagnosticada tras presentar dolor dorsal interescapular crónico. El primer caso es un paciente de 70 años, fumador, que refería dolor en región interescapular de 7 meses de evolución. El segundo caso, un paciente de 65 años, ex-fumador, que consultó por dolor interescapular de 2 meses de evolución. Ambos pacientes referían el dolor como continuo no modificable con el movimiento, de intensidad moderada, ocasionalmente presentaba dolor nocturno que les despertaba y cedía parcialmente con AINEs y analgésicos no opioides. El primer paciente refería irradiación por costado derecho hasta areola mamaria. En la exploración física, no se observaron signos inflamatorios locales ni lesiones cutáneas tan solo referían dolor con la espino presión dorsal.

Resultados: En el estudio mediante radiología de columna dorsal, tan solo se observaban alteraciones degenerativas difusas en raquis torá-

cico, ausencia de signos que hicieran sospechar destrucción ósea. Posteriormente se realizó una radiografía de tórax donde se objetivó lesión intraparenquimatosa en ambos casos. Los pacientes fueron diagnosticados de nódulo pulmonar siendo remitidos a Oncología médica para valoración diagnóstica, donde se produjo la confirmación de neoplasia pulmonar maligna.

Comentarios y conclusiones: La presencia de una lesión intraparenquimatosa maligna debe ser sospechada en pacientes con historia dolor dorsal crónico con factores de riesgo asociados, exploración y características del dolor anodinas que resultan resistentes a tratamiento conservador.

CC-199. LUXACIÓN TRAUMÁTICA COMPLEJA DE LA ARTICULACIÓN ATLANTOAXIAL CON FRACTURA DE APÓFISIS ODONTOIDES ASOCIADA EN EL PACIENTE ANCIANO

J.L. Ezagui Bentolila, L. González Cañas, F. Font Vila y F. Portabella Blavia

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: El propósito de este trabajo es documentar un caso clínico de luxación atlantoaxial completa con fractura desplazada de apófisis odontoides asociada, con luxación de ambas facetas articulares. Se realiza una revisión bibliográfica respecto a esta patología y su tratamiento.

Material y método: Se presenta el caso clínico de un paciente anciano de 86 años que después de una caída casual con traumatismo craneoencefálico es diagnosticado de fractura-luxación C1-C2 con fractura desplazada de apófisis odontoides con luxación de ambas facetas articulares, que fue tratada de forma quirúrgica con fusión C1-C2 mediante la técnica de Harms y Melcher (sistema de instrumentación posterior con tornillos a masas laterales a C1 y pediculares a C2).

Resultados: El paciente llega a Urgencias derivado de otro centro. Presentaba una exploración neurológica en la cual destacaba únicamente la presencia de signos de piramidalismo en hemicuero izquierdo (Babinsky y Hoffmann izquierdos, hiperreflexia rotuliana izquierda). Aportaba TC cervical que informaba la lesión cervical descrita. Se realiza RMN cervical que aunque mostraba evidente estenosis C1-C2, descartaba mielomieloma cervical. Durante su ingreso en planta y en relación a su lesión traumática presentó cuadro de disminución del nivel de consciencia asociado a depresión respiratoria, que requirió su ingreso en UCI e intubación con respiración asistida. Destaca complicación infecciosa pulmonar, insuficiencia renal y complicación séptica pulmonar durante su estancia en la UCI. La cirugía se realizó de forma conjunta entre el Servicio de C. Ortopédica y Traumatología y el Servicio de Neurocirugía, y cursó sin incidencias peroperatorias. Se realizó neuromonitorización intraoperatoria, que aunque no reportó cambios durante la cirugía, mostraba una franca alteración de las líneas de base de los potenciales. Se realizó la fusión C1-C2 mediante la técnica descrita anteriormente. En la evolución postoperatoria destacó hipotonía generalizada con empeoramiento de la función renal y complicación de su proceso séptico pulmonar. Progresivamente el paciente evoluciona a la mejoría neurológica y de su estado general. El paciente presenta plegia del hemicuero izquierdo residual, con total dependencia funcional. El paciente fue derivado a su Hospital de referencia a las 7 semanas de la intervención.

Comentarios y conclusiones: 1. La luxación C1-C2 asociada a fractura de odontoides es una lesión poco habitual con elevada morbilidad y mortalidad. 2. La indicación quirúrgica puede ser controvertida dadas las posibles complicaciones intra y postoperatorias, si bien el tratamiento conservador también las presenta. 3. El manejo intra y postoperatorio requiere una abordaje multidisciplinario. 4. En caso de optar por el tratamiento quirúrgico, una estabilización precoz puede evitar graves complicaciones.

CC-200. HEMATOMA EPIDURAL FRENTE A NEURINOMA RADICULAR

J. Martínez Ros, M. Martínez Pérez, F.J. Carrillo Piñero, J.J. López Martínez, S. García Hortelano, M. López Antón, J.J. Parrilla Riera y M. Martínez Ros

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El hematoma epidural asociado a la anestesia neuroaxial es una rara complicación, pero que puede llegar a provocar problemas devastadores sobre el paciente. La incidencia de un hematoma clínicamente significativo es de 1:220.000 casos. La profilaxis antitrombótica habitual en el post-operatorio, provoca un aumento del riesgo de aparición de esta rara complicación.

Material y método: Mujer de cincuenta años de edad que acude a consulta por cuadro de dolor en extremidad inferior izquierda de comienzo subagudo, una semana después de ser sometido a artroplastia total de rodilla izquierda con anestesia raquídea. A la exploración física presenta la prueba de la izquierda positiva a 45°, pérdida de fuerza a la dorsiflexión de primer dedo del pie izquierdo y no presenta alteraciones de la sensibilidad. Tras el fracaso del tratamiento conservador, se solicita resonancia magnética (RMN), que informe de imagen compatible con neurinoma de cuarta raíz lumbar (L4). Se decide tratamiento quirúrgico, realizando fenestración del espacio L4-L5 izquierdo flavectomía y extracción de material organizado que comprimía la raíz a dicho nivel. No se visualiza hernia discal. Se manda a Servicio de Anatomía Patológica, el cual informa de pequeño hematoma crónico organizado.

Resultados: La paciente evolucionó favorablemente, desapareciendo la clínica dolorosa, el déficit motor y volviendo a su actividad habitual a las dos semanas.

Comentarios y conclusiones: Dosis bajas de heparina de bajo peso molecular han demostrado ser seguras y presentar un mínimo riesgo de hematoma epidural, pero a pesar de esto, debe ser un diagnóstico a tener en cuenta, más aún si el paciente no sólo se le administra profilaxis antitrombótica, sino que está en tratamiento de anticoagulación en el perioperatorio.

CC-201. FRACTURA-LUXACIÓN C2-C3. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Cortés Villar, M. Martínez Ibeas, F.B. Rodríguez-Monsalve Milano, V. Luengos Peña, M. Brotat Rodríguez, M. Plata García, L. García Flórez y J.J. Díaz Díaz

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: Con el nombre de "fractura del ahorcado" se conocen 2 tipos de lesiones del eje de igual apariencia radiológica, de las cuales la más frecuente es la espondilolistesis traumática del eje. Estas lesiones son afecciones relativamente infrecuentes, que crean problemas de manejo a cirujanos ortopédicos y neurocirujanos por su comportamiento biomecánico particular. Presentamos nuestra experiencia clínica al respecto.

Material y método: Presentamos el caso de paciente varón de 52 años de edad que ingresa en nuestro servicio derivado de un centro de hospitalización secundario con el diagnóstico de fractura luxación de C2-C3 por fractura de pedículos de segunda vértebra cervical tras traumatismo craneoencefálico por caída de altura. Exploración física: a su llegada nuestro servicio el paciente presenta tracción de 3,5 kg con compás consiguiendo una reducción aceptable de la listesis, buen nivel de consciencia sin déficit neurológico y clínica de cervicgia postraumática. Evolución: durante el ingreso sufre episodio de alteración transitoria de la orientación visual, siendo estudiado por servicio de neurología descartándose etiología estructural. Pruebas complementarias: tras completar los estudios y pruebas complementarias pertinentes (radiología, TAC, RMN) se decide su intervención quirúrgica programada. Juicio diagnóstico: fractura-luxación C2/C3 por fractura de pedículos del eje. Decisión quirúrgica: se decide la intervención quirúrgica programada,

realizándose reducción y fijación posterior con tornillos pediculares y barras en segunda y tercera vértebras cervicales. Se controla el estado neurofisiológico del paciente intraoperatoriamente así como la reducción y proceso quirúrgico con radioscopia.

Resultados: La evolución del paciente fue favorable confirmándose la reducción de la listesis y la estabilidad neurológica del paciente en el control radiológico postoperatorio. A los cinco días de la intervención quirúrgica el paciente fue dado de alta hospitalaria con collarín cervical semirrígido y sin necesidad de tratamiento analgésico domiciliario. En posteriores revisiones periódicas el paciente continúa asintomático y ha retomado sus actividades previas a la lesión.

Comentarios y conclusiones: Entre las lesiones del raquis cervical superior o unión craneoespinal toman particular importancia las lesiones de la segunda vértebra cervical, pues éstas constituyen causa de una alta morbilidad y mortalidad de origen neurológico, pero son potencialmente tratables con éxito y recuperación completa de la estabilidad y la función de ella. En nuestro caso optamos por la estabilización posterior mediante tonillos pediculares con especial atención en el control neurofisiológico intraoperatorio destacando que al tratarse de una patología específica y no muy habitual en la práctica diaria se antoja fundamental un manejo multidisciplinar del caso así como no escatimar en medios ni precauciones.

CC-202. MALFORMACIÓN CONGÉNITA DEL ATLAS. IMPORTANCIA CLÍNICO-LEGAL

J.M. Cortés Villar, M. Martínez Ibeas, B. García Medrano, M. Brotat Rodríguez, J.M. Lomo Garrote, D. Noriega González, F. del Canto Iglesias y J.J. Noriega Trueba

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: Las malformaciones congénitas de la columna cervical son fenómenos poco frecuentes, siendo una de ellas la ausencia parcial o total del arco posterior del atlas. Esta entidad puede presentar problemas diagnósticos cuando se asocie a traumatismo o clínica dolorosa, por lo que identificarla como anomalía no traumática es de gran importancia clínica y médico-legal.

Material y método: Exponemos un caso de una paciente de 31 años de edad que acude a nuestra consulta derivada por su médico de atención primaria presentando cervicalgia de meses de evolución sin antecedente traumático de interés. Como antecedente laboral destaca trabajar como peluquera. A la exploración física presenta dolor y contractura de la musculatura paravertebral cervical, no objetivándose molestia a la palpación de apófisis espinosas ni irradiación álgica a EESS. Realizada radiografía simple observamos imagen compatible con malformación de la segunda vértebra cervical cuyas características (bordes redondeados y límites bien delimitados) nos orientaban a una patología no aguda. Tras el estudio por RMN se confirma el diagnóstico de agenesia de las masas laterales del atlas sin signos de subluxación atlantoaxoideas. Tras consultar con especialistas de patología de columna cervical se decide tratamiento sintomático de la clínica mediante analgésicos y relajantes musculares con revisiones posteriormente en consultas externas.

Resultados: La revisión a las 3 semanas en consultas externas confirma la desaparición de la sintomatología dolorosa y posibilita la reincorporación laboral de la paciente.

Comentarios y conclusiones: Las anomalías congénitas del arco posterior del atlas tienen una prevalencia del 4% en la población normal y su presentación puede variar desde defectos moderados a ausencia completa del mismo. En los pocos casos descritos, con anatomía patológica, se ha observado tejido fibroso en las zonas con ausencia de osificación lo cual apunta como causa de esta entidad la ausencia de "premolde cartilaginoso" del arco y no la falta de osificación. Dada la poca incidencia de estos cuadros en la práctica clínica diaria es fundamental descartar origen traumático y clínica neurológica, no esca-

timando en medios técnicos ni humanos e interconsultando en caso de duda con especialistas con mayor experiencia clínica en este campo.

CC-203. DEGENERACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL EN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOPOYÉTICA. INDICACIÓN QUIRÚRGICA Y COMPLICACIONES

J.I. Pérez Chávez, Á.J. Vega Curiel, J. Herrero Pineda, M.A. Nogales Asensio, E. Martín Flores, D. Fernández Fernández y C.I. Palomo Pizarro

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción y objetivos: Paciente 52 años con antecedentes personales de IRCT en HD, cardiopatía isquémica con IAM con STENT coronario en 2001, endocarditis infecciosa, TBC, síndrome de isquemia crónica grado IV en MID, arterioesclerosis obliterante de predominio distal, amputación infracondílea de MID y amputación de antepié izquierdo. Diagnosticado de espondilitis anquilosante de larga evolución. Alergia a vancomicina. Acude a urgencias tras 20 días de dolor a nivel cervical, con imposibilidad para "agarrar una taza" y sensación de acorchamiento de las manos.

Material y método: Dolor cervical irradiado a miembros superiores. Nivel de fuerza en MMSS 3/5. Parestesias a nivel del territorio sensitivo C6, C7 y C8. Nivel de fuerza en MMII 3/5. Parestesias en MMII. Reflejos bicipitales abolidos, con exploración dificultosa de los reflejos en los MMII. Analíticas: Glu 88, Creat 8,3, Urea 154, Na 138, K 6,42, Rx: espondilolistesis C3-C4 grado II RMN: pérdida de altura y señal de los discos de C2 a C6 e hipertrofia del ligamento amarillo a nivel de C3-C4 y C4-C5. Se observa obliteración severa del canal medular cervical, describiéndose mielopatía cervical severa.

Resultados: Mielopatía compresiva cervical, con espondilolistesis C3-C4 e hipertrofia del ligamento amarillo en paciente diagnosticado de espondilitis anquilosante. Planteamos tratamiento quirúrgico diferido, debido a la descompensación bioquímica del paciente, necesitando diálisis previa a la cirugía. Se decide realizar la cirugía en dos tiempos con un intervalo de un mes. En un primer tiempo abordaje posterior con laminectomía completa de C4 y laminectomías parciales de C3 y C5 con estabilización unilateral con una barra y 3 tornillos a macizos articulares. Y en un segundo tiempo abordaje anterior con corpectomía de C4 más estabilización con placa Atlantis y tornillos. Previa a la segunda intervención el paciente vuelve a ingresar en el servicio de urgencias con la misma clínica neurológica inicial. En el estudio radiográfico se observa fracaso del implante con aflojamiento de los tornillos y suelta de la barra. Se procede a reintervenir, consiguiendo de nuevo la reducción de la espondilolistesis, con nueva colocación de la barra, y realizando por vía anterior corpectomía de C4 con injerto de cresta más placa y tornillos.

Comentarios y conclusiones: La espondilitis anquilosante de larga evolución provoca una degeneración con posterior deformación de toda la columna. Esto lleva a generar unas fuerzas de tensión tales, que como queda reflejado en este caso clínico, pueden provocar fallos en los sistemas de contención. Así después de esta complicación, de verse repetido este cuadro o similar en otro paciente, trataríamos de resolverlo en un solo tiempo quirúrgico.

CC-204. MIELOPATÍA CERVICAL SECUNDARIA A TRANSLOCACIÓN ODONTOIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Martín Enrique, D. Pescador Hernández, C. Cano Gala, C. Corchado Villalba, D. Rendón Díaz, A. de Cabo Rodríguez, J.F. Blanco Blanco y P. Miramontes González

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción y objetivos: La impactación, translocación de odontoides o impresión basilar consiste en una elevación del suelo de la fosa

posterior con desplazamiento de la apófisis odontoides hacia el interior del agujero occipital. Clínicamente se caracteriza por un acortamiento del cuello, limitación de la movilidad cervical y dolores cervicococcipitales constantes. En algunos casos puede dar lugar a la compresión de la médula a nivel cervical superior, provocando manifestaciones neurológicas como disminución de la fuerza, espasticidad, inestabilidad en la marcha, dismetría y alteración de la sensibilidad.

Material y método: Mujer de 63 años de edad que acude a consultas externas de la Unidad de Raquis presentando dolor cervical y occipital de años de evolución, asociado con frecuencia a cuadros de torticollis. En los últimos meses refiere parestias y disminución de la fuerza en miembros. En la exploración física se aprecia un cuello corto con tendencia a inclinarlo hacia adelante y una discreta limitación a la flexo-extensión y lateralización cervical. Se aprecia una fuerza en extremidades de 4/5 y una disminución de la sensibilidad, especialmente la vibratoria. En el estudio radiológico y de RMN se observa la subluxación vertical de la odontoides hacia el agujero occipital.

Resultados: Teniendo en cuenta la situación clínica de la paciente y la aparición de manifestaciones neurológicas secundarias a la compresión cervical se decide llevar a cabo el tratamiento quirúrgico, realizándose una descompresión y fijación instrumentada occipitocervical. La evolución clínica de la paciente fue satisfactoria, desapareciendo las manifestaciones neurológicas y los dolores cervicococcipitales.

Comentarios y conclusiones: La subluxación vertical de odontoides, también conocida con los nombres de impresión basilar, traslocación vertical, impactación atlo-axoidea o "cranial settling" es una patología de la unión craneococcipital. Puede ser primaria o malformativa (malformación Arnold-Chiari, siringomielia,...) o secundaria (osteomalacia, enf. de Paget, AR...). El diagnóstico es fundamentalmente radiológico, siempre basado en la sospecha clínica. El inicio de síntomas neurológicos o el dolor no controlable deben predominar en la indicación quirúrgica, con el fin de descomprimir la médula espinal o el tronco cerebral y estabilizar la región craneocervical.

CC-205. COMPRESIÓN MEDULAR CERVICAL SECUNDARIA A TOFO GOTOSO

J.M. Martín Enrique, D. Pescador Hernández, C. Corchado Villalba, D. Rendón Díaz, D. Cano Gala, A. de Cabo Rodríguez, D. Borrego Ratero y P. Miramontes González

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción y objetivos: La gota es un trastorno metabólico común, caracterizado por ataques repentinos y recidivantes de artritis dolorosas debido a la acumulación de cristales de urato monosódico en articulaciones y por tofos en tejido conectivo. Dicha inflamación puede volverse crónica y deformante tras ataques repetidos. Afecta a menudo a varones en la etapa media de la vida o ancianos y mujeres posmenopáusicas. Típicamente se afectan las articulaciones distales de las extremidades, siendo poco frecuente la afectación de la columna vertebral, y menos aún la compresión medular.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 59 años con antecedentes de gota de años de evolución con afectación de múltiples articulaciones, que acude al hospital por dolor de cuello de más de 3 semanas de evolución con debilidad y entumecimiento tanto de miembros superiores como de inferiores. Refiere cuadro de reagudización de la enfermedad con aparición de tofo gotoso en codo hace un mes. En la exploración física se aprecia una hiperreflexia y un incremento del tono muscular en las cuatro extremidades, con una fuerza de 4/5 que le dificulta la bipedestación. En el estudio radiológico y en la RMN se observa la presencia de un tofo gotoso a nivel de la apófisis odontoides.

Resultados: El inicio de síntomas neurológicos secundarios a la compresión de la médula a nivel cervical nos lleva a indicar el tratamiento quirúrgico, realizándose una descompresión y fijación instrumentada occipitocervical. La evolución clínica de la paciente fue

satisfactoria, desapareciendo las manifestaciones neurológicas y los dolores cervicococcipitales.

Comentarios y conclusiones: La gota es un trastorno metabólico común responsable de artropatías poliarticulares y formación de tofos, que general mente afecta a la zona distal de los miembros, siendo rara la afectación de la columna vertebral. Destacamos que los tofos gotosos pueden ser depositados en la columna en un período de tiempo relativamente corto, y posteriormente precipitar una variedad de síntomas, que van desde el dolor a la compresión medular. La administración regular del tratamiento con fármacos antihiperuricémicos es necesario para evitar este depósito. El inicio de síntomas neurológicos o el dolor no controlable deben predominar en la indicación quirúrgica, llevando a cabo la descompresión y la fijación de la región occipitocervical.

CC-206. ENFERMEDAD DE SCHEUERMANN POSQUIRÚRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Panadero Moncusí, D. Bianco Adames, M. Llauro Poy, A. Masferrer Pino, M. Cavanilles Walker, M. Iborra González, M. Ubierna Garces y J. Hernández Hermoso

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.

Introducción y objetivos: La forma más común de la enfermedad de Scheuerman es la cifosis primaria y su causa es desconocida, pero parece tener un patrón de incidencia familiar. Por lo general, el trastorno aparece por primera vez en adolescentes de 12 a 14 años, aunque la enfermedad puede comenzar en una etapa temprana de la vida. El diagnóstico se basa en los cambios clínicos y características que se presentan en la imagen de la radiografía lateral. La historia natural es benigna en la mayoría de los casos. Se presenta el caso de una posible enfermedad de Scheuerman posquirúrgica.

Material y método: El caso se trata de un paciente de 18 años que a los 15 sufrió una fractura tipo Burst de L1. El niño no sufría ninguna alteración de la columna antes de la lesión y se sometió a una estabilización con instrumentación de T11 a L3 sin complicaciones postoperatorias.

Resultados: Doce meses después de la estabilización quirúrgica la cifosis era clínicamente evidente y se confirmó radiológicamente. Tres años después no tiene dolor, pero una deformidad dorsal que le molesta estéticamente. Presenta una cifosis de 58 grados con una deformidad en cuña de al menos tres segmentos vertebrales.

Comentarios y conclusiones: No hay casos reportados en la literatura de la enfermedad de Scheuerman después de una cirugía. Ignoramos la influencia que la intervención pueda haber tenido en el inicio de la deformidad, o la posible potenciación de los factores predisponentes, pero nuestro paciente presenta los criterios radiológicos diagnósticos de dicha enfermedad.

CC-207. OSTEOLASTOMA EN LÁMINA Y PEDÍCULO L4 IZQUIERDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Abeal López, R. Alonso Vidal, R. Mongil Escudero, E. Álvarez Irusteta, E. Castrillo Carrera, I. Cearra Guezuraga, O. Daniel Martínez y M. Rotinen Díaz

Hospital de Basurto. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una paciente de 18 años sin antecedentes de interés que acude a consultas por dolor lumbociático. Se le realiza una radiografía lumbar en la que se aprecia una espondilolisis L4-L5 y L5-S1. Se realiza un TAC en el que se aprecia una lesión expansiva en lámina izquierda de L4 que sugiere un osteolastoma.

Material y método: En 2010 se realiza una escisión tumoral con liberación de raíz nerviosa y artrodesis lumbar, pero no se puede realizar la escisión completa por problemas anestésicos. Tras seguimiento en

Consultas Externas y ante la persistencia de la clínica de la paciente, se decide nueva intervención. En 2011 se vuelve a intervenir realizando una resección ampliada del pedículo L4.

Resultados: Se realiza seguimiento clínico-radiológico en Consultas Externas de Traumatología. Actualmente, nueve meses tras la última intervención la paciente está asintomática, realizando ejercicio y con consolidación radiográfica de la artrodesis lumbar.

Comentarios y conclusiones: El osteoblastoma es una lesión benigna formadora de hueso que en pocas ocasiones maligniza. La clínica es la propia de la estructura afectada, en este caso afectaba a la raíz nerviosa L5 izquierda. Requiere un tratamiento quirúrgico para la escisión completa, ya que si no se extirpa completamente existe el riesgo de la reaparición de la clínica por crecimiento de la lesión.

CC-208. DOLOR LUMBAR EN LA INFANCIA

M. Brotat Rodríguez, B. García Medrano, L. García Flórez, M. Martínez Ibeas, J. Manuel Cortés Villar y J. Díaz Díaz

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: El dolor lumbar afecta a un 70-80% de la población en algún momento de su vida, sin embargo, la hernia discal infantil es una patología menos frecuente cuya incidencia varía entre un 0,4 y un 2%, de ahí la excepcionalidad de nuestro caso.

Material y método: Niño de nueve años de edad que, en 2001, acude a consultas por dolor a nivel lumbar de un mes de evolución sin traumatismo previo. La marcha presenta flexo de caderas y rodillas con rigidez lumbar que empeora progresivamente pese al tratamiento conservador. Presenta test de Shöber de 1,5 cm, signos de Lasègue y Bragard positivos en extremidad inferior izquierda y reflejos simétricos sin alteraciones motoras ni sensitivas. En las radiografías se observa anomalía en la transición lumbosacra con lumbarización de S1 y megaapófisis espinosa de L5 que se confirma en la RM observándose hernia discal central L5-S1 que comprime el saco tecal.

Resultados: El paciente es intervenido realizándole nucleotomía L5-S1, flavectomía y hemilaminectomía L4-L5 y L5-S1 izquierda. La evolución postoperatoria fue satisfactoria realizando tratamiento rehabilitador durante un mes. Durante los últimos diez años ha presentado episodios de lumbalgia sin radiculopatía ni limitaciones de su vida diaria. En las pruebas de imagen recientes se aprecia hernia discal póstero-paracentral izquierda sin clínica que pudiera necesitar nueva intervención quirúrgica.

Comentarios y conclusiones: Los hallazgos clínicos en la patología infantil son diferentes respecto a los adultos destacando el dolor lumbar intenso y las molestias posturales, siendo poco habitual la sintomatología neurológica. En la mayoría de los casos la existencia de un traumatismo previo es un dato importante a tener en cuenta al igual que la presencia de anomalías congénitas en las vértebras lumbares. El tratamiento inicial es conservador aunque, si éste fracasa, hay que plantearse el tratamiento quirúrgico. La nucleotomía es un proceso poco agresivo a tener en cuenta para el tratamiento de la patología infantil. Sin embargo, pueden observarse recidivas a largo plazo, asintomáticas como en nuestro caso, o con clínica patológica que obliguen a realizar técnicas más agresivas para obtener un resultado óptimo.

CC-209. LESIONES OCULTAS DE LA CHARNELA TORACOLUMBAR EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. DIAGNÓSTICO Y MANEJO

M. Plata García, R. Hernández Ramajo, V. García Virto, M. Brotat Rodríguez, J.M. Cortés Villar, V. Luengos Peña y D.C. Noriega González

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: Podemos definir la espondilolistesis como el desplazamiento anterior o posterior de una vértebra sobre otra. en el

adulto esta situación ocurre en la charnela dorsolumbar o lumbosacra como consecuencias de traumatismos, defectos en la arquitectura ósea o procesos degenerativos.

Material y método: Presentamos el caso de un apaciente varón, de 33 años, que sufre accidente de circulación, con traumatismo lateral y anterior, siendo el conductor. Tras ser intervenido, para realizar una reparación endoprotésica de disección de la aorta infrarrenal, es dado de alta de su hospital de referencia. El paciente acude a nuestra consulta dos meses tras el traumatismo refiriendo intenso dolor lumbar alto y paresia del ciático popliteo externo. La exploración física revela pie equino derecho, así como dificultad para el taloneo y la flexión plantar. La radiología simple muestra la existencia de una espondilolistesis T12-L1. El estudio se completó con RMN. Se programó la intervención quirúrgica para la reducción y estabilización del segmento afecto, utilizándose vía de abordaje posterior de la columna dorsolumbar y una artrodesis posterolateral con tornillos pediculares empleando el sistema universal de columna para fracturas.

Resultados: Se consiguió la reducción completa de la listesis. En los días siguientes a la intervención quirúrgica mejoró la sintomatología neurológica, aunque continúa portando un dispositivo antiequino.

Comentarios y conclusiones: Podemos concluir la necesidad de descartar lesiones de la columna dorsolumbar en todo traumatismo de alta energía; la vía de abordaje posterior puede ser adecuada para la reducción y estabilización de segmento dorsolumbar, incluso en listesis en grados avanzados, permitiendo un buen control de los elementos neurológicos. El empleo de instrumental específico facilita la reducción anatómica, evitándose la instrumentación de niveles adicionales.

CC-210. COMPLICACIONES DE CIFOPLASTIA EN PACIENTES OSTEOPÉNICOS

M. Martínez Ibeas, J.M. Cortés Villar, F. Yagüe Solis, R. Hernández Ramajo, B. García Medrano, B.F. Rodríguez-Monsalve Milano, F. Ardura Aragón y D.C. Noriega González

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: Las fracturas por aplastamiento son frecuentes en mujeres, pacientes de edad avanzada y en pacientes osteopénicos. El mecanismo causal suele ser un traumatismo de baja energía, provocando dolores crónicos de difícil control analgésico. La cifoplastia es un tratamiento de elección, disminuyendo los dolores y el tiempo de recuperación; pero no está exenta de complicaciones, como puede ser la progresión del aplastamiento vertebral.

Material y método: Mujer de 58 años que acude a Urgencias por dolor lumbar de 3 semanas de evolución tras caída hace 8 meses. Se realizó un estudio radiológico simple y TAC evidenciándose fractura-aplastamiento de L1. El tratamiento indicado fue cifoplastia con implante expansivo intravertebral y cementación PMMA. En la revisión al primer mes, encontramos empeoramiento con aumento del dolor, sin clínica neurológica. En el estudio radiográfico observamos una progresión del colapso vertebral de L1 a pesar de la cifoplastia realizada, confirmado mediante TAC, indicándose el ingreso, para el tratamiento quirúrgico de esta complicación. El estudio se completó con analítica, gammagrafía ósea y densitometría ósea. Se intervino realizándole artrodesis posterolateral de T11 a L3, con tornillos cementados, y vertebroplastia de T10, vértebra inmediatamente superior a la vértebra más craneal instrumentada, para prevenir el riesgo de fractura adyacente.

Resultados: Tras la cirugía de revisión, los controles radiológicos y la evolución de la paciente fueron satisfactorios, pasando de un EVA 8 preoperatorio a un EVA 3 postoperatorio, y EVA actual de 1. Tras el seguimiento a los 12 meses no se ha observado fractura adyacente ni aflojamiento de los tornillos cementados, se encuentra sin dolor y realizando vida normal.

Comentarios y conclusiones: La cifoplastia en las fracturas-aplastamiento es una técnica de elección con buenos resultados. La progresión del colapso vertebral a pesar de la cifoplastia, es una complicación posible, si bien poco frecuente. La causa de esa progresión suele ser una escasa cementación o una mala calidad ósea. El rescate de la cifoplastia fallida es posible y con resultados satisfactorios.

CC-211. FUSIÓN INTERSOMÁTICA LUMBAR TRANSFORAMINAL (TLIF) MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISCOPATÍA DEGENERATIVA LUMBAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.A. Sánchez Carrasco, J.A. Miguel Vielba, J. Rivkin Roich, C. Pérez Jiménez, E. González Rodríguez, A. Rodríguez Ortuño, I. Buendía Ayala y J. Andrés Grau

Hospital General Universitario Jose María Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y objetivos: Presentar la técnica de TLIF mínimamente invasivo y los resultados de dicho tratamiento en la discopatía degenerativa lumbar.

Material y método: Varón de 37 años, clínica de lumbociatalgia irradiada a miembro inferior derecho de más de un año de evolución, resistente a tratamiento farmacológico y rehabilitador. Afectación de raíz L4 derecha, objetivable en la exploración física y EMG. RM muestra imágenes compatibles con discopatía degenerativa L4-L5 derecha con protrusión discal mismo y foramen de salida de L4 estrechado. Se propuso tratamiento quirúrgico: TLIF L4-L5 mínimamente invasivo.

Resultados: Los resultados clínicos y radiológicos evaluados a los 3, 6 y 12 meses fueron satisfactorios. Recuperación de la lesión en raíz L4. Radiológicamente se aprecia buena fusión intersomática.

Comentarios y conclusiones: TLIF mínimamente invasivo es una opción segura para la fusión lumbar. Los resultados clínicos y radiológicos son comparables al TLIF abierto, con la ventaja de un menor tiempo quirúrgico, una menor pérdida de sangre y menor dolor postoperatorio, una rehabilitación precoz, y una hospitalización más corta. La curva de aprendizaje se puede superar con la capacitación y selección de pacientes adecuada.

CC-212. HEMORRAGIA CEREBELAR REMOTA SECUNDARIA A CIRUGÍA DEL RAQUIS LUMBAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Menéndez García, P. Mateo Sebastian, D. Manrique Cuevas, J. Ruiz Ruiz, J. Mondragón Rubio, M. Ercilla Oyarzábal, T. Martínez Jiménez y A. Hidalgo Ovejero

Complejo Hospitalario de Navarra B. Pamplona.

Introducción y objetivos: La hemorragia intracraneal es una seria, pero extremadamente rara, complicación de la cirugía del raquis. Puede ocurrir en los compartimentos epidural, subdural, intracerebral o cerebelar. La hemorragia cerebelar Remota es más frecuente en la cirugía intracraneal, habiéndose descrito menos de 30 casos, la mayoría mujeres, secundarios a cirugía espinal lumbar.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 74 años, que fue sometida a cirugía de limpieza de hematoma tras descompresión y artrodesis lumbar L3-S1, presentando en el postoperatorio inmediato un cuadro de deterioro neurológico y cefalea súbita, con crisis generalizada, amaurosis y pérdida del nivel de consciencia. Durante la cirugía, se describe pequeña lesión de la duramadre, que se repara completamente y se comprueba que no hay salida de LCR. La paciente experimenta mejoría clínica al retirar el sistema de drenaje.

Resultados: Se realiza Tc Urgente donde se aprecia la existencia imágenes hiperdensas en tentorio y cisterna ambiens compatibles con hemorragia probablemente subaracnoidea. Días más tarde, en una RMN se aprecia una pequeña lesión en el hemisferio cerebeloso

izquierdo, que podría corresponder con antiguo sangrado. Se hizo un tratamiento conservador de la hemorragia cerebelar remota, con persistencia de una ataxia durante los 3 meses postoperatorios, que fue mejorando progresivamente.

Comentarios y conclusiones: La hemorragia cerebelar remota es un cuadro muy grave que hay que tener en cuenta siempre que un paciente intervenido de cirugía del raquis, presente un cuadro agudo de deterioro neurológico y cefalea en el periodo postoperatorio. Aunque los mecanismos fisiopatológicos no están del todo claros, parece que este cuadro es debido al sangrado venoso del nexo venoso perimesencefálico, secundario a la pérdida de LCR, ya que el único factor común predisponente es el drenaje a presión negativa del mismo.

CC-213. TRATAMIENTO DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DEL RAQUIS CERVICAL SUBAXIAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO DE FRACTURA-LUXACIÓN C6-C7 CON TETRAPLEJÍA ASOCIADA

N. Hernández González, L. Zorita Urricelqui, J.I. Aurrekoetxea Argandoña, A. Larrea Ruiz, C. Lozano Marín, I. Herrera Cuevas y F. Nogueras de la Obra

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: En todo paciente politraumatizado debemos sospechar una lesión del raquis cervical y tratarlo como tal hasta que se demuestre lo contrario. El tipo de tratamiento a realizar en cada caso continúa siendo un tema controvertido, con una falta de consenso basado en la evidencia para el manejo de los traumatismos de columna cervical subaxial. Nuestro objetivo con este trabajo es realizar una revisión actualizada de la literatura publicada a propósito del caso de una paciente con fractura-luxación cervical y afectación neurológica, tratada recientemente en nuestro servicio.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 45 años que como consecuencia de un politraumatismo por accidente de tráfico es atendida en nuestro servicio de Urgencias, presentando en la exploración neurológica inicial una pérdida de fuerza de extremidades superiores, nivel sensitivo T4 y ausencia de actividad motora y sensibilidad en extremidades inferiores. Autonomía respiratoria, hemodinámicamente estable, Glasgow 15. Asocia una fractura diafisaria radiocubital abierta grado I de Gustilo y una fractura cerrada de pión tibial. En el TAC realizado en Urgencias se describe una fractura-luxación C6-C7 por flexión-acuñamiento del platillo superior de C7; una fractura posterior del platillo inferior de C6 y superior de C7, que invaden canal medular; y subluxación bilateral de ambas carillas articulares C6-C7 con fractura del pilar articular izquierdo. Tras su ingreso en Reanimación, progresa nivel sensitivo a T1 y motor a C6. Se decide intervención quirúrgica procediéndose a una discectomía C6-C7 con descompresión medular mediante un abordaje anterolateral, con caja intersomática y fijación mediante placa anterior.

Resultados: Realizamos en este trabajo un seguimiento evolutivo de la paciente, que tras el tratamiento quirúrgico pasó a cargo de la Unidad de Lesionados Medulares, del Sº de Rehabilitación, en donde se encuentra recibiendo un tratamiento multidisciplinar hasta el momento actual. La lesión neurológica se ha estabilizado. Ha recuperado parcialmente la extensión de las muñecas, persistiendo la imposibilidad para extensión de los dedos.

Comentarios y conclusiones: El objetivo del tratamiento en las lesiones del raquis cervical bajo será prevenir la aparición de lesiones medulares y radicales, optimizar la recuperación de las lesiones neurológicas ya existentes y lograr la estabilidad y funcionalidad de la columna en ausencia de dolor. Una lesión de columna cervical, neurológica o mecánicamente inestable, con déficit neurológico progresivo o de nueva aparición es indicación de revisión y tratamiento quirúrgico. Hemos realizado una revisión de la literatura publicada al respecto, observando que en la mayoría de las series se tiende actualmente

al abordaje anterolateral, obteniéndose una decompresión mejor y con menores complicaciones mediante esta vía. La decompresión asociada a injerto autólogo estructural y estabilización con placa autoestable representa la mejor opción para la mayoría de las lesiones traumáticas inestables y progresivas, obteniéndose tasas elevadas de fusión y restaurando la anatomía del raquis cervical bajo.

CC-214. ESTUDIO CLÍNICO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DEGENERATIVA CERVICAL

O.Faour Martín, M.A. Martín Ferrero, A. Vega Castrillo, M.A. de la Red Gallego, A. Mejía Gallón y J.A. Valverde García

Hospital de Puertollano. Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La reconstrucción de un nivel cervical patológico mediante artroplastia total discal cervical, no sólo permitiría obtener los beneficios clínicos que la artrodesis aporta, sino que además, protegería a los niveles adyacentes del estrés asociado mediante la preservación de la biomecánica de la columna vertebral. Tenemos como objetivo presentar nuestra experiencia clínica al respecto.

Material y método: El estudio clínico consiste en el análisis de un grupo de catorce pacientes intervenidos de prótesis de disco cervical de última generación. En el análisis estadístico, hemos incluido los valores de la Escala Analógica Visual preoperatoria y postoperatoria a los 3,6,12 y 24 meses y de la escala Oswestry, así como el grado de lordosis C3-C7 y lordosis del segmento intervenido en el preoperatorio y postoperatorio, la movilidad protésica, su desviación respecto a la ubicación ideal, la altura discal obtenida así como el control de la posición de los implantes.

Resultados: Todos los pacientes experimentaron mejoría en la Escala Analógica Visual y en la Escala Oswestry. Se registró un incremento en la lordosis cervical con un valor medio de 10 grados en el segmento intervenido y de 16 grados entre los niveles C3-C7. Todas las prótesis son móviles en el momento del seguimiento con un rango de movilidad medio de 10 grados, y con una desviación, respecto a su colocación ideal, de 1 mm de media.

Comentarios y conclusiones: En relación a la serie presentada, podemos concluir que la prótesis de disco cervical de última generación permite obtener unos resultados clínicos a corto plazo al menos iguales a los que ofrece el gold standard (fusión vertebral). En lo que respecta a la problemática sobre la preservación de la función móvil de los implantes, vemos como en nuestro estudio son claramente móviles en el seguimiento. Por otro lado, el diseño anatómico de los platillos y polietileno, por sus características mecánicas, favorece la absorción de impactos así como la colocación correcta de la prótesis, lo cual favorece la consecución de unos resultados clínicos satisfactorios así como el mantenimiento de los mismos en el tiempo.

CC-215. MANEJO DE LA ESPONDILOPTOSIS AGUDA

O. Faour Martín, M.A. Martín Ferrero, A. Vega Castrillo, M.A. de la Red Gallego, A. Mejía Gallón y J.A. Valverde García

Hospital de Puertollano. Ciudad Real.

Introducción y objetivos: Podemos definir la espondilolistesis como el desplazamiento anterior o posterior de una vértebra sobre otra, que en su grado máximo conduce a la espondiloptosis. En el adulto esto se produce en la columna lumbosacra como consecuencia de traumatismos, defectos de arquitectura ósea o procesos degenerativos. Tenemos como objetivo presentar nuestra experiencia clínica en espondiloptosis lumbosacra aguda postraumática.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente mujer, de 55 años de edad que sufre accidente de circulación, en el asiento de copiloto, con traumatismo lateral y anterior. Tras ser intervenida quirúrgicamente para realizarle una esplenectomía, es dada de alta de

su hospital de referencia. La paciente acude a nuestra consulta seis meses tras el traumatismo, refiriendo intenso dolor lumbar, acompañado de incontinencia urinaria e intestinal, así como pérdida de fuerza a la flexión dorsal de ambos pies y parestesias en ambas extremidades en territorio de la raíz S1. La exploración física revela disminución del reflejo aquileo y disminución de la sensibilidad en territorio S1 de forma bilateral, así como imposibilidad para el taloneo. La radiología simple muestra la existencia de una retrolistesis completa L5/S1 completa. La RMN completó el estudio de imagen. Se programó la intervención quirúrgica para la reducción y estabilización del fragmento afecto, utilizándose una vía de abordaje posterior de la columna lumbosacra y una artrodesis posterolateral con tornillos pediculares empleando el sistema universal de columna para fracturas.

Resultados: Se consiguió la reducción completa de la listesis. En los días siguientes a la intervención quirúrgica, la paciente mejoró de su sintomatología, recuperó el control esfinteriano y fue recuperando la fuerza y sensibilidad de ambas extremidades.

Comentarios y conclusiones: Podemos concluir la necesidad de descartar lesiones de la columna lumbosacra en todo traumatismo de alta energía; la vía de abordaje posterior de la columna lumbosacra, puede resultar suficiente para llevar a cabo la reducción y estabilización de la columna lumbosacra, incluso en grados tales como el presentado.

CC-216. OSTEOLIPOMA PARAVERTEBRAL CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Guirro Castellnou, M. Ramírez Valencia, S. Gil González, G. Saló Bru, A. Molina Ros, A. Lladó Blanch y L. Puig Verdí

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los lipomas son los tumores de partes blandas más frecuentes. Los osteolipomas son una variante muy poco frecuente, y pueden ser de difícil diagnóstico utilizando los métodos diagnósticos por imagen.

Material y método: Presentamos el caso de un señor de 66 años con antecedentes de diabetes y esteatosis hepática que consulta por una tumoración de 2 años de evolución en la región paravertebral cervical derecha, que ha cursado sin sintomatología hasta hace pocos meses que ha iniciado dolor y mareos. En la exploración física encontramos una tumoración dura, adherida a planos profundos sin signos flogóticos. Neurológicamente el paciente no presentaba signos de mielopatía ni focalidad, sólo mareos ocasionales a la flexión cervical. Las pruebas de imagen mostraban una tumoración de componente lipídico con calcificaciones en su interior, de aproximadamente 10x3 cm de espesor dentro de la masa muscular paravertebral D, y que podía tener un origen en la raíz posterior de C3 D. En la visión por tomografía, las calcificaciones no tenían aspecto condroide ni osteoide. Para poder realizar un diagnóstico etiológico se realizó una biopsia guiada por TAC que objetivó material hemático y pequeñas espículas óseas, sin elementos de carácter neoplásico.

Resultados: Sin tener claro el origen del tumor (lipomatoso, neurógeno u osteocondroide), pero por las características benignas de la punción-biopsia y sin síndrome tóxico asociado se decide realizar biopsia escisional en quirófano. Intraoperatoriamente destacó una tumoración de 5 x 10 cm que se iniciaba a la altura de C2 y que llegaba hasta T1 en el lado derecho, que presentaba calcificaciones y que parecía asociada a la rama posterior de la raíz nerviosa C3 D. El resultado definitivo de la anatomía patológica objetivó la proliferación de tejido adiposo, con presencia de hueso trabecular y medula ósea hematopoyética, variante del lipoma conocido como osteolipoma, que englobaba la rama posterior de la raíz C3 D.

Comentarios y conclusiones: El osteolipoma es un tumor de partes blandas benigno que se caracteriza por ser un lipoma con zonas de

diferenciación en tejido óseo maduro, incluso con médula hematopoyética. Se encuentra sin conexión con otros tejidos óseos y su incidencia es muy poco frecuente. La localización más frecuente es en la región anterior del cuello y el suelo de la boca. En la región paravertebral cervical sólo se encuentra un caso descrito en la literatura, una paciente de 21 meses de edad.

CC-217. HEMIVÉRTEBRA SACRA

R. López Lobato

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Una hemivértebra, es el resultado de una anomalía en el desarrollo vertebral, que provoca una alteración en el crecimiento raquídeo. La gravedad de la deformidad espinal secundaria a una hemivértebra depende de la localización y el tipo de la hemivértebra. Éstas son más frecuentes a nivel dorso-lumbar, siendo excepcional su localización en sacro. Si la hemivértebra provoca una deformidad espinal progresiva, es necesario la escisión de la. La escisión de la hemivértebra ha demostrado ser un procedimiento seguro, fiable y eficaz para corregir la escoliosis congénita secundaria a una hemivértebra. En la última década, se está discutiendo si es más adecuado realizar una fijación posterolateral o anteroposterior tras realizar la escisión de la hemivértebra. Las complicaciones de ambas técnicas son similares, siendo la pseudartrosis y la infección las más frecuentes.

Material y método: Paciente mujer de 13 años de edad que presenta escoliosis congénita por hemivértebra S1. Presenta un ángulo de Cobb de 60° que corrige en bending test hasta los 43°. En un primer tiempo se realiza instrumentación pedicular T8-S1 con osteotomía de sustracción pedicular de hemivértebra sacra, con corrección de la curva y estabilización con DTT. 2º tiempo: abordaje por incisión previa. Se retiran las barras y se realiza amplia laminectomía sacra hasta L4 y foraminotomía L5-S1. Identificación de hemivértebra y resección mediante osteotomía. Cierre de osteotomía de hemivértebra izqda mediante barras-pinzas de compresión.

Resultados: Tras la primera intervención no se consiguen los objetivos buscados, por lo que se realiza un 2º tiempo. Tras la cirugía definitiva en la que se resecó la hemivértebra, se logra una importante corrección de la curva lumbar. Pelvis y hombros se encuentran alineados. La paciente requirió una tercera intervención como consecuencia de una infección precoz de herida quirúrgica.

Comentarios y conclusiones: La resección de una hemivértebra utilizando el abordaje posterior y la fijación con tornillos pediculares, es el procedimiento ideal para la corrección de la deformidad en niños. Al abordaje posterior es menos invasivo y mejor tolerado en niños. La instrumentación transpedicular es capaz de transmitir un magnífico resultado en la corrección de la deformidad, asegurando una fijación estable y una temprana movilización.

CC-218. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES VERTEBRAL

R. López Lobato

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes es una extraña neoplasia, habitualmente benigna y con tendencia a la recidiva (30%), que supone aproximadamente el 5% de los tumores óseos. Es más frecuente en huesos largos. La columna, sólo suponen un 10-15% del total. Es más frecuente entre los 20 y 45 años. El tratamiento es casi exclusivamente quirúrgico, realizándose la resección con márgenes amplios. Metastatizan en un 10% (principalmente en pulmón). La radioterapia se contraindica por el riesgo de malignización a sarcoma de alto grado. En la Rx simple se observa una lesión osteolítica, generalmente bien localizada.

Material y método: Mujer 50 años, con lumbociatalgia derecha de varios meses de evolución que no cede a 3er escalón analgésico, con pérdida de ROT y fuerza en MMII 3/5 En Rx aparece lesión osteolítica localizada en L4, por lo que se realiza biopsia percutánea obteniendo el diagnóstico de tumor de células gigantes. Se realiza estudio de extensión (TAC abdomino-pélvico, RMN y PET), no demostrando lesiones metastásicas a otros niveles. Se realiza abordaje lumbar en decúbito lateral izqdo por vía antero-lateral, para acceso a L4 retroperitoneal. Resección intralesional de lesión tumoral de L4, con extensión a pedículo dcho. Se realiza estabilización con injerto tricortical de cresta, malla MOSS y placa anterior de K2M.

Resultados: Siete meses después de la intervención, la paciente no presenta clínica neurológica y se encuentra satisfecha con los resultados obtenidos. Muestra una adecuada alineación vertebral radiológica y actualmente se encuentra libre de enfermedad.

Comentarios y conclusiones: El tumor de células gigantes es un tumor benigno, con potencial de recidiva (30%) y de metástasis (10%). Una vez establecido el diagnóstico mediante biopsia, es esencial realizar un diagnóstico de extensión para descartar lesiones metastásicas. Si es un tumor localizado, la exéresis es el tto primario, realizando seguimientos frecuentes. En caso de lesiones a distancia, hay que asociar tto adyuvante.

CC-219. RECIDIVA EN LÁMINA VERTEBRAL D4 DE OSTEOLASTOMA INTERVENIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Alonso Vidal, I. Cearra Guezuraga, M. Abeal López, J. Hoyos Cillero, R. Mongil Escudero y E. Álvarez Irusteta

Hospital de Basurto. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso clínico de una paciente de 19 años que consulta por lumbalgia de larga evolución sin antecedente traumático. A la exploración clínica se objetiva actitud escoliótica con dolor localizado a nivel de columna lumbar baja. Las radiografías simples únicamente mostraban la existencia de una espondilólisis a nivel L5. Para completar el estudio se realiza TAC y RM que mostraron la existencia de una lesión expansiva en lámina izquierda de vértebra L4 con patrón óseo lítico, de características agresivas y pérdida de arquitectura ósea local que condiciona importante disminución de amplitud de agujero de conjunción L4-L5 izquierdo con discreta disminución de amplitud de canal raquídeo, así como espondilólisis L5-S1 bilateral con dolor localizado a nivel de columna lumbar baja.

Material y método: La paciente ingresa para realización de biopsia guiada por TAC informada como osteoblastoma versus osteoma osteoide. Con estos datos se realizó laminectomía L4-L5 izquierda y resección de pedículo izquierdo L4 con instrumentación transpedicular con tornillos de L3 a S1 y artrodesis posterolateral. Las muestras intraoperatorias obtenidas confirmaron diagnóstico de osteoblastoma. Durante los controles radiológicos sucesivos en Consultas se aprecia persistencia de lesión en lámina de L4 izquierda que podría corresponder con una recidiva de la misma, razón por la que se le realizó una segunda intervención mediante resección ampliada de pedículo y lámina de L4.

Resultados: Se realiza seguimiento clínico-radiológico en Consultas presentando actualmente una buena evolución clínica con un dolor lumbar controlado, sin signos radiográficos de recidiva, encontrándose pendiente de nuevas revisiones clínico-radiológicas.

Comentarios y conclusiones: El osteoblastoma es una neoplasia primaria de etiología desconocida, que representa entre un 0,5 y 2% de tumores óseos primarios. En alrededor de 40% de pacientes se localiza en columna vertebral, generalmente en estructuras posteriores. Muestra histología similar a la del osteoma osteoide, considerándolo algunos autores como una variante más agresiva del mismo. Se trata de una lesión resistente a quimio y radioterapia por lo que el tratamien-

to definitivo del tumor es la cirugía mediante resección completa. La presencia de estructuras neurales próximas así como la dificultad para localizar con exactitud la lesión complica la cirugía aumentando la frecuencia de recidivas.

CC-220. FRACTURA VERTEBRAL DE ESTRÉS EN ESPONDILITIS ANQUILOPOYÉTICA

S. Lirola Palmero, L. Perello Moreno, A. Far Riera, C. de la Calle Martínez, X. Martí Cabre y J.A. Toribio Pons

Hospital Son Llàtzer. Baleares.

Introducción y objetivos: Documentar la existencia de fractura de estrés en paciente afecto de espondilitis anquilopoyética e intervenido a dos niveles, cervical y lumbar, por fractura vertebral.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 65 años con antecedente de EA, que tras caída, presenta fractura vertebral C6 y L1-L2, es intervenido mediante injerto de cresta iliaca, placa cervical anterior e instrumentación posterior T11-L4, en el postoperatorio inmediato el paciente presenta neumonía nosocomial, IRA y SDRA, requiriendo ingreso en UCI. El control radiológico muestra una consolidación de ambas fracturas. El paciente inicia tratamiento rehabilitador consiguiendo una autonomía completa. A los 2 años, el paciente acude a urgencias refiriendo dolor lumbar de 1 mes de evolución sin antecedente traumático, la radiología evidencia una fractura vertebral L5. La TAC muestra la presencia de lisis a nivel del cuerpo vertebral L5, debido a la movilidad de la zona durante un mes de evolución siendo diagnóstica de fractura de estrés L5. Es intervenido realizándose una prolongación de la instrumentación hasta iliaco. El paciente presenta nuevamente una neumonía nosocomial precisando ingreso en UCI. A los seis meses se objetiva la consolidación de la fractura y el paciente ha conseguido una autonomía completa.

Resultados: Hasta el 75% de fracturas es espondilitis anquilopoyética ocurren a nivel cervical, siendo menos frecuente a nivel toracolumbar; dentro del grupo de toracolumbares un 80% se localizan entre T9 y L2, en ambas series la lesión neurológica esta en torno al 25% y la mortalidad es del 35% en fracturas cervicales desplazadas.

Comentarios y conclusiones: Existen pocos casos descritos de fracturas múltiples en espondilitis anquilopoyética y fracturas de estrés en niveles caudales o craneales a la instrumentación, se ha sugerido que posiblemente la rigidez de la instrumentación y el gran brazo de palanca de ésta, favorece la concentración de fuerzas de estrés en segmentos inferiores, especialmente a nivel de la columna lumbar, condicionando la aparición de fracturas de estrés.

CC-221. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA EDAD ADULTA DE LA ESCOLIOSIS CONGÉNITA

S.M. Mota Blanco, F. Sánchez-Mariscal Díaz, J. Pizones Árce, P. Álvarez González, L. Zúñiga Gómez y E. Izquierdo Núñez

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: La escoliosis congénita se debe a un desarrollo vertebral anormal durante la gestación. Incluye anomalías por fallo en la formación, por fallo de segmentación, y anomalías mixtas. Suele asociar anomalías cardíacas, genitourinarias e intraespiniales. El tratamiento quirúrgico temprano es electivo cuando se advierte un aumento en la curvatura, pero en muchos casos el tratamiento conservador es suficiente. No se han descrito resultados del tratamiento quirúrgico de esta patología en paciente en edad adulta de manera aislada. El objetivo del estudio es describir los resultados del tratamiento quirúrgico de escoliosis congénita en pacientes adultos tratados en nuestro centro.

Material y método: Estudio descriptivo de 7 pacientes intervenidos quirúrgicamente de escoliosis congénita en edad adulta. Se analiza la

indicación quirúrgica, edad en el momento de la cirugía, tiempo de seguimiento, tipo de escoliosis, parámetros radiológicos preoperatorios y postoperatorio (inmediato, al año y al final del seguimiento): ángulo de Cobb, lordosis lumbar, cifosis dorsal, desequilibrio frontal, oblicuidad e incidencia pélvica, pelvic tilt, sacral slop; el tipo de intervención, tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea, complicaciones y grado de satisfacción mediante cuestionario SRS-22. Se realiza estudio estadístico con SPSS 11.5.

Resultados: 7 pacientes (5 mujeres, 2 varones). La mediana de edad fue 23 años (19-45). Mediana de seguimiento fueron 8 años (3,5-8,5). Un paciente presentaba barra unilateral, 4 hemivértebras, 2 deformidad mixta. La indicación quirúrgica en todos los casos fue dolor, principalmente radicular, asociado a desequilibrio en 4 pacientes. Mediana de parámetros radiológicos preoperatorio, postoperatorio inmediato, al año, y al final de seguimiento respectivamente: Cobb de curva principal 50° (35-76), 28° (17-46), 38° (15-55) y 28° (17-55); cifosis 42° (23-58), 30° (25-36), 38° (34,38,5), 35° (27-39); lordosis 42° (16-62), 36° (24-40), 38° (33-48), 38° (30-54); oblicuidad pélvica 4° (2-6), 3° (0-6), 2,5° (1,7-4,5), 4° (2,5-4); incidencia pélvica 57° (45-59), 60° (48-65), 58° (42-62), 60° (55-70); pelvic tilt 14° (10-28), 20° (11-30), 17° (11-26), 16° (14-30); sacral slop 39° (21-45), 35° (25-42), 38° (23-41), 40° (35-44); desequilibrio 30 mm (20-40), 8 mm (3-20), 2,5 mm (1,7-17,5), 4 mm (2-42). En tres pacientes se realizó doble abordaje, en dos abordaje posterior y en dos abordaje anterior. La mediana de tiempo quirúrgico 7,2 horas (4,5-11), y unidades transfundidas 4 (2-6). 3 pacientes precisaron revisión quirúrgica, 2 por infección y uno por protrusión de instrumentación. Excepto en un paciente, el grado de satisfacción fue muy bueno.

Comentarios y conclusiones: La indicación quirúrgica principal es el dolor. El tipo de cirugía depende del tipo de deformidad. El grado de satisfacción es bueno en la mayoría de los casos.

CC-222. FACTORES PRONÓSTICOS DEL FENÓMENO DE CRANKSHAFT EN PACIENTES CON ESCOLIOSIS Y CARTÍLAGO TRIRRADIADO ABIERTO. ¿ES EL DOBLE ABORDAJE LA SOLUCIÓN?

S.M. Mota Blanco, J. Pizones Árce, P. Álvarez González, F. Sánchez-Mariscal Díaz, L. Zúñiga Gómez y E. Izquierdo Núñez

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: El fenómeno del crankshaft (efecto de cigüeñal) fue descrito por Dubousset, Herring y Shuffelbarger en 1989. Se observa en las fusiones posteriores efectuadas en niños con marcada capacidad de crecimiento remanente y consiste en la torsión, por crecimiento, de los cuerpos vertebrales tomando como eje de rotación las estructuras posteriores fusionadas. Ello se traduce por el incremento de la giba que puede ser muy notoria y del valor angular de la curvatura en la radiografía. El objetivo es estudiar pacientes con cartílago trirrariado abierto (CTA) operados de escoliosis e investigar si la hipocifosis torácica previa o la magnitud de la curva influyen en el desarrollo del fenómeno de crankshaft (FC) y si éste puede ser evitado con doble abordaje, mayor moldeo quirúrgico de la cifosis, mayor corrección de la curva o usando instrumentaciones segmentarias alambradas.

Material y método: 24 pacientes intervenidos quirúrgicamente de escoliosis con CTA, se excluyen tres pacientes con pseudoartrosis y un paciente que sufrió fallo de instrumentación. Estudio retrospectivo de la incidencia de FC en 20 pacientes, definida como: aumento del Cobb > 10°, o diferencia del ángulo de Metha (RVAD) > 10°, o disminución de la distancia ápex-costilla (DAC).

Resultados: 11 mujeres, 9 varones. La media de seguimiento 83,9 ± 66 meses (24-250); edad media de 10,3 ± 3,6 años (2-14,9). 17 pacientes presentaban escoliosis con curva torácica, 3 con curva lumbar. En 13 casos se clasificó la curva como idiopática, 3 sindrómicas, 2 congénitas y 2 neuromusculares. El ángulo de Cobb muestral

preoperatorio fue de 62° y la cifosis preoperatorio T5-T12 de 29°. 9 pacientes desarrollaron (Grupo FC) frente a 11 que no lo desarrollaron (Grupo no FC). Se compararon los resultados de ambos grupos grupo observándose en el grupo FC aumento medio del Cobb (9 pacientes) de $24^\circ \pm 10,6$, disminución media de DAC (8 pacientes) de $2 \text{ cm} \pm 0,8 \text{ cm}$ y aumento medio de RVAD (6 pacientes) de $16,6^\circ \pm 4,9^\circ$. El resultado dio significación estadística con $p < 0,01$. La edad fue el único factor significativamente pronóstico de FC ($8,2 \pm 4,5$ años frente a $12 \pm 1,4$ años del grupo no FC ($p = 0,03$). Los paciente con edad menor de 11 años tenían un 77,8% de posibilidades de desarrollar crankshaft frente al 18,2% que se observó en pacientes mayores de 11 años ($p = 0,02$). No se ha conseguido demostrar que estos factores preoperatorios predispongan a la aparición de crankshaft, tales como, sexo o etiología, cifosis T5-T12 o hipocifosis apical, Cobb coronal, rotación vertebral o RVAD. Tampoco parecen influir el Cobb postoperatorio residual, la cifosis conseguida, o la instrumentación con alambres frente a ganchos. Existe una tendencia protectora del FC cuanta mayor corrección se consiga. En el grupo FC se corrigió de media el 41,4% frente a los pacientes del grupo NoFC en los que la media de corrección fue de 61,4%, aunque no se demostró significación estadística, $p = 0,06$. El doble abordaje con instrumentación posterior consiguió anular la aparición del fenómeno de crankshaft (0%) comparado con instrumentación posterior (44%), fusión no instrumentada posterior (100%) o fusión anterior con vástagos de crecimiento posteriores (100%) ($p = 0,02$).

Comentarios y conclusiones: En pacientes con cartilago trirradiado abierto menores de 11 años parece aconsejable corregir mediante doble abordaje para evitar la aparición del fenómeno crankshaft. No se han encontrado en este estudio parámetros radiográficos que influyan en la aparición de dicho fenómeno.

CC-223. EXPOSICIÓN DEL MATERIAL: UNA COMPLICACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTRUMENTACIÓN VERTEBRAL

A. Alonso Recio, J. Díez Romero, J. Betegón Nicolás, F. Arias Martín, P. Casas Ramos, J.L. Guevara Matamoras, M.L. Suárez Huerta y A. Álvarez Castro

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: Las lesiones en la columna vertebral son frecuentes, principalmente secundarias a accidentes de tráfico (45%). Las prevalencia de las lesiones espinales en pacientes traumatizados es del 6%. El 60% de las lesiones en los traumatismos ocurren entre T11 y L2. El 37% de los pacientes con fractura toraco-lumbar asocian lesiones mayores concomitantes en otras regiones del cuerpo.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 48 años que sufre un atropello en 2005, con fractura de 1/3 medio fémur derecho, fractura de 1/3 proximal húmero derecho, fractura de la tuberosidad isquiática derecha y fractura vertebral T11. Se trató mediante osteosíntesis intramedular en fémur y húmero derechos y artrodesis vertebral instrumentada T10-T11-T12. El paciente no acude a las revisiones perdiéndose en el seguimiento. En septiembre de 2011 ingresa a través del servicio de urgencias presentando supuración a nivel de tornillo de osteosíntesis vertebral, de varias semanas de evolución, por la que no había consultado previamente. Se realizó extracción del material de osteosíntesis y Friedrich de la herida.

Resultados: El paciente mejoró su estado general y desapareció la infección de la espalda, aunque nuevamente no acudió a las revisiones y se perdió su seguimiento.

Comentarios y conclusiones: En todo politraumatizado es fundamental priorizar la asistencia sanitaria. Una vez aseguradas las constantes vitales hay que atender al resto del aparato locomotor. Los pacientes portadores de material de osteosíntesis deben mantener unos cuidados básicos personales y mantener unas revisiones regladas para evitar complicaciones infecciosas a ese nivel.

CC-224. FRACTURA DE CHANCE EN PACIENTE DE 78 AÑOS TRAS TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA

A. Martínez Calzón, E. Cárdenas Grande, J.J. Correa Gámiz, F. López Caba, C.A. Peña Rodríguez y J. Garrido Gómez

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: La columna anquilosada es propensa a fracturas ante mínimos traumatismos. Algunos autores han demostrado que pacientes con espondilitis anquilosante (EA) tienen 4 veces más riesgo de fractura a lo largo de su vida que los pacientes sanos. Debido a la fusión vertebral en varios niveles, se desarrollan largos brazos de palanca en la columna, sobre los que pueden actuar las fuerzas durante el traumatismo. Durante la progresión de la enfermedad, la columna se hace más susceptible a lesiones de este tipo, incluso tras traumatismo de baja energía.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 78 años con antecedentes de obesidad mórbida, EPOC con hiperreactividad bronquial y síndrome de hipoventilación, adenocarcinoma de próstata, insuficiencia cardíaca y carcinoma epidermoide, que sufre traumatismo de baja energía. En la exploración física destaca con dolor intenso a nivel lumbar. Exploración neurológica de miembros inferiores normal. En el estudio radiológico destaca fractura de Chance que afecta a los cuerpos de L2 y L3 con una luxación anterior del cuerpo de L2 respecto de L3. Existe una ocupación completa del canal medular. Se aprecian signos de hiperostosis idiopática difusa secundaria a la espondilitis de larga evolución que el paciente presenta.

Resultados: Debido a la comorbilidad del paciente, el servicio de anestesia contraindica la cirugía, por lo que se decide tratamiento ortopédico y paliativo del dolor. Durante el ingreso, se produce deterioro del estado general el paciente, con exacerbación de los procesos cardíaco y respiratorio, y el paciente fallece a los 7 días del ingreso.

Comentarios y conclusiones: Tanto en la EA como en la DISH, la mayor parte de fracturas vertebrales se observan a nivel cervical, y tras traumatismo de baja energía. En muchos casos, la exploración neurológica distal es normal de entrada, si bien existe una alta incidencia de retrasos en el diagnóstico que llevan a una lesión neurológica irreversible. La hiperostosis idiopática difusa (diffuse idiopathic skeletal hyperostosis DISH) es una enfermedad no inflamatoria en la que los ligamentos vertebrales común anterior y posterior se van osificando hasta conseguir una disminución en la movilidad de la región afectada. DISH se diagnostica cuando existe una osificación del ligamento vertebral común anterior al menos en 4 niveles consecutivos. Su etiología es desconocida, aunque existen asociaciones con obesidad, DM tipo 2 y edad avanzada. Es más común en la raza caucásica. La mayor parte de los síntomas de la DISH son suaves y se desarrollan despacio, pero cada vez hay más evidencia que sugiere que es una entidad menos inocente de lo que se pensaba previamente. Nuestro paciente presentó una fractura vertebral grave en el contexto de la patología inflamatoria. En este caso existió una discordancia entre los síntomas y signos clínicos que presentaba el paciente en el momento del ingreso y las imágenes radiológicas aportadas.

CC-225. SCIWORA CERVICAL Y FRACTURA LUMBAR POR EXTENSIÓN-DISTRACCIÓN DE FORMA SIMULTÁNEA EN UN ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Vañó Pujol, Ll. Marull Serra, J.J. Muñoz Gómez y M.A. Froufe Siota

Hospital Dr. Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: La lesión medular sin alteración radiológica (SCIWORA) es una entidad más frecuente en el niño que en el adulto. Las fracturas por extensión-distracción son también una entidad poco frecuente asociada a espondilitis anquilosante (EA) y hiperostosis idio-

pática difusa (DISH). Presentamos un caso con ambas lesiones a diferentes niveles de la columna vertebral en un adulto.

Material y método: Hombre de 60 años traído a urgencias tras caída desde 1 metro de altura con contusión lumbar. El examen inicial muestra Glasgow 15 con un nivel sensitivo C3 y estado neurológico ASIA C. Se inició el protocolo NASCIS III. El estudio radiológico simple y TC no muestra lesión a nivel cervical pero sí una fractura por extensión-distracción a nivel L1 asociado a un DISH. El estudio con RMN mostró espondilosis cervical con diversas hernias y estenosis C3-C6 y la presencia de edema a nivel C3-C4. Así pues se llega al diagnóstico de SCIWORA en el adulto.

Resultados: Se realizó tratamiento quirúrgico diferido de la fractura lumbar (fusión T12-L2) mientras que la lesión medular cervical fue tratada conservadoramente. En el momento del alta no había evidencia de mejoría neurológica del paciente, manteniéndose en un nivel ASIA C.

Comentarios y conclusiones: La SCIWORA en adultos es una entidad rara donde la estenosis y espondilosis cervical son consideradas factores de riesgo. El estudio radiológico simple es normal y se recomienda la realización de RMN para el diagnóstico en todos los casos. El DISH es una entidad caracterizada por la osificación de ligamentos afectando especialmente la columna y condicionando una rigidez y especial riesgo a presentar fracturas ante traumatismos mínimos. La fractura más frecuente en el DISH es la fractura por mecanismo de extensión-distracción y la mayoría de fracturas se localizan en la columna torácica. La asociación de ambas lesiones a diferente nivel de manera simultánea es muy poco frecuente y un alto grado de sospecha clínica es necesario para su diagnóstico así como el estudio con radiografía simple y RMN. El pronóstico neurológico depende del tipo de afectación medular (mejor para compresión que para edema). Este caso presenta una lesión medular cervical (edema) que fue tratada conservadoramente y una fractura inestable de la columna lumbar tratada quirúrgicamente. En conclusión, pacientes con cambios degenerativos en la columna y DISH pueden presentar la asociación de ambas lesiones como consecuencia de un traumatismo menor.

CC-226. CERVICOBRAQUIALGIA COMO DEBUT DE UN TUMOR PULMONAR

A. Luis Calero, D. Lorite Alvaro, M. Muñoz Manchado y A. Botello Pérez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: Las cervicobraquialgias son situaciones muy frecuentes e inespecíficas que en determinados casos pueden llevarnos a diagnósticos sorprendentes. Presentamos un caso con cervicobraquialgia derecha que tras estudio de imagen se objetiva una tumoración pulmonar con afectación radicular sin mielopatía.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente hospitalizado por un síndrome de cola de caballo que refiere cervicobraquialgia inespecífica en miembro superior derecho de largo tiempo de evolución y que tan sólo mejora con la elevación del mismo brazo. Tras estudio de imagen se objetiva tumor de pancoast de 14 × 7 × 7 cm, inoperable, que invade canal cervical y afectación radicular del brazo derecho.

Resultados: El síndrome de Pancoast es un conjunto de síntomas característicos provocados por la presencia de una tumoración en un vértice pulmonar. Este síndrome es, con frecuencia, consecuencia de la extensión local de un tumor del vértice pulmonar, que acaba afectando a la pared torácica y a la base del cuello. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: dolor en la cara cubital del antebrazo, dolor torácico, síndrome de Claude-Bernard-Horner y síndrome de la vena cava superior.

Comentarios y conclusiones: Este tumor realiza diseminación a la base del cuello y pared torácica, infiltración de ganglios mediastínicos

o aparición del síndrome de Claude-Bernard-Horner. No es frecuente que en su progresión infiltre el cono medular con destrucción de las estructuras óseas cervicales.

CC-227. LIPOMA EPIDURAL DE LOCALIZACIÓN CATASTRÓFICA

C. Gascón López, M. Llabres Comamala, J.M. Femenias Roselló, G.J. Ripoll Estela y M. Rubi Jaume

Hospital Son Espases. Baleares.

Introducción y objetivos: Presentar el caso clínico de una paciente con un lipoma epidural asintomático con consecuencias catastróficas, su tratamiento y evolución.

Material y método: Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital una paciente de 39 años tras sufrir una caída de moto. A su llegada la paciente se encuentra consciente y sin focalidades neurológicas. En los hallazgos patológicos se destaca una fractura diafisaria transversa de fémur, una fractura oblicua de L1 con afectación de la articulación facetaria, pedículo y ambas láminas, fractura de apófisis transversas de varias vertebrae lumbares. Presentaba además neumotórax anterior y múltiples laceraciones hepáticas y esplénicas que fueron tratadas de forma conservadora por el equipo de Cirugía General. La paciente se encuentra estable y se decide ingreso en el servicio de Medicina Intensiva. A las 48 horas del ingreso la enferma presenta parestesias en ambas piernas. Se confirma la ausencia de movilidad de las extremidades inferiores y un nivel de anestesia por debajo de la rodilla. Se inicia pauta de corticoides endovenosos y se realiza RMN urgente que indica una imagen hipodensa intramedular anterior bajo la vertebra fracturada sugestiva de lipoma intramedular con mielopatía por compresión. Se decide realizar descompresión urgente confirmándose intraoperatoriamente masa compatible con lipoma. Se lleva a cabo así mismo artrodesis desde D11 a L2.

Resultados: Actualmente la paciente sigue sin movilizar extremidades con parestesias en ambos miembros inferiores. Recuperó tras la intervención quirúrgica sensibilidad táctil pero sin discriminar el tipo de estímulo en pierna derecha hasta dedos del pie y en la izquierda hasta el empeine.

Comentarios y conclusiones: Los lipomas epidurales se producen cuando se sintetiza una cantidad excesiva de grasa epidural. Es frecuente observarlos en pacientes tratados con esteroides o en casos de obesidad grave. Generalmente es asintomática pero en ocasiones el exceso de materia grasa ejerce efectos sobre las estructuras neurales subyacentes y puede provocar una mielopatía compresiva o el síndrome de cauda equina. En el caso de nuestra paciente pensamos que el edema medular secundario a la fractura, junto con el efecto masa del lipoma produjeron la compresión medular con las consecuencias neurológicas desastrosas y que no lograron recuperación pese a practicarse el tratamiento de descompresión en menos de 24 horas tras la aparición de los síntomas.

CC-228. FRACTURA-LUXACIÓN CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Yela Verdú, L. Ventura Carro, C. Morera Domínguez, D. Bosch García y F. Anglés Crespo

Hospital Universitario Mútua Terrassa. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas-luxaciones cervicales son una entidad poco frecuente, representando un pequeño porcentaje (0,29 por cada 1.000 personas/año) de las fracturas cervicales, más frecuentemente en relación con traumatismos de alta energía. Se suelen asociar con lesiones neurológicas.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 64 años que tras sufrir policontusiones al caer en las escaleras de su domicilio en República Dominicana, presenta fractura-luxación cervical a nivel

C4-C5 con fractura de C3 y C4 y espondilolistesis grado III de C4 respecto a C5 sin lesión neurológica, no tratada inicialmente durante el primer mes, al no ser diagnosticada. Ingresa en nuestro centro 1 mes después de sufrir dicha lesión. Se realiza inicialmente inmovilización con discreta distracción con Halo-Jacket. A las cuatro semanas, presenta infección del pin frontal derecho, con absceso cerebral frontal derecho que requirió extracción del Halo-Jacket, craneotomía, drenaje, antibioterapia endovenosa y colocación de collarín rígido tipo Minerva. La cobertura antibiótica y la buena evolución clínica permitieron la cirugía dos semanas tras el episodio infeccioso. Dadas las características de las fracturas C3-C4, el tiempo de evolución y el contexto clínico del paciente, se decidió tratamiento segmentario de la listesis: artrodesis instrumentada C4-C5 previa reducción de la listesis, con monitorización neurofisiológica intraoperatoria. Posteriormente se coloca collarín rígido y se procede a las 6 semanas retirada del mismo y estudio radiológico funcional. Actualmente el paciente presenta buena evolución tanto a nivel neurológico como en cuanto a la consolidación de la fractura.

Resultados: Aunque no se recomienda diferir el tratamiento quirúrgico de estas fracturas, dadas las características del paciente y el tiempo de evolución, se optó por una estabilización primaria con Halo-Jacket que no cumplió los objetivos iniciales.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de elección de las fracturas-luxaciones cervicales es quirúrgico siendo el objetivo lograr la máxima reducción posible o contorno sagital, y evitar posibles lesiones neurológicas.

CC-229. NAVEGACIÓN CON O-ARM EN CIRUGÍA VERTEBRAL

D. Pescador Hernández, J. Martín Enrique, C. Cano Gala,
D. Rendón Díaz, C. Corchado Villalba, P. Miramontes González,
E. Elena Sorando y L. Ollero Malagón

Hospital Público de Torrejón. Madrid.

Introducción y objetivos: Conocer las aplicaciones de la navegación por 3D TAC intraoperatorio en casos complejos. El empleo de la navegación en cirugía espinal apareció en el 2000, pero hasta la modernización del software, no ha sido realidad hasta el 2007. Esta novedosa técnica es utilizada habitualmente como ayuda en el momento de la colocación de tornillos.

Material y método: 1. Paciente de 50 años con escoliosis toracolumbar, se instrumentó T6-Pelvis, usando la navegación para tornillos pediculares del ápex. 2. Mujer de 6 años con quiste gigante aneurismático de C2, se realizó abordaje posterior, exéresis e instrumentación occipito-C4. En un segundo tiempo resección cuerpo de C2 transoral. Se usó navegación para colocación de instrumentación y localización espacial en cada momento de la exéresis tumoral. 3. Mujer obesa de 55 años, presenta espondilolistesis L5-S1. Se realiza instrumentación L4-S1 y laminectomía bilateral de L5. Se emplea la navegación para la colocación de tornillos pediculares y calcular la longitud exacta de estos. 4. Mujer de 60 años con antecedente de laminectomía C3-4. Presenta mielopatía C2-4 y cifosis cervical. Se practica corporectomía total de C3 y parte de C2, descompresión de osteofito posterior y reconstrucción con injerto de peroné, junto con fusión posterior mediante tornillos pediculares C2-T1. Se empleó la navegación para conocer en cada momento lo que restaba de descompresión, colocar los tornillos posteriores y control intraoperatorio de la situación del injerto.

Resultados: Se presentan 4 casos de difícil manejo, en el que la utilización de la navegación facilita su abordaje. Esta técnica se puede emplear tanto en la colocación de tornillos pediculares, así como ayuda en descompresiones difíciles. También nos sirve como control intraoperatorio, siendo mucho más preciso que el fluoroscopio normal.

Comentarios y conclusiones: La navegación será en el campo de cirugía espinal, una herramienta valiosa en el abordaje de casos

complejos, siendo actualmente difícil su adquisición debido a su alto coste.

CC-230. ARTRODESIS CERVICAL EN PACIENTE CON ANGIOEDEMA HEREDITARIO POR DÉFICIT CUANTITATIVO DE C1 INHIBIDOR

I. Jiménez Pina, M. Alonso Galán, E. García Prieto,
M.G. Puerto Vázquez, C. Ramírez Chang y C. Vicario Espinosa

Hospital General Nuestra Señora del Prado. Toledo.

Introducción y objetivos: El angioedema hereditario (AEH) por déficit cuantitativo de C1 inhibidor (C1INH) es una alteración genética autosómica dominante rara. Su prevalencia se estima en 1/5.000. Se caracteriza por la aparición recurrente de edema subcutáneo o submucoso. Cuando aparece a nivel laríngeo puede causar obstrucción de la vía aérea, que supone un riesgo vital sin un diagnóstico rápido y un tratamiento efectivo. Presentamos un caso de una mujer afectada de AEH intervenida en nuestro servicio de una hernia discal cervical C6-C7.

Material y método: Paciente mujer de 49 años, valorada en consultas externas por cuadro de dolor en brazo derecho de 1 mes de evolución con sensación de adormecimiento en mano. En la exploración presenta disminución de fuerza en miembro superior derecho, territorios C5-C6, así como hipoestesia en C6-C7. En RMN se observa gran hernia compresiva posterolateral derecha C5-C6.

Resultados: La paciente fue preparada para la cirugía de forma conjunta con los servicios de Hematología, Alergología y Anestesia. Previa intubación mediante fibrobroncoscopia y administración de 1000 U de inhibidor de C1, se realiza descompresión mediante discectomía C5-C6 y estabilización con cajetín de tantalio y placa anterior. Se administraron dos dosis más de inhibidor de C1 durante la cirugía, con evolución favorable.

Comentarios y conclusiones: El AEH por déficit de C1 inhibidor es una alteración rara que puede comprometer la vida del paciente cuando cursa con edema laríngeo. Es el primer caso publicado de cirugía de artrodesis cervical en este tipo de pacientes, donde los autores tenemos conocimiento.

CC-231. COMPLICACIÓN ÓSEA INFRECIENTE DE MELANOMA CUTÁNEO

J. Betegón Nicolás, J.A. Hernández Encinas, J. Villar Pérez,
P. Casas Ramos, A. Alonso Recio, A. Álvarez Castro,
J.L. Guevara Matamoros y O. Guerra Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: Las metástasis óseas y en concreto las vertebrales son una complicación muy frecuente de determinados tipos de tumores primarios como son los de mama, pulmón, próstata y renal. Las metástasis vertebrales óseas en el melanoma son relativamente raras y sólo acontecen en el 4% de los casos referidos. Presentamos un caso clínico de metástasis vertebral de un melanoma cutáneo que asociaba clínica neurológica.

Material y método: Varón de 51 años de edad. AP: No AMC. DM tipo II. Paciente diagnosticado en 2009 de melanoma superficial a nivel de la pared abdominal derecha; realizándose inicialmente resección y linfadenectomía axilar derecha, al año de la primera cirugía el paciente presentó recidiva axilar derecha que precisó de nueva cirugía. En enero de 2012, el paciente acude al servicio de Urgencias por presentar cuadro de dolor dorso-lumbar severo, debilidad de las extremidades inferiores de predominio derecho y empeoramiento clínico de su estado general. Tras estudio clínico y de pruebas complementarias se establece el diagnóstico de nueva recidiva a nivel axilar derecha con infiltración del músculo pectoral, junto a la presencia de lesión patológica a nivel del cuerpo vertebral de T12, con retropulsión del muro

posterior con compromiso del canal vertebral y componente de partes blandas intra y extraóseo a nivel paravertebral derecho con ocupación del espacio epidural anterior, receso y agujero de conjunción derecho, junto con infiltración de la articulación costovertebral derecha de T12.

Resultados: Ante el mal control del dolor del paciente, y la presencia de clínica compresiva a nivel medular, se realizó cirugía de estabilización vertebral, mediante artrodesis posterolateral instrumentada con tornillos pediculares, asociando en el mismo acto quirúrgico y por el mismo abordaje escisión parcial del cuerpo vertebral metastático y liberación medular, con colocación de sustituto vertebral vía posterior en la zona de exéresis ósea. El paciente en el postoperatorio presentó una evolución satisfactoria con importante mejoría del dolor dorsolumbar y de su clínica de debilidad de las extremidades inferiores. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de metástasis de melanoma cutáneo. Posteriormente el paciente fue valorado por el servicio de radioterapia para iniciar tratamiento, encontrándose actualmente en seguimiento y tratamiento por parte del servicio de Oncología.

Comentarios y conclusiones: Las metástasis vertebrales son una entidad muy frecuente asociada a los tumores, presentándose cuadros de metástasis vertebral con algún grado de compromiso neurológico en aproximadamente 1 de cada 5 pacientes con cáncer. En el caso del melanoma cutáneo la presencia de metástasis vertebrales es infrecuente, pero la presencia de dichas lesiones suele predecir una evolución desfavorable de la enfermedad, siendo necesario en ocasiones realizar cirugías de descompresión y estabilización vertebral con el fin de impedir un empeoramiento neurológico y aliviar el dolor.

CC-232. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESPONDILOLISTESIS DE ALTO GRADO (III, IV Y V) CON TORNILLO TRANSVERTEBRAL PEDICULAR L5-S1. WILLIAM A. ABDU 1994

J.V. Caballero Trenado, M. Domínguez Meléndez, P. Trejo Díaz, R. Lorente Moreno, M. Quiles Galindo, M.J. Bernaldez Rey, M. Gómez Galván y R. Nicolás Olivera

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción y objetivos: El tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis lumbosacra de alto grado persigue la estabilización, disminución de la progresión y la descompresión de los elementos neurales afectados. La técnica empleada descrita por W. Abdu consiste en una fijación por vía posterior L4-S1 con tornillos transvertebrales pediculares S1-L5 sin intento formal de reducción más artrodesis posterolateral y descompresión. Análisis descriptivo y evolutivo de los pacientes con espondilolistesis de alto grado tratados con ésta técnica en el servicio de COT del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Material y método: Análisis retrospectivo de 13 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico con técnica de Abdu de espondilolistesis lumbosacra de alto grado (2001-2011). Edad media 41 años (17-73). 9 mujeres y 4 varones. Los pacientes presentaban clínica de dolor lumbar bajo, claudicación neurógena en 6 casos y radiculopatía en 7 (territorio L5 y/o S1) que no respondieron a tratamiento conservador completo y/o progresión o inestabilidad demostrada en estudios de imagen. 7 casos grado III, 5 grado IV y 1 grado V. Cuantificación del ángulo de deslizamiento, grado de translación e incidencia pélvica en estudios de imagen pre y postoperatorios. Clínica preoperatoria y encuesta telefónica de situación clínica actual. Registro de complicaciones y obtención de artrodesis.

Resultados: Ángulo de desliz. prequirúrgico medio 22,3° (10°-55°) postquirúrgico 9,9° (0°-50°). Reducción del ángulo de deslizamiento medio 11,6° (0°-20°). Incidencia pélvica media pre 50,7° (40°-75°) post 50° (40°-70°). Situación clínica actual: 4 pacientes con dolor lumbar leve (analgesia ocasional), 1 paciente con radiculopatía residual (insuficiencia peroneos derechos), 1 paciente con dolor lumbar severo a

pesar de reintervención y 7 asintomáticos. Se ha obtenido artrodesis posterolateral en todos los pacientes de esta serie. Complicaciones: 3 pacientes con necesidad de reintervención (1 por degeneración segmento superior y 2 pacientes sometidos a retirada por intolerancia de material. 1 paciente con protrusión de material no dolorosa).

Comentarios y conclusiones: La técnica de Abdu en el tratamiento de espondilolistesis de alto grado es una alternativa segura con mínima tasa de lesión neurológica. Cirugía por vía posterior en un tiempo. Se consiguen condiciones mecánicas favorables para la artrodesis. Mínima tasa de complicaciones graves. Sin diferencias clínicas con respecto a técnicas de reducción y artrodesis 360°. Salva la dificultad de tornillo pedicular en L5. Se puede aumentar la estabilidad de la reducción parcial extendiendo la instrumentación con tornillos ilíacos.

CC-233. SIGNOS DE ALARMA DEL DOLOR LUMBAR. "RED FLAGS"

J. Morales Valencia, N. Ruiz Mico, D. Gómez Garrido, J. Cervera Irimia, A. Santacruz Arévalo, P. Romera Olivera, J. Fajardo Romero y C.T. Gallego Wood

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Entre un 80 a 90% de la población adulta presenta dolor en la región lumbar en algún momento de sus vidas. Existen múltiples causas que pueden desencadenar dolor lumbar como enfermedades degenerativas locales (hernias discales, escoliosis, espondilolistesis, metástasis), enfermedades respiratorias, gastrointestinales, renales, pélvicas, ginecológicas y vasculares. El esqueleto axial es el lugar más frecuente de metástasis siendo la región lumbar la más afectada seguida de la región torácica, cervical y sacra. El dolor es normalmente el primer signo de metástasis óseas precediendo habitualmente unas cuantas semanas la aparición de síntomas neurológicos.

Material y método: Paciente de 49 años sin antecedentes, consulta en urgencias por dolor lumbar de 1 mes de evolución acompañado en los últimos 2 días de disminución en la fuerza de los miembros inferiores e imposibilidad para la marcha. Al examen físico presenta dolor difuso en columna lumbar, atrofia muscular en cuádriceps, paraperesia 2/5 con reflejos rotulianos y aquileos abolidos. No alteración en la sensibilidad. Durante la exploración de los pulsos se evidencia abdomen distendido, timpánico y doloroso en hipocondrio, flanco y fosa ilíaca derecha.

Resultados: En radiografías de abdomen y columna lumbar de urgencias se aprecia gran hepatomegalia, lesiones líticas en cuerpo de D10 y la desaparición casi total de las apófisis espinosas de L2 y L3. Se realiza PAAF guiada por TAC de lesión hepática compatible con metástasis de adenocarcinoma de origen colorrectal. Posteriormente se realiza laminectomía descompresiva y se inicia tratamiento paliativo con quimioterapia falleciendo durante el primer ciclo.

Comentarios y conclusiones: El dolor lumbar en pacientes con antecedentes de tumores primarios es altamente sospechoso de metástasis óseas sobre todo en tumores pulmón, mama y próstata. En pacientes sin antecedentes previos las causas pueden ser múltiples pero el dolor dorsolumbar de difícil tratamiento con posterior aparición de alteraciones sensitivo motoras no justificadas con o sin síntomas paraneoplásicos debe alertar en la posibilidad de enfermedad metastásica ósea.

CC-234. INESTABILIDAD CRÁNEO-CERVICAL. DOS CASOS

L. Ibáñez Martínez, J.A. de Miguel Vielba, M.A. Sánchez Carrasco, J. Andrés Grau, J.E. Gil Gómez, F.F. Arroyo Rodríguez, F. Peñalver Aguirre y A. Rodríguez Ortuño

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y objetivos: La inestabilidad atlo-axoidea antero-posterior es la consecuencia del fallo de los ligamentos que unen estas dos

vértebras y fundamentalmente del ligamento cruciforme cuya porción más significativa es la trasversa. Se produce un desplazamiento de la apófisis odontoides hacia el canal medular, y del atlas hacia delante, con la consecuente disminución del canal, que se puede traducir en síntomas neurológicos por compresión del bulbo raquídeo. Esta alteración se suele presentar en ciertas enfermedades articulares generalizadas tales como: artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, o el síndrome de Down y está asociada a malformaciones congénitas de la charnela occipito-cervical: os-odontoideum, aplasia o displasia de la odontoides. Puede aparecer como consecuencia de traumatismos, asociada o no a otras lesiones óseas o ligamentosas; y más rara vez como consecuencia de un proceso infeccioso o tumoral. El “os-odontoideum” se define como un osículo limitado por bordes nítidos corticales que se corresponde parcialmente con la apófisis odontoides, sin tener continuidad ósea con el resto de C2. Anatómicamente se denomina ortotópico cuando se mueve con el arco anterior del atlas, y distópico cuando funcionalmente se comporta como parte del basión; en este caso se puede subluxar, anterior al arco de C1. La etiología presenta casos con causas congénitas y adquiridas, fundamentalmente traumáticas, y puede requerir diagnóstico diferencial con el osículo terminal como remanente del proatlas. Con independencia de las causas, se suele asociar a insuficiencia ligamentaria e inestabilidad C1-C2. Radiológicamente, la inestabilidad antero-posterior C1-C2 se manifiesta con un aumento del espacio entre el arco anterior del atlas y la apófisis odontoides, que no debe ser superior a 3 mm, en el adulto, sin variar en la flexo-extensión cervical; una movilidad de la odontoides mayor de 6 mm en relación con arco anterior del atlas suele implicar la rotura del ligamento trasverso, con aumento de los riesgos neurológicos. Los estudios de RMN han ayudado enormemente en la comprensión de esta entidad así como de ayuda en el diagnóstico. Clínicamente, la inestabilidad aguda, cuando se acompaña de afectación neurológica suele ser de fatales consecuencias con muerte súbita. La inestabilidad crónica se traduce por dolor en la nuca y aparición progresiva de afectación neurológica de compresión bulbar. El tratamiento de elección es quirúrgico, especialmente cuando se desarrolla daño neurológico progresivo o los estudios radiológicos demuestran inestabilidad dinámica. Los procedimientos quirúrgicos empleados pretenden la restauración del canal medular; la artrodesis ósea C1-C2 posterior es el resultado más favorable a largo plazo. Se han desarrollado diferentes técnicas de fijación para conseguir estos objetivos: técnica de Gallie (alambres sublaminares en C1 a apófisis espinal de C2), técnica de Brooks (alambres sublaminares bilaterales en C1 y C2), técnica de Maegerl con tomillos transarticulares C1-C2; o con ganchos laminares de Halifax. En ocasiones los elementos de fijación se encofrán con cemento acrílico para mayor seguridad y duración.

Material y método: Se presenta 2 casos de inestabilidad craneocervical secundarios a traumatismo cervical sobre subluxación crónica atloaxoidea. 1º caso: mujer, 92 años que presenta cuadro de debilidad progresiva en las cuatro extremidades de tres meses de evolución tras traumatismo cervical. Mínima capacidad para la deambulación. Previamente, dolor cervico-nucal moderado de varios meses de evolución, que ahora se ha incrementado. Diagnóstico: traumatismo cervical sobre subluxación atloaxoidea crónica. Tratamiento: Fusión occipito-cervical posterior 2º caso: varón de 76 años con dolor cervical severo tras traumatismo craneocervical, sin presencia de clínica neurológica. Se diagnostica de subluxación atlo-axoidea. Tratamiento: Se decide tratamiento ortopédico 3 meses de Halo-jacket 8 semanas de collarín.

Resultados: 1º caso. La paciente presentó evolución satisfactoria, desapareciendo los síntomas y mejoría clínica sin complicaciones 2º Caso. Presenta mejoría clínica con leve dolor residual y sin clínica neurológica.

Comentarios y conclusiones: La inestabilidad craneocervical secundaria a la subluxación atloaxoidea es un cuadro poco frecuente y debe ser tenida en cuenta dada la posibilidad de graves lesiones neurológicas. Hay que pensar en ella en cuadros de cervicalgia con o sin clínica

neurológica tras un traumatismo cervical, incluso leve. La individualización en el tratamiento en función de las características del caso es necesaria dado que puede oscilar desde simplemente ortopédico a cirugía de instrumentación cervical.

CC-235. FRACTURA MÚLTIPLE DE APÓFISIS ESPINOSAS POR PRECIPITACIÓN TRAS VUELO EN PARAPENTE

M.A. Paniagua Collado, N. Mora Navarro, M. Llabres Comemala, E.A. Villalba Mendoza, M.N. Mesa Guedes, R. Serrano Pastor y E. Rodríguez de la Rubia Yuste

Hospital Universitario Son Espases. Baleares.

Introducción y objetivos: Presentamos caso único de varón de 36 años que sufre fractura múltiple de apófisis espinosas a nivel toracolumbar y fractura múltiple de apófisis transversas lumbares, sin afectación de canal medular, tras impacto por precipitación mientras volaba con parapente. De interés debido a su rareza y no encontrar casos similares en la revisión bibliográfica realizada.

Material y método: A su llegada al centro el paciente presenta Glasgow: 8 puntos con movilización de las cuatro extremidades y traumatismo torácico con volet costal izquierdo y agitación. Se realizan radiografías columna cervical, tórax simple y pelvis completa, así como TAC de cráneo, columna cervical, tórax y abdomen.

Resultados: Tras examen clínico y pruebas de imagen, se objetivan: traumatismo craneoencefálico con fractura de cóndilo occipital izquierdo no desplazada, neumotórax apical izquierdo y fracturas costales múltiples de C4 a C11, fractura aislada de todas las apófisis espinosas desde T5 a L4 y fractura de apófisis transversas izquierdas desde L1 a L4. Tras la retirada de sedoanalgesia en los días siguientes el paciente moviliza las cuatro extremidades, sin signos de afectación sensitivo-motora evidente.

Comentarios y conclusiones: La bibliografía encontrada coincide en que el mecanismo de lesión en este tipo de patologías implica, en la mayoría de los casos, impacto de alta energía por lo general por caída o precipitación. Las fracturas de apófisis espinosas y transversas sin afectación de cuerpos vertebrales ni canal medular, son consideradas lesiones estables y se encuentran en el grupo de lesiones menores de columna, precisando únicamente tratamiento conservador. No se ha encontrado en la bibliografía, ningún caso de fractura múltiple continua aislada de apófisis espinosas y transversas a nivel toracolumbar. En nuestro caso el paciente fue tratado de forma conservadora y no presentó durante el seguimiento complicación alguna secundaria a las fracturas de apófisis vertebrales.

CC-236. MANEJO INICIAL DE LA LESIÓN MEDULAR AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.P. Peña Fernández, F. Ordóñez Pascual, I. Méndez Mesón, S. Bazaga Díaz, G. Azuara Dapía, R. Guijarro Guijarro y M.J. Ceinos Manzano

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción y objetivos: Una lesión medular aguda (LMA) es cualquier alteración sobre la médula espinal que puede producir alteraciones del movimiento, fuerza, sensibilidad o función autónoma por debajo de la lesión. El traumatismo raquímedular incluye todas las lesiones traumáticas que afectan las diferentes estructuras (osteoligamentosas, cartilaginosas, musculares, vasculares, meníngeas, radicales y medulares) de la columna vertebral a cualquiera de sus niveles. Entre un 25% y un 60% de los casos se asocian con traumatismos múltiples, fundamentalmente craneal, torácico, pélvico y de huesos largos, lo que puede dificultar su diagnóstico temprano, por lo que es esencial un firme diagnóstico de sospecha para no pasar por alto esta

patología. El manejo inicial prehospitalario de estos pacientes tiene una importancia crítica ya que el 25% del daño puede producirse o agravarse después de la lesión inicial. La incidencia en España es de 14-30 casos/millón hab/año, 80% de causa traumática. Presentamos un caso de un paciente de 31 años que presenta una fractura-luxación de C5 con invasión de canal medular en fase de shock medular que evoluciona a lesión medular completa A de la clasificación ASIA.

Material y método: Se realizó una búsqueda en Pubmed con los términos LMA, cirugía descompresiva precoz y metilprednisolona en inglés y español de los últimos 10 años. Se seleccionaron aquellos cuyos temas principales fueran el tratamiento y resultados.

Resultados: Paciente varón de 31 años que presenta fractura-luxación de C5 con invasión del canal medular en fase de shock medular por mecanismo de hiperflexión sometido a cirugía descompresiva precoz en las primeras tres horas de su ingreso y a dosis bajas de corticoterapia. En la literatura, el momento óptimo de la cirugía para LMA es motivo de controversia, ya que no hay evidencia de estudios clase I (patrón de referencia) de que la descompresión precoz mejore la recuperación neurológica. Sin embargo, la mayoría de los cirujanos prefieren la descompresión precoz dentro de las primeras veinticuatro horas en la LMA cervical completa o en las primeras doce horas en las incompletas. Las altas dosis de metilprednisolona utilizadas en los estudios NASCIS II y III ya no son consideradas como un estándar de referencia para la LMA.

Comentarios y conclusiones: En nuestro hospital se realiza estabilización precoz de la fractura en pacientes con LMA completa o incompleta dentro de las primeras veinticuatro horas de la lesión, y mejor en las seis primeras horas si es posible, sin utilización del protocolo NASCIS III pero sí administrando dexametasona 8 mg/8h iv.

CC-237. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INESTABILIDAD CERVICAL C1-C2 POR LA TÉCNICA DE HARMS EN UN PACIENTE CON ARTRITIS SÉPTICA DE LA RODILLA

N. Vieira Ferreira, P. Varanda, P. Coutinho, B. Pereira, R. Duarte, L. Rodrigues Filipe, C. Alves Vaz y M. Vieira da Silva

Hospital de Braga. Portugal.

Introducción y objetivos: La anatomía de la región atlanto-axial es relativamente compleja, y la instrumentación de las vértebras C1 y C2 es exigente técnicamente. A pesar de las numerosas técnicas para el tratamiento de la inestabilidad C1-C2, los estudios demuestran que el abordaje posterior con tornillos poliaxiales y varillas tiene superioridad sobre otros métodos. La técnica publicada por Harms y Melcher en 2001 ofrece una buena estabilización de le complejo atlantoaxial por vía posterior. Presentamos un caso raro de una inestabilidad C1-C2 en el contexto de espondilodiscitis en un paciente con artritis séptica de la rodilla.

Material y método: Paciente masculino, 75 años. Antecedentes de gonartrosis bilateral, hipertensión, enfermedad valvular cardíaca y la HPB. Independiente por las actividades diarias hasta una semana antes de su ingreso en nuestro hospital por dolor en la rodilla izquierda y signos inflamatorios locales. Se refiere la historia de caer al suelo una semana antes. Al examen, el paciente tiene edema inflamatorio de la rodilla izquierda, dolor a la palpación y la movilización, derrame en la articulación y limitación de la flexión. Sin déficit neurológico evidente. Artrocentesis de la rodilla izquierda con drenaje purulento. Las pruebas de laboratorio mostraron leucocitosis con neutrofilia, aumento de la PCR y la VS Se diagnostica la artritis séptica de la rodilla izquierda, y el paciente se somete a artrotomía con lavado y colocación de sistema de perfusión de riego. Comienza la terapia con antibióticos. Microbiología: *Staphylococcus aureus* MSSA Durante el día 4 post-hospitalización, se desarrolla la tetraparesia ASIA C, de predominio en el brazo derecho, con nivel sensorial C5-C6, reflejos osteo-tendinosos presentes y Babinski bilateral. Realizó radiografía cervical, TAC y RMN: Fractura de la apófisis odontoides de tipo II (Anderson y Alonso) con

desplaza a la derecha del fragmento fracturado y luxación atlantoaxial con lesión medular cervical por C1. Angio-TAC cervical se realizó antes de la operación. Paciente sometido a instrumentación posterior del cuello y la fijación de C1-C2 con tornillos poliaxiales y varillas (operación de Harms). Se quedó con el collarín cervical durante 3 semanas y empezó a programa de rehabilitación física en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Resultados: A los 6 meses de seguimiento moviliza activamente los 4 miembros, con fuerza muscular de grado 3, sensibilidad conservada y se alimentan de forma independiente. Presentaba signos imagiológicos de estabilidad.

Comentarios y conclusiones: Se utilizan varias técnicas para la fijación atlantoaxial. Las abordajes anteriores e laterales se utilizan en circunstancias excepcionales, mientras que el abordaje posterior es la más utilizada y el resultado lo mejor. El abordaje posterior C1-C2 segundo la técnica de Harms es un método muy eficaz para estabilizar el complejo atlantooccipital. En relación con las otras técnicas de abordaje posterior como la Magerl, permite una mejor reducción después de la colocación de tornillos y barras, una visualización directa de la colocación de tornillos y menor riesgo de lesión arterial y neurológica. Aunque el paciente no presentó una recuperación total de los déficit neurológicos, la estabilización atlantoaxial obtenida por la técnica quirúrgica presentada permitió a lo paciente una mejor calidad de vida de cada día y con perspectivas de evolución con el mantenimiento del programa de rehabilitación física.

CC-238. FUSIÓN CIRCUNFERENCIAL LUMBAR VÍA TRANSFORAMINAL MINIMAMENTE INVASIVA (MIS TLIF). RESULTADOS

A. Mora de Sambricio, M. Rius Dalmau, I. Marimon Juan, M.D. Guerrero Morillo, F. Corbi Aguirre, J.A. Roig Llopis, M. Oldrati y W. Brill Kremer

Hospital de Manacor. Baleares.

Introducción y objetivos: Presentamos los resultados de la fusión circunferencial de 1 o 2 niveles del raquis lumbar por técnica MIS TLIF.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo con recogida prospectiva de datos. Entre octubre de 2007 y enero de 2012, se realizaron 37 artrodesis de columna lumbosacra para el tratamiento de diversos patrones de etiología (hernia discal, estenosis de canal segmentaria y espondilolistesis lítica o degenerativa) en 17 varones y 18 mujeres de edad media 44 años (30-72). Recogemos datos de la evolución clínica pre y postoperatoria, complicaciones quirúrgicas y sangrado intraoperatorio. Evaluamos la mejoría clínica mediante escalas de valoración EVA y Oswestry, y tratamiento farmacológico según escala analgésica de la OMS.

Resultados: La evolución media de los síntomas preoperatorios fue de 29 meses (1-146) y se realizó un seguimiento postoperatorio medio de 20 meses (4-40). Complicaciones intraoperatorias: 1 mayor (desgarro de la duramadre en 1 paciente), y 6 menores (sangrado profuso o necesidad de cambiar algún tornillo). La estancia media hospitalaria total y postoperatoria fue de 5,2 y 2,9 días respectivamente, con deambulación a los 2,4 días postoperatorios (1-13). Se utilizó aloinjerto en 6 casos y DBM en 33. No hubo alteraciones analíticas significativas, con transfusión en 2 casos. 30 pacientes habían recibido 1-4 infiltraciones peridurales previas en la Unidad del Dolor. 15 pacientes tuvieron alguna complicación en el seguimiento (persistencia o aparición de la radiculalgia y déficit neurológico), en 5 casos permanente. 15 pacientes (40,5%) reanudaron su actividad laboral o deportiva previa.

Comentarios y conclusiones: La artrodesis circunferencial MIS TLIF es técnicamente más compleja y requiere una curva de aprendizaje más larga que la técnica abierta, pero aunque sus resultados puedan equipararse a largo plazo, la técnica mínimamente invasiva supone una ventaja perioperatoria por su menor agresión tisular, sangrado claramente inferior y recuperación más rápida.

CC-239. RECIDIVA HERNIARIA: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

A. Isart Torruella, S. Martínez Martos, G. Vila Canet, M. Ubierna Garces, A. García de Frutos, G. Saló Bru y E. Cáceres Palou

Institut Universitari Dexeus. Barcelona.

Introducción y objetivos: La tasa de recidiva herniaria se presenta entre un 5-18% de casos. Incidencia se relaciona con actividad laboral de esfuerzo, edad inferior a 40 años, según nuestra serie. En aquellas que fracasa tratamiento conservador, no queda claro la necesidad de añadir artrodesis a la nueva discectomía. El objetivo es valorar la calidad de vida de los pacientes reintervenidos de hernia discal lumbar y los cambios radiológicos que presentan.

Material y método: 306 pacientes sometidos a cirugía primaria de hernia discal, se realiza estudio retrospectivo de 32 pacientes reintervenidos por recidiva herniaria en mismo nivel. Seguimiento 1-8 años. Edad media 40 años. 16 mujeres/16 varones. Veinte L5-S1; nueve L5-L4; dos L3-L4. Intervalo medio entre cirugías 26 meses. Se valora EVA lumbar/radicular, SF-36 y Oswestry. Radiológicamente se revisa: lordosis regional y del segmento afecto antes cirugía-final seguimiento y altura del disco. Análisis descriptivo, comparativo bivalente, chi-cuadrado.

Resultados: 28/32 pacientes han completado el estudio. 19 discectomía (grupo A)/9 artrodesis segmentaria (grupo B). 37,5% misma actividad laboral que precirugía, 12,5% invalidez, sin relación significativa con procedimiento quirúrgico. 53,1% realizan deporte habitualmente y 34,37% no precisan medicación. EVA medio 3,6 dolor lumbar y 3,8 radicular en grupo A como B. 11 puntos de media Oswestry, 40,82 SF-36 (físico) y 31,1 SF-36 (mental). Cambios radiográficos observamos aumento lordosis lumbar: 3,4° (51,7-55,1) en grupo A y 1,8° (44,6-46,4) en B, aumento altura del disco intervenido: 1 mm (9,7-9,97) en A y B y aumento lordosis segmentaria: 1,2° (27,4-28,6) en A y 2° (24,7-26,7) en B sin ser significativas. En cuanto a la relación de la lordosis segmentaria con el segmento afecto, encontramos 10° más de media en L5-S1 respecto otros niveles, relación estadísticamente significativa.

Comentarios y conclusiones: En nuestra experiencia no es obligatorio realizar fusión en todos los enfermos tratados quirúrgicamente por recidiva herniaria. Los resultados de calidad de vida y función no se relacionan con la técnica quirúrgica realizada (grupo A/B) en nuestra serie de pacientes intervenidos de recidiva herniaria.

CC-240. BALANCE CERVICAL TRAS ARTROPLASTIA CERVICAL DE BRYAN. INFLUENCIA DEL EFECTO CIFOSANTE EN EL RESULTADO CLÍNICO Y FUNCIONAL DE LA CIRUGÍA

C.E. de la Cabaña Orta, E. Hevia Sierra, A. Caballero García, J. Burgos Flores, C. Barrios Pitarque, J.J. Sánchez Ruas, P. Palacios Cabezas y J. Cervera Irimia

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: En este estudio se valora el alineamiento sagital de la prótesis de Bryan a un nivel, su influencia en el resultado clínico y funcional y la repercusión de la cifosis en la evolución de los segmentos adyacentes y osificación heterotópica.

Material y método: Se revisaron retrospectivamente 28 pacientes intervenidos de discopatía degenerativa mediante artroplastia de Bryan a un nivel, con edad media de 38 años (r: 31-60) y un seguimiento medio de 78 meses (r: 64-93). Se realizó medición radiológica preoperatoria y postoperatoria de la lordosis segmentaria y en Rx laterales dinámicas en flexo-extensión se midió el rango de movilidad de la prótesis ("shell angle"), del segmento (platillos adyacentes), degeneración del segmento adyacente (DSA) y la osificación heterotópica (OH). Se realizaron cuestionarios ODI, SFII, EVA axial y radicular pre y postoperatoriamente.

Resultados: El nivel más frecuentemente intervenido fue C5-C6. Lordosis segmentaria media preoperatoria de 2,8° (r: -8° a 12°) postoperatoria 3° (r: -10° a 15°). Angulación sagital media de la prótesis 2,1° (r: -10° a 8°). Hubo pérdida de lordosis en 11 pacientes (39,2%) siendo mayor en el inicio de la serie. Los 8 primeros casos tuvieron una pérdida de lordosis de 2° (1,75° a 0,33°), mientras que el resto de la serie (20) tuvo un incremento de la lordosis. La movilidad de la prótesis se ha mantenido en 23 de 28 pacientes (82%) aunque 7 (5%) presentaron OH sin que el ángulo sagital influyera significativamente, (3 con sífosis y 4 con lordosis). Hubo DSA en 9 pacientes (32,1%), 4 con cifosis postquirúrgica y 5 con lordosis. No hubo repercusión de la cifosis en relación al resultado de los test, no hubo complicaciones.

Comentarios y conclusiones: La prótesis de Bryan ha presentado marcada tendencia cifosante, con clara influencia de la curva de aprendizaje. Este desbalance sagital no condiciona una mayor predisposición a la disminución de movilidad, OH ni DSA.

CC-241. EFECTO CIFOSANTE DE LA PRÓTESIS DISCAL CERVICAL DE BRYAN. INFLUENCIA DE LA CURVA DE APRENDIZAJE Y DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

J.J. Sánchez Ruas, A. Caballero García, E. Hevia Sierra, J. Burgos Flores, C. Barrios Pitarque, J.C. Gutiérrez Gómez y J. Cervera Irimia

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Se reconoce el efecto de la cifosis del espacio discal cervical como factor desencadenante y agravante de la discopatía degenerativa discal en los segmentos adyacentes. La prótesis de Bryan ha sido la primera prótesis de disco cervical aprobada por la FDA y la que más publicaciones científicas tiene, por lo que es conocido su efecto cifosante. En esta revisión pretende estudiar el efecto cifosante de la prótesis a un solo nivel, la influencia de la técnica quirúrgica y de su curva de aprendizaje, así como la influencia de la cifosis en la evolución de los segmentos adyacentes con un mínimo de 5 años de seguimiento.

Material y método: Se revisan 28 pacientes, edad media 38 años (r: 31-60) intervenidos con prótesis discal cervical de Bryan a un nivel y tiempo medio de seguimiento 78,6 meses (r: 64-93). Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo cirujano en el mismo centro. Realizaron cuestionarios ODI, SF-12, EVA axial y radicular preoperatoriamente y a los 3, 6 y 12 meses postoperatorios, y después anualmente. Se realizó estudio radiológico postoperatorio y en las mismas fechas del seguimiento con RX AP, lateral y laterales dinámicas. Se analizó la colocación de la prótesis, la lordosis global y regional del segmento intervenido, así como la angulación sagital de la prótesis y su rango de movilidad. En el seguimiento final se valoró la presencia de degeneración del segmento adyacente según Hilibrand.

Resultados: El nivel más frecuentemente intervenido fue C5-C6 (46,42%) y el segundo en frecuencia C6-C7 (39,28%). Los resultados clínicos mostraron una mejoría estadísticamente significativa en todos los parámetros analizados. La lordosis segmentaria preoperatoria media fue 2,8° (r: -8-12) y postoperatoria 3° (r: -10 a 15), angulación sagital de la prótesis 2,1° (r: -10-8). Se presentó pérdida de lordosis en 24 pacientes (39,2%). En los primeros 7 casos de la serie con un seguimiento medio de 86,7 meses el incremento de cifosis del espacio intervenido fue de 2 (-3,7), en el segmento 4,7 (-3,13). En los últimos 7 casos con un seguimiento de 68,5 meses pasó a un incremento 5° (-2°, 11°) en el disco y 1,71° (-4°, 13°) en el segmento. La movilidad media final de las prótesis fue 7,2° (r: 0-18), con fusiones y/o movilidad de 1° en 5 casos (17,85%) (3 casos de fusión y 2 calcificaciones). Hubo degeneración del disco adyacente en 3 casos (10,7%), 2 grado II y 1 grado III de Hilibrand, que no precisaron reintervención. No se halló relación entre la lordosis postoperatoria y la pérdida de movilidad ni la degeneración de segmentos adyacentes con más de 4 años de seguimiento.

Comentarios y conclusiones: La prótesis de Bryan ha presentado buenos resultados clínicos, aunque con marcada tendencia cifosante en los primeros casos, con clara influencia de la curva de aprendizaje, si bien es cierto que los pacientes intervenidos partían de un estado cifótico secundario a la degeneración del espacio discal. El implante no ha presentado fracasos ni complicaciones, pero no evita la presencia de fusiones ni degeneraciones adyacentes.

CC-242. ESTUDIO DE OPTIMIZACIÓN DE LAS DOSIS RECIBIDAS POR PACIENTES ADOLESCENTES SOMETIDOS A EXPLORACIONES DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA VERTEBRAL CON AMPLIAS INSTRUMENTACIONES

J.J. Sánchez Rúas, E. Hevia Sierra, N. Blázquez Salvador, J. Burgos Flores, A. Bach Moya, C. Barrios Pitarque, L.I. Álvarez García de Quesada y O. Riquelme García

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Valorar las dosis que reciben los pacientes adolescentes sometidos a exploraciones diagnósticas de TAC de control de columna vertebral con amplias instrumentaciones tras intervenciones por escoliosis, y mostrar la posible reducción que se consigue optimizando los protocolos de rutina.

Material y método: El cálculo de dosis efectiva de un TAC de un paciente para control de una instrumentación de escoliosis se llevó a cabo utilizando la hoja de cálculo desarrollada por ImPACT. Para ello se necesita conocer el valor del índice de dosis de tomografía computarizada normalizado medido en aire (CTDI n), y el resto de los parámetros con los que se ha llevado a cabo la exploración (kV, mAs, t rot, pitch, y colimación). Para la medida del CTDI en aire, se han utilizado un detector de estado sólido de la marca RTI modelo CT-SD 16. También se calcularon los valores del CTDI vol y del producto dosis-longitud (DLP).

Resultados: El valor del CTDI vol que hemos obtenido para el protocolo de rutina de columna vertebral que utiliza el escáner en el que se ha realizado el estudio es de 22,9 mGy, valor que supera lo recomendado en la guía de Europea sobre Criterios de Calidad para TCMD del año 2004. Optimizando este protocolo se ha conseguido reducir el CTDI vol a menos de un 40% a costa de una degradación en la calidad de la imagen, pero de calidad suficiente para el objetivo clínico que perseguimos. Es decir, partiendo de una dosis efectiva equivalente a unas 1.000 radiografías de tórax se puede llegar hasta una dosis efectiva equivalente a realizarse del orden de 325 radiografías de tórax.

Comentarios y conclusiones: Un TC de control de grandes instrumentaciones de adolescentes sobrepasa las dosis recomendadas, por lo que debe valorarse siempre la correcta indicación para cada caso concreto. Además, atendiendo a la Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP), la legislación europea y española vigentes, si la exploración está justificada, deben optimizarse los protocolos para procurar que la dosis de radiación recibida sea siempre tan baja como sea razonablemente posible, sin menoscabo del valor diagnóstico de la misma.

CC-243. IMPORTANCIA DE LAS ESTRUCTURAS LIGAMENTOSAS VERTEBRALES POSTERIORES. ESTUDIO DE LA TENSEGRIDAD VERTEBRAL TORÁCICA PROXIMAL TRAS FUSIÓN POSTERIOR POR ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA

J.J. Sánchez Ruas, J. Burgos Flores, O. Riquelme García, C. Barrios Pitarque, E. Hevia Sierra, G. Pizá Vallespir, I. Sanpera y P. Doménech Fernández

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Analizar las características lesionales de los elementos ligamentosos posteriores de la columna torácica proximal artrodesada con tres tipos de montaje.

Material y método: Se estudian tres grupos de 10 pacientes cada uno con escoliosis idiopáticas del adolescente derechas, tipo 1 de Lenke, con características radiológicas similares y que fueron tratados por vía posterior utilizando tornillos pediculares. El grupo 1 se utilizaron dos tornillos pediculares en el nivel artrodesado superior, sin lesionar los elementos ligamentosos posteriores. En el grupo 2 se utilizó una uña sublamina en el lado izquierdo tras reseccionar el ligamento amarillo y hacer una hemilaminectomía parcial de la lamina más proximal a la instrumentada y un tornillo contralateral. En el grupo 3 se utilizaron proximalmente dos uñas sublaminares bilateralmente con resección completa de los ligamentos amarillo e interespinal. Se analizaron radiológicamente mediante tele-radiografías de columna en dos proyecciones las deformidades vertebrales producidas en cada uno de estos grupos y su evolución postquirúrgica durante un periodo de dos años.

Resultados: Ninguno de los pacientes del grupo 1 desarrolló deformidades significativas proximales a la instrumentación. Los pacientes del grupo 2 desarrollaron en todos los casos deformidad escoliótica con el ápex de la convexidad en el nivel donde se realizó la resección ligamentosa, esta deformidad se estabilizó después de los seis meses de la cirugía. El 30% de ellos desarrollaron angulaciones focales de más de 25° y escoliosis graves. Todos los pacientes del grupo 3 desarrollaron cifosis "juncionales" proximales a la instrumentación superiores a 20°, el 60% de más de 30° y el 30% superior a 50°. Esta deformidad se incrementó progresivamente en todos los casos durante los dos años de seguimiento.

Comentarios y conclusiones: Los elementos ligamentosos posteriores de la columna torácica tienen un rol prioritario en la estabilización vertebral porque mantienen la tensegridad intrínseca. La rotura de estos elementos provoca deformidades vertebrales específicas. La lesión unilateral del ligamento amarillo, escoliosis, y la bilateral hipercifosis. Este estudio evidencia la importancia de preservar la integridad de los elementos ligamentarios vertebrales posteriores y justifica la posibilidad del uso de plastias en los casos donde no sea posible mantener su integridad.

CC-244. COMPLICACIONES VASCULARES INTRAOPERATORIAS DURANTE LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE DISCO LUMBAR Y ESTIMACIÓN DE LA PROBABILIDAD DE NECESITAR UN CIRUJANO VASCULAR

J.J. Sánchez Ruas, E. Hevia Sierra, A. Caballero García, J. Burgos Flores, C. Barrios Pitarque, J.C. Gutiérrez Gómez, P. Doménech Fernández y G. Pizá Vallespir

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las prótesis de disco lumbar (PDL) precisan un abordaje anterior retroperitoneal a la línea media de los cuerpos vertebrales, con disección y separación de la vena iliaca izquierda, siendo la lesión de ésta una de las complicaciones más graves que puede presentarse. Se realiza una revisión retrospectiva de PDL analizando las complicaciones vasculares durante su colocación.

Material y método: Se revisan 67 pacientes operados consecutivamente de PDL entre junio 2006 y febrero 2010, con un mínimo de 2 años de seguimiento, analizando los que presentaron complicaciones vasculares intraoperatorias. Se compararon el sexo, la edad y el IMC como indicadores de la dificultad técnica del abordaje y los tiempos medios de cirugía, las pérdidas hemáticas y las incidencias postoperatorias como repercusión de las complicaciones.

Resultados: 40 varones y 27 mujeres, con edad media de 44,2 años e IMC de 24,4. Tiempo medio de cirugía de 178 minutos y pérdidas hemáticas medias de 213 cc. 6 pacientes (9%) presentaron lesión vascular que precisó de reparación: 4 varones y 2 mujeres, edad media de 43,1 años e IMC de 29,8. 3 lesiones de iliaca izquierda, 2 de la vena ilio-lumbar y una de la vena cava, todas reparadas por cirujano vascular, con tiempo medio final de 263 minutos (r: 180-450) y sangra-

do medio de 318 cc (r: 120-900), con necesidad de transfusión de 3 concentrados de hematies en un caso. No se presentaron complicaciones postoperatorias ni durante el seguimiento.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones de grandes venas tienen lugar en un considerable número de casos, siendo aconsejable la presencia de un cirujano vascular. La reparación de la lesión venosa prolonga significativamente la cirugía y aumenta el sangrado con probabilidad de necesitarse transfusión sanguínea.

CC-245. TORNILLO ILÍACO ÚNICO FRENTE A MÚLTIPLES EN FIJACIONES ESPINO-PÉLVICAS DE ESCOLIOSIS CON OBLICUIDAD PELVIANA Y FUSIONES POSTERIORES LARGAS

J.J. Sánchez Ruas, E. Hevia Sierra, J. Burgos Flores, C. Barrios Pitarque, J.C. Gutiérrez Gómez, P. Doménech Fernández, A. Caballero García y L.I. Álvarez García de Quesada

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Los tornillos ilíacos aumentan la fijación espino-pélvica y disminuyen el número de complicaciones y reintervenciones por fallos de los anclajes y pseudoartrosis. Se han publicado altas tasas de aflojamiento y roturas de tornillos ilíacos en fusiones posteriores largas a pelvis; por tanto, existe la necesidad de buscar técnicas de fijaciones ilíacas más estables. El objetivo de este trabajo es comparar el efecto de un tornillo ilíaco frente a varios en la fijación de montajes largos con inclinación pelviana. Se confrontan dos series similares de escoliosis operadas con fijación pélvica, una con un solo tornillo ilíaco bilateral y otra con más de un tornillo ilíaco en cada lado, comparando resultados finales, incidencia de complicaciones y de reintervenciones.

Material y método: Se seleccionaron 44 pacientes (edad media: 26 años; r: 11-67) con artrodesis largas posteriores con tornillos pediculares y fijación pélvica, y con seguimiento mayor de 2 años. En 24 casos se usó un único tornillo ilíaco en cada lado. En otros 20 casos se realizó la fijación espino-pélvica con múltiples tornillos (2 o más tornillos en cada lado). Ambas series fueron equiparables en cuanto a la etiología y tipo de la deformidad, tamaño de la curva principal, oblicuidad pélvica y niveles de fusión. Se analizaron las complicaciones, tasas de fusión lumbosacra, lisis alrededor de los implantes e incidencia de reintervenciones.

Resultados: Los tiempos quirúrgicos fueron similares. Los pacientes con montajes de múltiples tornillos presentaron menor número de complicaciones postoperatorias y mayores correcciones de la oblicuidad pélvica, sin casos desanclajes ni radiolucencias alrededor de los implantes (que fueron frecuentes en los pacientes con tornillo único). No obstante, las reoperaciones por rotura de barras fueron más frecuentes en los casos de fijación pelviana con múltiples tornillos.

Comentarios y conclusiones: Los anclajes espino-pélvicos con dos o más tornillos en cada ala ilíaca fueron más efectivos que los montajes con tornillo único para la corrección de la inclinación pélvica. La tasa de fallos de implante fue también baja. Por el contrario, las construcciones con mayor estabilidad implican una tasa mayor de pseudoartrosis lumbosacras que conllevan a la rotura de barras.

CC-246. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LA INFILTRACIÓN ESTEROIDEA EPIDURAL POR VÍA CAUDAL (IEEC) GUIADA POR FLUOROSCOPIA FRENTE AL TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO ORIGINADO

J. Cervera Irimia, F. Tomé Bermejo y R. Cibantos Martínez

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Son pocos los estudios prospectivos y aleatorizados sobre la eficacia de la infiltración esteroidea epidural por vía

caudal (IEEC), con resultados inconsistentes. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia de la IEEC guiada por fluoroscopia para reducir el dolor y mejorar la discapacidad asociada.

Material y método: Estudio comparativo, prospectivo y aleatorizado de 46 pacientes con dolor lumbar crónico de origen discal de > 3 meses de evolución. Se realizó asignación aleatoria para recibir IEEC guiada por fluoroscopia (grupo IEEC), o bien tratamiento mediante antiinflamatorios no esteroideos (grupo AINEs) por vía oral. Pacientes valorados clínicamente siguiendo indicaciones de la Sociedad Española para el Estudio de las Enfermedades del Raquis (GEER). Edad media 44 años. Duración media del dolor 7,12 años.

Resultados: A las 4 semanas, el valor para el Cuestionario Oswestry (ODI) no experimenta mejoría en el grupo IEEC, y un empeoramiento del 7,86% en el grupo AINEs. A las 4 semanas, el dolor lumbar medido mediante Escala Analógica Visual (EAV) no experimenta variación en ninguno de los dos grupos. A las 12 semanas, los valores medios para ODI y EAV no reflejan mejoría significativa en el grupo IEEC, mientras que se mantiene un empeoramiento del 6,84% del cuestionario ODI en el grupo AINEs.

Comentarios y conclusiones: A pesar de que la IEEC guiada por fluoroscopia pueda presentar alguna mejoría inicial en los pacientes que padecen dolor lumbar crónico originado por la patología discal lumbar, la eficacia real de este tratamiento no ha sido aun establecida.

CC-247. EVOLUCIÓN NATURAL DE LA HERNIA CERVICAL, "LA DE VERDAD"

J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, S. Cruz Morandé, I. Crespo Cullel, C. Villas Tomé y M. Alfonso Olmos

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Llamamos hernia "de verdad" a la que produce un cuadro radicular por territorio específico o mielopatía, no cualquier imagen de prominencia discal con dolores locorregionales o braquialgia imprecisa. Consideramos sintomatología radicular al dolor por territorio exacto, alteración de sensibilidad en el territorio correspondiente, déficit motor correspondiente, alteración de sus reflejos. Objetivos: conocer la historia natural de la hernia discal cervical.

Material y método: Estudio retrospectivo (2000-2011). Criterios inclusión: radiculopatía exactamente concordante. Imagen acorde a la clínica. Tratados por el mismo equipo quirúrgico. Indicación quirúrgica. Dolor inaceptable y/o afectación motora persistente en el tiempo o progresiva. 60% consulta de segunda opinión con intención de operarse.

Resultados: 223 pacientes codificados como hernia discal cervical. Excluidos pacientes con historia incompleta y aquéllos con diagnóstico de: discopatía cervical; cervicoartrosis; sd. subacromial (patología hombro); sd. túnel carpiano + discopatía; insuf. musculoligamentosa; estenosis canal cervical. 85 pacientes incluidos, 53 hombres, 32 mujeres. Edad promedio: 44 años. Niveles más afectados: C5C6 (42%) y C6C7 (38%). Concordancia clínica-imagen 100%. Tratamientos conservador 49 pacientes (56%) y quirúrgico 38 (44%). Tiempo promedio hasta cirugía: 7,8 m. Discectomía-artrodesis anterior: 98% (20% con placa). 1 paciente quimionucleolisis. 1 paciente hemilaminectomía posterior. Tratamiento conservador: medicación: AINEs, corticoides (95% pacientes). Tiempo desaparición de los síntomas: 7,2 meses.

Comentarios y conclusiones: Diagnóstico: anamnesis y exploración pueden ser suficientes, la imagen es confirmatoria. Importante conocer la patología de extremidad superior. La evolución natural es a la remisión total de los síntomas en un porcentaje del 75% en un plazo 7 meses, primero dolor, luego fuerza y finalmente las alteraciones sensitivas. En Centro de segunda opinión (60% de pacientes), mayor % de cirugía. El resultado es similar con artrodesis con o sin placa. En algunos casos muy seleccionados el abordaje posterior puede estar indicado. Poca literatura sobre tratamiento conservador en revistas especializadas. La historia clínica incompleta disminuye N y opciones de estudios.

CC-248. VERTEBROPLASTIA MULTINIVEL: ¿DÓNDE ESTÁ EL LÍMITE?

J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, Í. Crespo Culler,
S. Cruz Morande, J. Gallego Bustos, C. Villas Tomé
y M. Alfonso Olmos

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: El número máximo de niveles en un solo tiempo que pueden ser tratados de forma segura con vertebroplastia es aún desconocido. Varios autores marcan como límite los 3 niveles en un sólo tiempo. Nuestro objetivo es estudiar el impacto de la vertebroplastia en 4 vértebras o más en un mismo acto quirúrgico.

Material y método: Hemos revisado de manera retrospectiva aquellas intervenciones de más de 3 niveles realizadas en un solo tiempo entre 2008 y 2011 en nuestro centro, valorando el dolor (VAS) previo y al final de la hospitalización, las complicaciones derivadas del procedimiento, así como el análisis de pruebas de imagen a nivel vertebral y pulmonar a fin de cuantificar las fugas de cemento y el riesgo de embolismo pulmonar.

Resultados: Los 18 procedimientos suponen una media de 4,9 vértebras en cada tiempo (4-9), haciendo un total de 88 vértebras. La edad media es 66 (48-86) con seguimiento de 18 meses (2-76). Nueve casos fueron por osteoporosis primaria, 7 por osteoporosis secundaria y 2 metástasis. El VAS en 15 procedimientos se redujo de 8,2 a 1,5 al final de la hospitalización ($p < 0,001$). En 9 intervenciones se utilizó cemento de baja densidad y en otras 9 de alta densidad con un 77% y un 66% respectivamente de fugas de cemento por lo menos en un nivel ($p > 0,05$). El estudio global de los pacientes con TAC pulmonar o radiografía de tórax mostró signos de embolización de cemento en 48,64% de los casos. 39% mostraron signos de hipotensión durante el tiempo quirúrgico o en las primeras 24 horas. Hubo un caso de tromboembolismo pulmonar sintomático.

Comentarios y conclusiones: Una indicación apropiada, técnica y la colaboración con el equipo de anestesia, hace de la vertebroplastia multinivel (4 o más vértebras) un procedimiento seguro y eficaz con bajos índices de complicación, incluso en pacientes con alta comorbilidad.

CC-249. EFICACIA DE LAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS PARA EVALUAR LOS CAMBIOS EN LA MASA DE FUSIÓN ÓSEA USANDO MATRIZ ÓSEA DESMINERALIZADA: ESTUDIO EXPLORATORIO EN 9 PACIENTES OPERADOS DE PATOLOGÍA DEGENERATIVA LUMBAR

M. Aciego de Mendoza Gómez, C. Sacramento Domínguez
y D. Josep de Bergua

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción y objetivos: Uno de los factores que influye en la formación de masa de fusión ósea posquirúrgica es el aporte de injerto óseo. La efectividad del uso de la matriz ósea desmineralizada es incierta. El objetivo es evaluar el grado de consolidación alcanzado al año posquirúrgico en pacientes intervenidos por patología degenerativa lumbar.

Material y método: Se incluyeron 9 paciente intervenidos por patología degenerativa lumbar con aporte de injerto autólogo y alogénico, en la misma cantidad a nivel intertrasverso de forma bilateral y aportando matriz ósea desmineralizada únicamente en el lado contralateral al lugar de abordaje del cirujano. Los pacientes fueron evaluados con una radiografía A-P y/o TAC al año de intervención por un radiólogo a ciego simple. El radiólogo informaba de la zona (derecha o izquierda) donde observaba mayor densidad (variable dependiente).

Resultados: La edad fue: 55 ± 8 años, 5 mujeres y 4 hombres. En 7 pacientes se colocó la matriz ósea desmineralizada en el lado derecho de la columna vertebral y en 2 pacientes se colocó en el lado izquierdo. El grado de concordancia entre el lado donde se ubicó la matriz y donde el radiólogo informó de mayor densidad en la masa de fusión ósea fue del 100% (índice Kappa = 1; $p = 0,003$).

Comentarios y conclusiones: El resultado sugiere que la valoración radiológica experta posquirúrgica es un criterio fiable en los cambios de masa de fusión ósea cuando se llevan a cabo estudios con matriz ósea desmineralizada.

CC-250. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE 14 CASOS DE ESPONDILODISCITIS

M. Martínez Ibeas, J.M. Cortés Villar, L. García Flórez,
V. García Virto, R. Hernández Ramajo y B. García Medrano

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La espondilodiscitis es la infección más frecuente a nivel vertebral, cursando con síntomas larvados como son dolor lumbar, fiebre y síndrome constitucional. La región más afectada suele ser a nivel lumbar, y el organismo más frecuente es el *S. aureus* seguido del *S. epidermidis*, aunque la causa más frecuente iatrogénicamente es la cirugía vertebral. El objetivo es la revisión de los tratamientos seguidos y la evolución clínica de los pacientes, así como una revisión bibliográfica.

Material y método: Se ha realizado un estudio 14 pacientes intervenidos y tratados en nuestro servicio desde 2007 hasta enero de 2012, con un seguimiento medio de un año y medio. El 57% son hombres y el 43% son mujeres. Los niveles más afectados por orden de frecuencia son 30% afectación columna dorsal y el 70% con afectación lumbar, dentro de la afectación lumbar, mayor afectación de L3-L4 y L5-S1. El diagnóstico se basó en la exploración clínica utilizando la Escala Analógica (EVA) de dolor pre y postquirúrgica, y en las pruebas de imagen, radiología, resonancia magnética y gammagrafía, completándose con cultivos post-biopsia en el 95% de los casos.

Resultados: En todos ellos se instauró tratamiento antibiótico según las pautas establecidas por el Servicio de Infecciosos y según antibiogramas, durante seis semanas como mínimo. En el 92% de los casos se realizó punción-biopsia más lavado del espacio discal. Seis pacientes tuvieron que volver a ser reintervenidos, realizándose en tres de ellos artrodesis circunferencial posterolateral, y en los tres restantes se practicó un abordaje anterior con corpectomía más malla de Moss, injertos de cresta ilíaca y placa anterior lumbar. Uno de estos últimos casos, tuvo que ser reintervenido ampliando la artrodesis un nivel superior y otro inferiormente. El dolor postquirúrgico mejoró en prácticamente todos los casos, y la adhesión al tratamiento fue de un 92%.

Comentarios y conclusiones: La espondilodiscitis es una infección poco frecuente que hay que sospechar frente a un cuadro de lumbalgia crónica acompañado de febrícula y síndrome constitucional. Principalmente afecta a la región lumbar, predominantemente a nivel L2-L3 y L5-S1, seguido posteriormente de la charnela dorsolumbar. Los estudios de imagen junto con los cultivos microbiológicos son de gran ayuda para el tratamiento. Dentro de los principales microorganismos causantes de la infección encontramos más frecuentemente *S. aureus* y *S. epidermidis*. Si falla el tratamiento antibiótico y ortopédico, el tratamiento quirúrgico es de elección, obteniendo buenos resultados. Nuestros resultados son similares a los obtenidos en la bibliografía revisada.

CC-251. FIJACIONES HÍBRIDAS TRANSPEDICULARES EN CIRUGÍA LUMBOSACRA. A PROPÓSITO DE 19 CASOS

A. Vidal Rodés, J. Abancó Sors, C. Bes Fuster, N. Selga Jorba,
J.M. Sánchez-Freijo Fernández, C. Aranda Grijalbo, M. Bonjorn Martí
y J. Cortés Cubero

Xarxa Assistencial Althaia. Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentamos los resultados preliminares sobre una revisión de artrodesis lumbares mixtas con los sistema

Dynesis DTO y Legacy Agile. El objetivo es describir los resultados clínicos a corto y medio plazo y, en un futuro, analizar también la influencia de este tipo de fijación sobre el disco adyacente. Nuestra unidad cree en una fijación mixta que proteja al disco adyacente. Por ello habitualmente realizamos artrodesis y colocamos un dispositivo interespinoso tipo Wallis o Intraspine en los pacientes con indicación de artrodesis lumbar. Reservamos los sistemas mixtos basados en fijación con tornillo transpedicular en los casos de insuficiencia de las espinosas por exéresis previa para uso como injerto o inestabilidad por espondilolistesis ismíca en que los anteriores dispositivos están contraindicados.

Material y método: Analizamos 19 pacientes, 12 de los cuales presentan espondilolistesis ismíca sintomática y 7 pacientes con fracaso de cirugía previa y ausencia de espinosas. De estos pacientes, 13 fueron artrodesados a 1 nivel, 4 pacientes a 2 niveles y 2 pacientes a 3 niveles. Todos ellos con un sistema dinámico en el nivel superior. 11 pacientes son mujeres y 8 son hombres, con una edad media de 47,31 años (rango de 32 a 63 años). El Follow-up medio es de 33,31 meses (rango de 7 a 54 meses). De los operados hay 17 implantes Dynesis DTO y 2 Legacy Agile. La información fue recogida de forma retrospectiva tomando en cuenta el nivel de satisfacción del paciente, el dolor pre y postoperatorio, la dependencia de analgésicos y estudio del grado de Pfirrmann de los niveles L2 a S1.

Resultados: Como complicaciones hay un caso de infección, que se resolvió con un lavado quirúrgico y antibioterapia y un caso que se tuvo que reartrodesar un nivel por encima. Los resultados clínicos en el Follow-up de los 19 pacientes son los siguientes: dolor lumbar bien tolerado y satisfechos con el resultado de la cirugía y poca necesidad de analgésicos: 12 pacientes (61,1%). Dolor lumbar y persistencia de radiculopatía: 5 pacientes (27,7%). Mucho dolor lumbar, persistencia de radiculopatía y dependientes de altas dosis de medicación analgésica: 2 pacientes (11,1%).

Comentarios y conclusiones: Hay artículos que hablan a favor y otros que hablan en contra del beneficio para el disco adyacente de este tipo de fijación. Pensamos que la indicación de la fijación híbrida (rígida caudal y dinámica craneal) con sistemas transpediculares es un recurso a tener en cuenta en pacientes con discopatía moderada adyacente a una fusión para prevenir la enfermedad del disco adyacente. En general hemos observado un beneficio clínico a corto y medio plazo en los pacientes en que hemos indicado este tipo de cirugía. Sería necesario un follow-up más largo.

CC-252. FUSIÓN INTERSOMÁTICA MEDIANTE ABORDAJE LATERAL EXTREMO

C. Rodríguez Moro, F. Álvarez-Sala Walther, J. Areta Jiménez, J.L. Bernacer López, M.A. Castrillo Amores y J. Cobo Soriano

Hospital Central de la Defensa. Madrid.

Introducción y objetivos: La fusión intersomática mediante abordaje lateral extremo permite introducir cajas sin alterar las partes ventral y dorsal del anulus y ligamentos longitudinales. El objetivo de esta comunicación es presentar los resultados preliminares y las complicaciones encontradas en pacientes tratados por patología degenerativa lumbar, escoliosis degenerativa, cirugía de revisión tras intento de fusión posterolateral o por patología de segmento adyacente. Se describe la técnica quirúrgica.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de 26 pacientes consecutivos a los que se intervinieron 37 niveles. Las variables recogidas incluyen tiempo de cirugía, pérdida de sangre estimada, tiempo de ingreso y complicaciones. Se midieron las correcciones en los planos lateral y anteroposterior. Se revisaron las radiografías

durante las revisiones en consulta para comprobar la fusión intersomática.

Resultados: El tiempo de cirugía, pérdida sanguínea estimada y tiempo de hospitalización fueron de media 105 min, 190 cc y 3,8 días. El tiempo de seguimiento medio ha sido de 10,7 meses. 19 pacientes muestran imágenes de artrodesis en Rx dinámicas de columna lumbar. Se encontró una corrección media de 3,6° en el plano coronal y de 2,6° en el plano sagital. En 11 pacientes con escoliosis degenerativa lumbar la media del ángulo de corrección fue de 10,5°. La complicación más frecuente fue dolor en región inguinal y muslo. Las escalas de evaluación mostraron una mejoría en la mayoría de los casos.

Comentarios y conclusiones: El abordaje lumbar lateral extremo para realizar una fusión intersomática requiere tiempos de cirugía cortos, con poca pérdida sanguínea y periodo de hospitalización corto. Es efectivo mejorando la deformidad en el plano coronal y ganando lordosis en el segmento instrumentado. En las escoliosis degenerativas permite hacer paralelos los platillos vertebrales de los segmentos instrumentados. La tasa de fusión intersomática es elevada. Las complicaciones encontradas han sido transitorias.

CC-253. TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS VERTEBRALES EN EL PACIENTE OSTEOPORÓTICO. REVISIÓN DE CASOS

L. Zorita Urricelqui, C. Rubio Codina, C. Lozano Marin, J.I. Aurrekoetxea Argandoña, I. Herrera Cuevas y F. Nogueras de la Obra

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La fractura vertebral es una de las patologías más frecuentes consecuencia de la osteoporosis. Resultan en una deformidad cifótica con consecuencias cosméticas, psicológicas, neurológicas y funcionales. El tratamiento en nuestro centro en principio es conservador con analgésicos, reposo e inmovilización con corsé. En caso de déficit neurológico o dolor intratable recurrimos a la vertebroplastia o cifoplastia y en menor medida a la artrodesis tanto abierta como percutánea.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo de las fracturas vertebrales osteoporóticas en mayores de 65 años en nuestro centro en 2010 tratadas de forma conservadora o mediante vertebroplastia, cifoplastia o artrodesis tomando como valores el índice Oswestry y VAS a los 6 meses posfractura, el ángulo sagital y el porcentaje de compresión vertebral anterior en el momento de la fractura y a los 6 meses y las complicaciones posfractura. Se exponen además casos de años anteriores.

Resultados: Dentro del tratamiento conservador, la mayoría de las fracturas fueron tipo acunamiento mientras que encontramos una mayoría de bicóncavas en el grupo de vertebroplastia. Dentro de las complicaciones, en el tratamiento conservador hubo 3 complicaciones respiratorias y 1 muerte por esta causa. Dentro de la vertebroplastia, encontramos 1 muerte por patología respiratoria y otra por embolismo pulmonar de cemento. Se produjo 16,6% de nuevas fracturas vertebrales en el grupo de vertebroplastia frente a 4,87% del grupo conservador. No encontramos complicaciones en el grupo de la cifoplastia ni en la artrodesis.

Comentarios y conclusiones: La mayoría de las fracturas vertebrales en el anciano evolucionan bien con tratamiento conservador. A pesar de esto, es importante dudar de la benignidad del colapso osteoporótico, especialmente en cifosis de tránsito y fracturas múltiples. Debemos identificar los factores de riesgo e indicaciones de los procedimientos percutáneos y, en caso de recurrir a la artrodesis, tener en cuenta la densidad ósea al elegir los implantes.

DOLOR (CC-254-CC-257)

CC-254. RIZOLISIS E INFILTRACIÓN PERIDURAL: PROCEDIMIENTOS ÚTILES EN EL CONTROL DEL DOLOR LUMBAR Y RADICULAR

D. Iglesias Aparicio, P. Peleato Gistau, S. Ferrer Peirón, E. Joven Aliaga, C. Schinder, C. Martínez Cornago, F. Alarcón y M. Alsina Pujol

Hospital de Barbastro. Huesca.

Introducción y objetivos: El dolor lumbar es el principal motivo de consulta en la consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología, constituye una de las principales causas de absentismo laboral así como de gasto para la sanidad. Las articulaciones interapofisarias son el origen del dolor lumbar en un gran porcentaje de los casos; en otras, el origen son las discopatías, en otras es muscular y en muchas ocasiones es una combinación de varias. Existen diversas técnicas percutáneas para el tratamiento sintomático del dolor lumbar y/o cialgia como son la rizolisis facetaria lumbar por radiofrecuencia o la infiltración peridural caudal a través del hiato sacro.

Material y método: Analizamos 221 pacientes con lumbalgia y/o cialgia crónica tratados de forma percutánea: a. 156 pacientes presentaban lumbalgia (75 rizolisis, 75 rizolisis e infiltración peridural y 6 infiltración peridural aislada) b. 60 pacientes lumbociatalgia (rizolisis e infiltración peridural) y c. 5 cialgia aislada (infiltración peridural). Criterios de exclusión: criterios de urgencia de cirugía abierta.

Resultados: Se consiguió una disminución en la escala EVA de dolor de 3,85 puntos al mes del tratamiento, siendo los pacientes con lumbalgia o lumbociatalgia a los que se les realizó rizolisis e infiltración peridural los que mejor resultado clínico obtuvieron en la reducción de dolor en dicha escala (4,08 y 4,45 respectivamente) No se encontró complicación alguna en nuestra revisión. Se ha conseguido reducir la derivación de pacientes con dolor raquis a unidades especializadas quirúrgicas de columna, de un 17% a un 1,2% respecto a una revisión anterior a la introducción de estas técnicas.

Comentarios y conclusiones: Las técnicas percutáneas del tratamiento del dolor lumbar raquídeo son eficaces y seguras, así como reproducibles por un personal adecuadamente formado, y consideramos que una adecuada selección de los pacientes, así como una correcta indicación obtienen resultados duraderos en el tiempo ayudando a disminuir el impacto sobre la actividad cotidiana de estos pacientes. Somos partidarios de asociar a la rizolisis una infiltración peridural caudal dado que nuestra serie los resultados son más satisfactorios, y dado que el origen del dolor lumbar generalmente es multifactorial y no sólo facetario.

CC-255. MIEMBRO FANTASMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

H. Gómez Santos, M.C. Sanz Pascual, J. Díaz Heredia, M.A. Ruiz Iban, C. Justo Astorgano, C. Hernández Galera, T. del Olmo Hernández y P. García Medina

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: El dolor del miembro fantasma es una forma de dolor neuropático que afecta de un 50 a un 80% de los amputados, según las series. Su diagnóstico es difícil y su tratamiento complejo, pues no existen guías terapéuticas protocolizadas.

Material y método: Paciente de 9 años, sin antecedentes personales de interés, que es intervenido en numerosas ocasiones en nuestro centro por isquemia del MID tras luxación de rodilla reducida in situ, esquiando 4 días antes. Requiere 3 intervenciones quirúrgicas en un intento de preservar la extremidad, practicándole finalmente una amputación supracondílea ante la inviabilidad del miembro.

Resultados: El paciente debutó en el postoperatorio inmediato con clínica compatible con el síndrome del miembro fantasma, precisando tratamiento médico e interconsulta a la unidad del dolor para su manejo -rivotril y gabapentina en pauta ascendente- Actualmente el paciente deambula con una ortesis protésica adaptada, con resolución del cuadro, sin haber presentado complicaciones adicionales.

Comentarios y conclusiones: El dolor del miembro fantasma puede resultar incapacitante. Su probabilidad de aparición es mayor después de la amputación de un miembro con dolor crónico. La probabilidad de éxito del tratamiento parece radicar en parte en la precocidad con la que este se administra. De ahí la importancia de hacer un diagnóstico temprano e implementar un tratamiento precoz o incluso preventivo para lograr resultados satisfactorios. La gabapentina ha demostrado efectividad profiláctica en estos casos. Su seguridad en niños menores de 12 años en monoterapia no ha sido establecida, no obstante, se acepta su uso en niños de 3-12 años en combinación con otros antiepilepticos.

CC-256. INFILTRACIÓN ECOGUIADA DEL NEUROMA DE MORTON. EN PRIMERA LÍNEA

L. Atilano Santos, J.I. Martín Gómez, J. Merino Pérez y L.M. Areizaga Hernández

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: El neuroma de Morton consiste en una fibrosis perineural con proliferación vascular y degeneración axonal del nervio interdigital plantar común. Nuestro objetivo principal consiste en determinar la eficacia de la infiltración percutánea de corticoides guiada por ecografía en el tratamiento del dolor.

Material y método: Se ha realizado un tratamiento percutáneo guiado por ecografía de 18 neuromas de Morton en 13 pacientes entre marzo de 2011 y febrero de 2012. Para evaluar la eficacia del tratamiento se ha empleado una escala numérica y una ecografía de control para evaluar la disminución del tamaño.

Resultados: Los resultados han sido estadísticamente significativos comparando la disminución del dolor antes del tratamiento y al mes del primer tratamiento o al final del mismo. Aunque siete de los 13 pacientes han requerido una segunda infiltración, el tiempo medio para la recidiva del dolor ha sido de 4,57 meses. En 9 casos disminuyó el tamaño y en 2 se objetivó la desaparición del neuroma.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento percutáneo con corticoides guiado por ecografía del neuroma de Morton resulta eficaz en el control del dolor a corto-medio plazo en la mayoría de los pacientes. La ausencia de efectos adversos importantes, la posibilidad de ser reproducible y la alta tolerancia de los pacientes al mismo, deberían convertir esta técnica en la primera línea terapéutica, reservando la cirugía para aquellos casos refractarios con mala respuesta al tratamiento percutáneo.

CC-257. EFECTIVIDAD ANALGÉSICA DE CLORURO MÓRFICO SUBCUTÁNEO FRENTE A CITRATO DE FENTANILO SUBLINGUAL COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN EL DOLOR AGUDO POSTINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

M.P. Muniesa Herrero, M.T. Espallargas Doñate, C. Martín Hernández, A. Castro Sauras, D. García Aguilera, M. Ranera García, A. Fuertes Valcorba y J.V. Díaz Martínez

Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Introducción y objetivos: Valorar eficacia analgésica y tolerabilidad de Citrato de fentanilo oral transmucosa (CFOT) El dolor postoperatorio es un dolor agudo, principalmente nociceptivo, predecible en cuanto a duración (1 a 7 días) e intensidad (moderada e intensa), aunque la vivencia subjetiva del dolor y los factores multivariantes

que actúan sobre él, pueden modificar la respuesta al mismo. En el grupo de dolor de moderado a intenso se encuentran los procedimientos quirúrgicos más agresivos, entre ellos la prótesis total de rodilla (PTR), en los que precisamos pautas analgésicas potentes. La artroplastia de rodilla se asocia con un dolor postoperatorio moderado-severo, especialmente manifiesto en las primeras 24-48h. El control de éste es esencial para asegurar el bienestar del paciente, así como una rápida movilización de la articulación y, por tanto, una rehabilitación temprana. El citrato de fentanilo oral transmucosa (CFOT) tiene una rápida absorción por la mucosa oral con farmacocinética comparable a la administración de opioides hidrofílicos por vía intravenosa. Sin embargo, dicho mecanismo de absorción, al ser transcelular (sustancia lipofílica, no ionizada), es más rápida que en el caso de la morfina que es hidrofílica e ionizada.

Material y método: Muestra formada por 30 pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla entre los meses de enero, febrero y marzo en el Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se realiza un estudio cuasiexperimental: Ensayo antes-después de eficacia analgésica tras administración de opioide de rescate. Los pacientes se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos: con pauta de Cloruro mórfico subcutáneo (1 ampolla), otro con pauta de Citrato de fentanilo oral transmucosa (1 comprimido de 100 ng). La equipotencia analgésica de 100 µg de citrato de fentanilo es equiparable a 12 mg de cloruro mórfico (1 ampolla = 10 µg) de cloruro mórfico, aproximadamente. El grado de gonartrosis de todos pacientes era de IV, el 90% previo a la cirugía necesitaba una pauta analgésica de 2º escalón de la OMS, al 93% se les realizó anestesia raquídea y se siguió el nivel de dolor postoperatorio durante 48 horas, recogiendo nivel de dolor antes y después de administrar rescate con ambos opiáceos.

Resultados: El estudio registró existencia de diferencias significativas en cuanto a eficacia de control analgésico antes-después de administración del opioide de rescate a favor del citrato de fentanilo sublingual, $p = 0,010$ ($p = 0,05$). La evaluación de efectos secundarios demostró buena tolerancia de ambos fármacos y el patrón de descanso nocturno (escala MOSS modificada) fue similar en ambos grupos.

Comentarios y conclusiones: El CFOT puede utilizarse como analgésico de rescate por su rapidez y seguridad, para el tratamiento del dolor irruptivo asociado a intervenciones quirúrgicas. Presenta una fácil y cómoda administración, con gran aceptación por parte de los pacientes. Numerosos trabajos avalan su indicación para el tratamiento del dolor irruptivo oncológico, sin embargo su uso aún no está suficientemente extendido en el entorno postoperatorio.

HOMBRO (CC-258-CC-332)

CC-258. EVOLUCIÓN DE LOS BIOMATERIALES EN ANCLAJES ÓSEOS PARA EL TRATAMIENTO EN LA PATOLOGÍA DE HOMBRO

A. Sánchez García-Ortega, R. Méndez Durán, J.M. Mariscal Peralta, A. Hueso Macías, D.J. Moriel Garceso y A. Abejón Ortega

Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción y objetivos: Los anclajes de sutura han sido un avance importante en la reparación de las lesiones del hombro, desde el inicio de la artroscopia a principios de los 80. En la actualidad los anclajes (metálicos o bioabsorbibles) van siendo reemplazados por suturas transóseas. Existen múltiples estudios que comparan la estabilidad de los diferentes anclajes existentes y suturas transóseas.

Material y método: Se han revisado 24 artroscopias de hombro (en dos de ellas se realizó una acromioplastias de descompresión). Nueve casos corresponden a la sutura del manguito de los rotadores (7 hombres: 2 mujeres) con una edad media de 49,2 años de edad. Trece casos corresponden a inestabilidad (12 hombres: 1 mujer) con una edad media de 22 años. Para la reparación del manguito se ha utilizado un implante reabsorbible (Biozip 5 mm, Stryker) con una media de implante por paciente de 1,4. Para la reparación de las inestabilidades se han utilizado un implante reabsorbible de 3 mm (X-cell, Stryker) con un número medio 2,8 implantes por paciente.

Resultados: En estos años ocurrieron dos fracasos de los implantes X-cell durante el acto quirúrgico, siendo sustituidos por un implante de biozip, sin ningún tipo de incidencia. Lo replisagge se realizan con implantes biozip.

Comentarios y conclusiones: Las suturas metálicas en la actualidad no se utilizan en la patología articular. Los implantes metálicos se dejaron de usar por su alto riesgo de complicaciones cuando fracasan actualmente se está comenzando a usar las suturas transóseas al tener menos tasa de complicaciones, aunque aún no existen estudios al respecto. En los estudios revisados no existen diferencias significativas entre el uso de los diferentes tipos de anclajes.

CC-259. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS LUXACIONES ACROMIOCLAVICULARES TIPO III, IV, V Y VI. DOS OPCIONES TERAPÉUTICAS

A. Utrillas Compaired, R. Viana López, I. González Gómez y A. Minuesa Asensio

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción y objetivos: Evaluar y comparar los resultados del tratamiento quirúrgico de las luxaciones acromioclaviculares tipo III, IV, V y VI mediante dos técnicas: plastia con tendón semitendinoso (cirugía abierta) y Tightrope (artroscópico).

Material y método: Se han revisado 3 pacientes intervenidos mediante cirugía abierta llevando a cabo una reconstrucción de los ligamentos conoide, trapezoide y acromioclavicular mediante una plastia autóloga de tendón semitendinoso, y tres pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica, reconstruyendo los ligamentos conoide y trapezoide mediante un dispositivo denominado Tightrope (Arthrex), todos ellos con un seguimiento mínimo de un año, comparándose los resultados entre los dos grupos.

Resultados: Se revisan y comparan los resultados funcionales obtenidos mediante dos técnicas que reconstruyen los ligamentos coracoacromiales y acromioclaviculares de al año de la intervención quirúrgica.

Comentarios y conclusiones: Se observa que las dos técnicas son igualmente válidas en el tratamiento de las luxaciones acromioclaviculares tipo III, IV, V y VI, ya que se han obtenido muy buenos resultados anuales de funcionalidad y síntomas de este tipo de lesiones.

CC-260. LUXACIÓN ATRAUMÁTICA DE HOMBRO EN RESIDENTE EN COT

A.A. Rodríguez León, J.M. Sánchez Siles, F.J. Martínez Malo, I. Gormaz Talavera, I. Menéndez Quintanilla, R. López Arévalo y F. Villanueva Pareja

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Caso clínico de un residente en COT en el que se ilustra la importancia de la historia clínica y la correcta elección de pruebas complementarias.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 28 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, salvo práctica de balonmano en categorías inferiores. Sufre episodio de luxación traumática de hombro derecho (dominancia: miembro contralateral) en octubre 2011, tratada de forma conservadora mediante 3 semanas de inmovilización, seguida de dos meses de rehabilitación.

Resultados: Reincorporación al trabajo a las 4 semanas del episodio. Movilidad normal tras rehabilitación, clínica asociada de bloqueos dolorosos con chasquido audible y sensación subjetiva de inestabilidad. Exploración: movilidad completa con suplecia escapular. Bloqueos para los movimientos de la articulación glenohumeral por encima de 90° de antepulsión. Dolor difuso a la palpación del reborde anterior de la glena. Fuerza conservada. Pruebas complementarias: radiología: lesión osteocondral evolucionada en polo superior del húmero, extraarticular. RMN sin contraste: derrame articular. No alteraciones de partes blandas. RMN a las 6 semanas del episodio: sin cambios respecto a exploración anterior. A los 4 meses nueva luxación traumática. Pruebas complementarias: radiología: sin cambios respecto a exploración anterior. RMN con contraste: cuerpo libre a modo de ratón intraarticular, de aspecto osteocondral. Desinserción de labrum anterosuperior. Se realiza artroscopia: reanclado de labrum con tres arpones, extracción de cuerpo libre y avivamiento de lesión osteocondral. Tras 4 semanas de inmovilización se comienza protocolo rehabilitador. Actualmente en tratamiento, se va restituyendo el balance articular, ha desaparecido el bloqueo, no existe dolor y subjetivamente se percibe la articulación como “estable”.

Comentarios y conclusiones: La luxación traumática de hombro en paciente joven suele estar ligada a lesión articular. Es fundamental una buena historia clínica y una correcta elección de pruebas complementarias para no demorar el tratamiento necesario. Las técnicas artroscópicas permiten una buena solución a las inestabilidades glenohomerales.

CC-261. TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LOS QUISTES PARALABRALES GLENOHOMERALES

A. Ortiz Gallego, J. Tercedor Sánchez, J.J. Robles Molina y R. Jodar Graus

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Los quistes paralabiales pueden observarse entre un 2-4% de la población general, generalmente durante la 2ª-4ª década de la vida. Miden entre 10 y 20 mm y se sitúan generalmente en la zona postero-superior de la glenoides. Esta entidad es raramente incluida en el diagnóstico diferencial del dolor de hombro, aunque puede producir una sintomatología similar a otras entidades como la tendinosis o rotura del manguito, lesiones del labrum, inestabilidades, etc.

Material y método: Presentamos 3 casos, 2 varones (44 y 55 a) y 1 mujer (43 a), diagnosticados de quistes paralabiales glenohomerales asociados a lesiones tipo SLAP. La reparación se realizó de forma empleado artroscopia, procediéndose a la reparación del labrum con suturas con anclaje y a drenaje del quiste. Valoración de resultados mediante exploración física de la movilidad, escalas CONSTANT Y UCLA, RMN pre y post-operatoria.

Resultados: Los resultados tras la cirugía fueron satisfactorios con una importante mejoría funcional, tanto en el arco de movimiento como en el dolor y consumo de analgesia.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico puede emplear técnica de cirugía abierta o artroscópica. Ambos métodos obtienen mejores resultados que el tratamiento conservador mediante fisioterapia. Las ventajas de la artroscopia son la menor morbilidad, posibilidad de reparar las lesiones del labrum y recuperación más rápida.

CC-262. ESTABILIZACIÓN ARTROSCÓPICA DE LA LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR MEDIANTE TÉCNICA DE BUCLE

B. García Medrano, M. Brotat Rodríguez, P. Beltrán de Heredia Rentería, J.M. Cortés Villar, F. Rodríguez-Monsalve Milano y R. García Fraile

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La mayoría de las luxaciones acromio-claviculares son tratadas ortopédicamente; pero por persistencia de síntomas o desplazamiento, algunos casos requieren reconstrucción secundaria para estabilizar la articulación definitivamente. Controversia en la indicación de los tipos III y IV de Rockwood.

Material y método: Traumatismo indirecto sobre cintura escapular derecha. Inmediata deformidad, dolor a la palpación de tercio distal de clavícula, Tecla positivo, impotencia funcional a la antepulsión y abducción. Radiología: luxación grado IV acromio-clavicular derecha, diástasis de un centímetro. No reducción con maniobras cerradas. Se programa cirugía reconstructiva articular, realizándose reducción y fijación con ligamento sintético, por técnica mini-invasiva del lazo con sutura FiberWire.

Resultados: Reducción intraoperatoria anatómica resecano menisco articular y suturando el ligamento acromio-clavicular. Control radiológico lo confirma, observándose anclajes en clavícula y acromion. Recuperación funcional en 6 semanas, arco de movimiento completo, sin dolor, recobrando fuerza a la abducción (Constant Score +32).

Comentarios y conclusiones: El refuerzo de ligamentos córico-claviculares, principales estabilizadores, puede lograrse restableciendo primariamente la articulación. Esta técnica proporciona un método simple y estable para reducir la luxación acromio-clavicular, sin metal que retirar, sin plastias de coste elevado, mini-invasiva, con baja tasa de infección, inmovilización corta postquirúrgica, acelerada recuperación funcional y resultado estético satisfactorio.

CC-263. TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LA CONDOMATOSIS SINOVIOL DE HOMBRO: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Cano Gala, D.A. Rendón Díaz, C. Corchado Villalba, J.M. Martín Enrique, D. Pescador Hernández, A. Moreno Regidor y L. Alonso Guardo

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción y objetivos: La condromatosis sinovial (CS) es una artropatía infrecuente que afecta exclusivamente a las articulaciones sinoviales. Es 3 veces más común en varones que en mujeres y generalmente se diagnostica entre los 30 y los 50 años de edad. La enfermedad se caracteriza por la presencia intraarticular de múltiples nódulos cartilaginosos que contienen condrocitos metaplásicos en vías de osificación endocondral y proliferación sinovial. El proceso presenta 3 estadios: (1) enfermedad intraarticular activa sin cuerpos libres; (2) lesiones transicionales con proliferación sinovial y cuerpos libres, y (3) cuerpos libres sin enfermedad sinovial. Los pacientes con CS refieren habitualmente una historia de dolor, inflamación y disminución del rango de movilidad de las articulaciones afectadas, en ocasiones de años de evolución. La artroscopia ha sido propuesta como una alternativa válida para su tratamiento con algunas ventajas sobre la cirugía abierta.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente mujer de 29 años de edad, que es derivada desde Atención Primaria por dolor en hombro izquierdo de larga evolución (más de 5 años), con severa limitación del balance articular. A la exploración física se aprecia una limitación de la abducción de unos 80° (con un arco doloroso a 70° aproximadamente) y de la flexión a unos 100°. Asimismo presenta maniobras de Yocum y Neer positivas. En la Rx se pueden observar signos de condromatosis y de artropatía degenerativa. En la RM además se aprecian signos de lesión del tendón del supraespinoso e infra-

espinoso Se practica una artroscopia a través de la cual se extraen más de 20 condromas y se observan lesiones condrales graves (Outerbridge III) tanto en cabeza humeral como en glena. Además de ello, realizamos sinovectomía, DSA, y reparación de los tendones parcialmente lesionados.

Resultados: Al mes de la intervención, la paciente va recuperando el balance articular normal, con una abducción de 90° y una flexión de 120°, ambas sin dolor. En el momento actual continua en rehabilitación. Se han reducido 6 puntos en la Escala Visual Analógica (de 8 a 2).

Comentarios y conclusiones: Aunque es infrecuente en el hombro, existen publicaciones que informan de casos de condromatosis sinovial involucrando esta articulación, y las ventajas de su tratamiento artroscópico. Mediante la utilización de distintos portales, se obtiene una excelente visualización de toda la articulación sin necesidad de desinsertar el músculo subescapular. Por el contrario, el abordaje a cielo abierto requiere la tenotomía del subescapular para lograr la exposición de la articulación, lo que aumenta la morbilidad del procedimiento y el índice de posibles complicaciones. Una desventaja de la artroscopia podría ser la capacidad limitada de este método para realizar una sinovectomía total. Sin embargo, no está claro si la resección de la membrana sinovial ofrece beneficios sobre la remoción aislada de los cuerpos libres. Algunos autores sugieren que la recidiva es más frecuente cuando no se realiza la sinovectomía, pero otros no han encontrado diferencias entre pacientes tratados con y sin sinovectomía. La CS primaria es una enfermedad que se presenta habitualmente de forma insidiosa, por lo que el diagnóstico se ve retrasado y el paciente puede presentar síntomas por varios años. Nuestro caso refería síntomas de más de 5 años de evolución por lo que se evidenciaron lesiones severas del cartilago articular producidas por la presencia de los cuerpos libres. En resumen, la artroscopia constituye una alternativa eficaz para el tratamiento de la condromatosis sinovial en el hombro; es mínimamente invasiva, y posee ventajas sobre la cirugía convencional. Inmediatamente después del tratamiento consigue un alivio inmediato y duradero de los síntomas y progresivamente una excelente funcionalidad de la articulación.

CC-264. TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS EN 3 Y 4 PARTES DE LA EXTREMIDAD PROXIMAL DEL HÚMERO TRATADAS CON PLACAS TIPO S3

C. Jordán Segura, P. Fillat Casas, P. del Amo Genova y J. Castellanos Robles

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción y objetivos: La manera de tratar las fracturas inestables o desplazadas del húmero proximal es controvertida. Presentamos nuestros resultados tras la fijación y síntesis de las fracturas en tres y cuatro partes con placas de estabilidad angular tipo S3.

Material y método: Revisión prospectiva sobre 50 pacientes, con una edad media de 70, 3 años (40-87), con un seguimiento medio de 33,5 meses, siendo un máximo de 59 y un mínimo de 6. La técnica es con un abordaje deltopectoral y síntesis con placa S3.

Resultados: El resultado clínico se evaluó con la escala de Constant y con la radiología. Consideramos los resultados aceptables con una media de Constant de 60,2 siendo un máximo de 80 y mínimo de 44. Las fracturas consolidaron todas excepto dos pseudos, y como complicaciones tenemos una infección subcutánea que cedió con tratamiento, cuatro necrosis de la cabeza humeral, una paresia transitoria del nervio axilar y dos casos de protrusión intraarticular de los tornillos.

Comentarios y conclusiones: La osteosíntesis mediante el sistema de placas tipo S3 ofrece unos resultados alentadores en el manejo de fracturas tan complejas como son las de tres y cuatro partes. No hemos encontrado diferencias significativas entre el hueso porótico y

el normal. En nuestro centro la consideramos la primera alternativa para el tratamiento de dichas fracturas tanto en adultos jóvenes, como en gente mayor con buena calidad de vida.

CC-265. NUESTRA EXPERIENCIA EN PRÓTESIS INVERTIDA DE HOMBRO

C. Jordán Segura, P. Fillat Casas y J. Castellanos Robles

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción y objetivos: El propósito de este estudio es valorar los resultados obtenidos en nuestro centro, en pacientes mayores de 70 años tratados con prótesis tipo Delta.

Material y método: Revisión prospectiva de 31 hombros en 29 pacientes con una media de edad de 74,6 años. De los 31 hombros, 21 fueron omartrosis y rupturas masivas del manguito, 7 por fracturas en cuatro partes, 2 por secuela de fracturas que acabó en necrosis y una por un recambio de una bipolar, que tras caída sufre una ruptura de manguito y ascenso de la misma. La valoración incluyó el rango de movilidad y fuerza, valoradas con la escala de Constant y un control radiológico.

Resultados: Con un seguimiento medio de 25,5 meses (67-9), creemos que los resultados son buenos si nos atenemos a la ausencia de dolor y al Constant obtenido, con una media de 72,6 (88-40), siendo la media en el Constant preop en los pacientes con omartrosis de 45,7. Las complicaciones fueron, una fractura periprotésica tras una caída, una infección por MRSA y un caso de luxación.

Comentarios y conclusiones: Aceptamos que el seguimiento es algo corto, pero dados los resultados y las pocas complicaciones sufridas, creemos que es una muy buena indicación para dicha patología. Los buenos resultados obtenidos, hacen que el límite de edad para implantar dicha prótesis empiece a descender. ¿Cuál es el límite?

CC-266. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR TRAS REPARACIÓN ARTROSCÓPICA DE INESTABILIDAD ANTERIOR DE HOMBRO. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Quintero López, A.L. Reyes Martín, M.B. Martín Castilla, J.M. Serrano Fernández y A. Espejo Baena

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: El diagnóstico de una trombosis venosa profunda en el miembro superior requiere un alto índice de sospecha, y el tratamiento precoz, disminuye considerablemente el riesgo de complicaciones como síndrome post-trombosis, trombosis de repetición o tromboembolismo pulmonar.

Material y método: Paciente de 37 años sin antecedentes de interés, estudiado en consultas externas por luxación anterior de hombro izquierdo de repetición. A la exploración se evidencia atrofia del deltoides y dolor y limitación funcional. La RMN muestra lesión de Bankart causante de la inestabilidad anterior. Es intervenido realizando inserción capsulolabral artroscópica, en posición decúbito lateral, sin complicaciones durante la cirugía ni el postoperatorio inmediato. En el periodo de RHB precoz comienza con dolor y edema que sigue el recorrido de la vena cefálica, con dolor y limitación de la movilidad de hombro. Se realiza ecografía que informa de compatibilidad del cuadro con flebitis y trombosis de la vena cefálica en evolución. Se solicita valoración por hematología quien inicia despistaje de enfermedad trombofílica y pauta tratamiento con anticoagulante con acenocumarol.

Resultados: A los 6 meses, se revisa nuevamente presentando flexión anterior 140°, abducción 90°, aducción completa, rotación externa permitida hasta nuca con antepulsión de hombro y rotación interna hasta la cintura. El servicio de hematología descarta enfermedad trombofílica, relacionando la TVP a un estado transitorio de hiperco-

gularidad, y retira pauta anticoagulante a los 2 meses, permitiendo al paciente retornar a su actividad diaria.

Comentarios y conclusiones: El diagnóstico y el tratamiento precoz, minimizan las morbilidad de la trombosis venosa profunda en miembro superior. Las causas que relacionan la trombosis venosa profunda con la artroscopia de hombro no son claras; las referencias en la bibliografía son escasas y no clarifican los desencadenantes de la misma.

CC-267. LUXACIÓN ANTERIOR BILATERAL DE HOMBRO

D. Barahona Lorenzo, F. Martín García, S. Barroso Rosa, B. Romero Pérez, J. Caballero Martel, J. Nuez García, H. Almeida Merino y A. Peiró García

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: Las luxaciones bilaterales de hombro son raras. Generalmente son posteriores. Se suelen deber a convulsiones epilépticas, electrocuciones y traumatismos de alta energía.

Material y método: Paciente mujer de 82 años pluripatológica que sufre caída casual en el domicilio, y acude a urgencias por dolor insoportable en ambos hombros. A la exploración presenta dolor extremo a la movilización e impotencia funcional. El panículo adiposo dificulta una observación clara de la deformidad. Se realizan radiografías de ambos hombros que ponen de manifiesto la luxación bilateral anterior de las articulaciones glenohumorales. Se realizan maniobras de Kocher bajo analgesia que disminuyen notablemente el dolor. Posterior comprobación radiográfica de la reducción.

Resultados: Reducción bilateral de las luxaciones de hombros sin necesidad de sedación. En los días siguientes la paciente se queja de dolor en hombro derecho, el que costó más reducir, y casi ausencia del mismo en el hombro contralateral. Más tarde comienza con sintomatología de patología del manguito de los rotadores en hombro izquierdo. Comienza la rehabilitación de manera satisfactoria a las 4 semanas.

Comentarios y conclusiones: La luxación anterior bilateral de hombro es una circunstancia rara, que puede pasar desapercibida si un hombro duele más que el otro y en paciente obesos. La inmovilización posterior a la reducción es controvertida, debido a su gran incomodidad y la incapacidad que produce al ser bilateral. Se debe comenzar la rehabilitación lo antes posible del lado menos afecto para reducir esta incapacidad.

CC-268. LUXACIÓN ERECTA DE HÚMERO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

D. Ruiz Picazo, R. Delgado Mateo, M.M. Pardo Coello, J.M. Barceló Bañuls, A.M. Blanco Parreño y A.D. González Pérez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: La luxación erecta del húmero o luxación inferior glenohumeral es una forma rara de luxación. Representa el 0,5% de todas las luxaciones de húmero. Sólo casos esporádicos se han presentado en la literatura. Mostramos dos casos ocurridos en nuestro servicio en tan sólo un mes.

Material y método: El primer caso es un varón de 20 años que tras caerse mientras jugaba al fútbol presentó dolor e impotencia funcional del miembro superior derecho. Clínicamente presentaba el brazo en abducción de 150° con flexión de codo. No presentaba lesión neurológica ni vascular. La luxación erecta se constató mediante radiografía y se procedió a la reducción cerrada. Se inmovilizó con sling durante 2 semanas y se envió a rehabilitación. El 2° caso trata sobre otro varón de 26 años que mientras levantaba pesas en el gimnasio experimentó dolor e impotencia funcional del brazo izquierdo. La actitud

que presentaba era en abducción de 120° y extensión del codo. No tenía daño neurovascular. Como antecedentes presentaba varios episodios de luxaciones glenohumorales previas con lesión de Hill-Sachs asociada. Se redujo de forma cerrada y se inmovilizó con sling. Posteriormente se envió al Servicio de Rehabilitación.

Resultados: Tras completar 6 semanas de tratamiento los pacientes presentaban balance articular completo sin dolor, permaneciendo asintomáticos al año. Al paciente con antecedentes de inestabilidad glenohumeral se le planteó la posibilidad de intervención quirúrgica dado los antecedentes personales.

Comentarios y conclusiones: La luxación erecta fue primeramente descrita por Middeldorpf en 1859. Las secuelas son excepcionales pero graves; destacan la capsulitis adhesiva, lesión del manguito rotador, lesión vascular y parálisis del plexo braquial. La reducción cerrada es exitosa en la mayoría de los casos siendo excepcional la reducción quirúrgica. A pesar de que la luxación erecta es una entidad rara el pronóstico para los pacientes es bueno.

CC-269. INJERTO VASCULARIZADO DE ACROMION PARA EL TRATAMIENTO DE LA SEUDOARTROSIS CLAVICULAR

D. Elizondo Esposito, C.A. Rodríguez Peña, R. Gómez Sánchez, M.J. Robles Molina, M. Pajares López y P. Hernández Cortes

Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: La pseudoartrosis de clavícula es una rara condición que causa dolor y deterioro funcional debido a la reducción y la inestabilidad del hombro. El síndrome de salida torácica, la parálisis del plexo braquial, y la compresión de los vasos subclavios debido a la pseudoartrosis clavicular también se describen como complicaciones de ésta patología. El tratamiento quirúrgico requiere un injerto óseo y la fijación interna de los defectos, por lo general con placa de compresión utilizando, en la mayoría de los casos, un autoinjerto de cresta ilíaca para tal fin. Aunque la mayoría de los casos de pseudoartrosis de clavícula suelen consolidar después de la cirugía, las personas con defectos óseos son difíciles de tratar, y su curación por lo general requiere de varios actos quirúrgicos. Se han reportados varios fracasos secundarios tras el injerto óseo no vascularizado en un rango del 0-50% de los casos. Las cicatrices de tejido blando resultante de múltiples procedimientos quirúrgicos, pueden contribuir al fracaso del injerto y la resorción del mismo, por este caso, se han propuesto para resolver este problema diferentes clases de injertos óseos vascularizados. El objetivo de este caso fue la de proponer un injerto óseo pediculado del acromion como una opción viable para el tratamiento de la pseudoartrosis de clavícula con defecto óseo moderado.

Material y método: En esta comunicación presentamos el primer injerto óseo pediculado de acromion clavicular. Reporte de un caso clínico en paciente varón de 38 años de edad. Historia clínica del paciente, pruebas diagnósticas realizadas en nuestro centro, bibliografía actualizada a propósito de esta patología y su tratamiento con este tipo de injertos.

Resultados: La pseudoartrosis de clavícula con defecto óseo a veces no es susceptible del clásico tratamiento con injerto autólogo de cortical o esponjosa, incluso cuando la diferencia es menor de 5 cm. En estos casos, los injertos óseos vascularizados pueden constituirse como una opción viable de tratamiento. Las ventajas de los injertos óseos vascularizados en comparación con los injertos óseos no vasculares incluyen la preservación de osteocitos, dando lugar a la consolidación más rápida del injerto, y propiedades biológicas y mecánicas superiores. La curación radiográfica se observó a las 10 semanas después de la cirugía. A los 8 meses de seguimiento, el paciente estaba libre de dolor, tanto en la zona donante como en la receptora, el rango activo de movimiento del hombro fue restaurado por completo, sin signos de compresión de los nervios o vasos.

Comentarios y conclusiones: El injerto óseo vascularizado de la porción anterior del acromion es versátil y confiable y puede ser eficaz para curar los casos de pseudoartrosis de clavícula con pequeños a moderados defectos óseos.

CC-270. SÍNDROME COMPRESIVO DEL NERVO SUPRAESCAPULAR POR UN GANGLIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Aranda Romero, M. de Frías González, J. Jorge Sánchez Rúas, J.C. Gutiérrez Gómez, M. Sanz Pascual, C. de la Cavada Orta, C. Justo Astorgano y H. Gómez Santos

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: El hombro doloroso es una de las patologías más frecuentes de nuestra especialidad. El objetivo de este artículo es llamar la atención sobre un cuadro poco frecuente, el atrapamiento del nervio supraescapular, en el que el diagnóstico se puede retrasar por su similitud clínica con otros procesos inflamatorios del hombro hasta etapas avanzadas en las que, por la atrofia muscular, el diagnóstico es evidente pero la recuperación es más difícil.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 43 años sin antecedentes personales, con dolor de hombro izquierdo de meses de evolución con escasa mejoría tras la toma de antiinflamatorios y la realización de rehabilitación. En la exploración presentaba dolor selectivo en la fosa supraclavicular. El estudio radiológico convencional era normal. Se realizó una RM y posteriormente una artroRMN de hombro donde se objetivaba un quiste paralabral de 1,5 cm alojado en la escotadura espino-glenoidea posterosuperior compatible con un ganglión originando un atrapamiento del nervio supraescapular. Se identificó una pequeña rotura del labrum posterosuperior. El EMG mostraba signos de denervación subaguda de grado severo a nivel del músculo infraespinoso, estando el músculo supraespinoso dentro de la normalidad. Como tratamiento se procede a la exéresis del ganglión y liberación del nervio supraescapular por vía artroscópica.

Resultados: Tras la cirugía el paciente presentó una mejoría inmediata del dolor, con la desaparición de los síntomas, y la reincorporación inmediata a sus actividades profesionales.

Comentarios y conclusiones: La compresión del nervio supraescapular es una lesión rara, de diagnóstico difícil, en la que el EMG y la RNM son fundamentales para su diagnóstico. El tratamiento debe ser la liberación quirúrgica precoz del nervio, ya que si bien en algunas ocasiones el cuadro ha remitido espontáneamente esto no es lo habitual.

CC-271. TRATAMIENTO MINI-INVASIVO EN FRACTURA ESCAPULAR INESTABLE CON REPERCUSIÓN ARTICULAR

F. Cebrián Córdoba, R. Martínez Guerrero, S. Amor Jiménez, P. Nicolás Gil, M. Hernández Torralba, P. Sánchez Angulo, E. de Casas Fernández y F. Marcos Morales

HGU Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Se presenta como caso clínico tratamiento artroscópico de fractura escapular inestable.

Material y método: Varón de 62 años. Alergia a penicilina. EPOC. Acude a Urgencias tras accidente de hípica con traumatismo sobre región escapular izquierda donde presenta dolor a la movilización y deformidad, sin alteración de la función respiratoria. En el estudio de imagen se aprecia fractura transversa de cuerpo escapular izquierdo con afectación articular y desplazamiento de fragmentos de al menos 1 cm. Callo de fractura antigua sobre arcos costales IV-VIII.

Resultados: Debido a las características y antecedentes clínicos respiratorios del paciente con un ASA elevado, se decidió cirugía mínimamente invasiva mediante abordaje artroscópico en lugar de reducción abierta. La indicación principal para el tratamiento quirúrgico fue la

existencia de subluxación glenohumeral posterior. La visualización de la superficie glenoidea revelaba una fractura de trazo sagital en borde posterior de la glena con un tamaño menor a 1 cm con hematoma y cuerpos libres en cavidad articular. Ante un tamaño del fragmento con poca entidad para ser sintetizado, optamos por la reducción mediante retensaje de partes blandas con 3 implantes Push-Lock. Tras la cirugía, se mantuvo reposo del brazo en cabestrillo, con inicio a la semana e movimientos pendulares, para posterior tratamiento rehabilitador.

Comentarios y conclusiones: La fractura escapular es una entidad que carece de indicación de tratamiento quirúrgico con elevada frecuencia. La reducción abierta para fijación interna está sujeta a múltiples riesgos derivados del área de disección por la que transcurren múltiples estructuras nobles así como estéticos. En casos seleccionados, la artroscopia nos permite la reconstrucción articular, suficiente para evitar complicaciones funcionales en lo posible, en aquellos pacientes cuya situación basal desaconseja terapias más agresivas.

CC-272. LUXACIÓN GLENOHUMERAL CON FRACTURA DE GLENOIDES EN ANCIANOS. FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON AGUJAS. SERIE DE CASOS

F. Requena Sánchez, B. Manzano López, J.A. Alcántara Atienza y J.M. Vidal Martín de Rosales

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Las fracturas de glenoides con inestabilidad glenohumeral asociada son una entidad poco frecuente en ancianos. De tratamiento quirúrgico, las comorbilidades asociadas pueden contraindicar la cirugía. Proponemos una técnica de fijación percutánea con agujas para las fracturas de glenoides asociadas a inestabilidad como opción de tratamiento en estos pacientes.

Material y método: Presentamos una serie de tres pacientes ancianos con luxación anterior de hombro con fractura de glena asociada. En los tres casos se trataba de pacientes pluripatológicos con alto riesgo anestésico (ASA IV), Las pruebas de imagen realizadas en urgencias (radiografía simple y TAC) mostraron luxación glenohumeral anterior asociada a fractura de glenoides. Luxación reductible rápidamente recidivante. Gran inestabilidad. Con la intención de disminuir la agresión quirúrgica se decide reducción cerrada bajo bloqueo anestésico y sedación y fijación percutánea con tres agujas de Kirschner 2.0: dos acromio-humerales y una humero-glena. Postoperatorio. Brazo en cabestrillo hasta retirada del material en tres semanas. Protocolo de rehabilitación inmediatamente después de la retirada de las agujas.

Resultados: Seguimiento medio de cinco meses tras la fractura-luxación. Articulación congruente. Un caso de infección superficial. Ningún caso de migración de las agujas. Balance articular moderadamente limitado en todos los casos para la rotación externa, abducción y rotación interna. Escala Constant > 30 en los tres casos.

Comentarios y conclusiones: La cirugía de reconstrucción tras fracturas de la glenoides supone una agresión quirúrgica que en ocasiones no podemos asumir. La fijación percutánea con agujas no está exenta de riesgos (infección y migración del material principalmente), si bien, ofrece una oportunidad de fijación estable con mínima agresión quirúrgica aplicable en este tipo de pacientes.

CC-273. TÉCNICA DE MCLAUGHLIN MODIFICADA EN LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO INVETERADA

I. González González, X. Goikoetxea Uriarte, M. Hernández Tadeo, I. Lafuente Pérez, C. Rubio Codina y M.A. Rodríguez Íñigo

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La luxación posterior de hombro representa el 2% de las luxaciones de esta articulación. En el 60-80% el

diagnóstico suele retrasarse unos 8-12 meses Producidas en su mayoría por alteración del estado de la conciencia (convulsiones o descargas eléctricas) y/o traumatismos (directos o indirectos). Presentamos el caso de un varón de 43 años que tras sufrir traumatismo en motocicleta contra el suelo presenta una luxación posterior de hombro con subluxación posterior de la cabeza humeral, lesión de Hill-Sachs inversa e integridad del manguito rotador.

Material y método: Se interviene al paciente realizando osteotomía del troquíen incluyendo inserción de subescapular y re-inserción sobre la lesión de "Hill-Sachs inversa" mediante la Técnica de McLaughlin modificada (Neer) con ayuda de 4 anclajes (2 Bio-Crockscrew® mediales y 2 Bio-Pushlock® laterales) según la "técnica de Suture-Bridge", reforzando el montaje con un tornillo canulado.

Resultados: Tras 4 meses presenta una buena movilidad con limitación de los últimos grados de la flexión, RI y RE; con una puntuación de 80 y 26 puntos en la escala Constant y UCLA respectivamente.

Comentarios y conclusiones: No hay un claro consenso para el tratamiento de la luxación posterior de hombro y hay que tener en cuenta el área de superficie articular afectada, las lesiones asociadas y el tiempo de evolución para ofertar la mejor técnica quirúrgica de entre todas las existentes. Nuestra modificación de la técnica de McLaughlin aporta una gran estabilidad a la transferencia, permitiendo una rehabilitación precoz.

CC-274. NEUROAPRAXIA DEL NERVO SUPRAESCAPULAR TRAS LUXACIÓN ACROMIO-CLAVICULAR TIPO-III: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. González González, X. Goikoetxea Uriarte, M. Hernández Tadeo, C. Rubio Codina, I. Lafuente Pérez y M.A. Rodríguez Íñigo

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Las luxaciones acromio-claviculares representan en torno al 9% de la patología de la cintura escapular. Se han descrito lesiones asociadas como lesiones de SLAP, roturas de manguito... Nosotros presentamos un caso clínico de un paciente con una neuroapraxia del nervio supraescapular asociada a una luxación acromioclavicular tipo-III crónica, y que se resolvió tras el tratamiento quirúrgico de la misma.

Material y método: Varón de 38 años que tras sufrir un traumatismo directo en el hombro tras caída de bicicleta presenta luxación-AC tipo-III que se trata de forma ortopédica. Tras 4 meses el paciente continuaba con dolor e impotencia funcional por lo que se amplió el estudio, revelando datos de denervación aguda en el nervio supraescapular. Ante la persistencia de la clínica y tras conocer los resultados de las pruebas complementarias se decide tratamiento quirúrgico para estabilizar la articulación AC.

Resultados: Al año de la lesión el paciente estaba asintomático, y se repitió la RMN y el EMG, ambos informes mostraban recuperación completa del nervio supraescapular.

Comentarios y conclusiones: La tendencia actual parece orientar al tratamiento conservador de Las luxaciones acromio-claviculares tipo-III, salvo cuando existen complicaciones asociadas. Estudios anatómicos han demostrado que un descenso de la escápula, tanto de forma repetitiva como continuada, produce un impingement del nervio supraescapular contra el borde inferior del ligamento supraescapular a nivel de la escotadura, esto ha sido denominado como el "sling effect". Como hemos visto, no todas las complicaciones pueden presentarse de forma aguda y hay que tener cuidado con patologías que pueden pasar desapercibidas, sobre todo si son poco frecuentes.

CC-275. HOMBRO DOLOROSO POR ATRAPAMIENTO N. SUPRAESCAPULAR. VENTAJAS DE LA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA (CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA)

J.L. Romero Ballarín, C. Guerra García, J. Mateo Negreira, P. López Cuello, I. Pipa Muñiz, N. Rodríguez García y A. Murcia Mazón

Hospital de Cabueñes. Asturias.

Introducción y objetivos: Paciente de 27 años de edad que acude por dolor de larga evolución de tipo sordo a nivel del hombro derecho que aparece tras realizar esfuerzos físicos mantenidos y cede con AINE y reposo. Diagnosticado como tendinopatía del tendón supraespinoso y tratado con múltiples sesiones de Fisioterapia y rehabilitación con mejoría relacionada con ausencia de actividad pero exacerbación de la clínica tras comenzar actividad física de gimnasio en miembros superiores.

Material y método: Exploración: movilidad activa y pasiva conservada con dolor a la Abducción y rotación externa de la Extremidad afecta. Visualmente se aprecia hipoatrofia de la musculatura paraescapular derecha. Se solicita Rx hombro derecho AP y lateral; RMN.

Resultados: Estudio radiológico simple normal, diagnosticado de tendinitis del supraespinoso. En RMN: quiste de contenido líquido bajo el músculo infraespinoso en la escotadura espino-glenoidea protruyendo hacia la fosa supraespinosa. El nervio supraescapular se encuentra abrazado por el quiste y comprimido contra el ligamento transversal inferior o espinoglenoideo.

Comentarios y conclusiones: Actualmente gracias a la cirugía artroscópica (a través de cirugía sin ingreso), se pueden tratar este tipo de patología que anteriormente obligaba a una cirugía abierta y sus problemas derivados como fibrosis, dolor residual e ingresos prolongados.

CC-276. USO ACTUAL DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DEL MANGUITO ROTADOR Y DEL TENDÓN DE LA PORCIÓN LARGA DEL BÍCEPS. CORRELACIÓN CLÍNICA, RADIOLÓGICA Y ARTROSCÓPICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

J.M. Martínez Salas, M. Anaya Rojas, J.F. Lirola Criado, N. Ammari Sánchez-Villanueva

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La disposición anatómica y la biomecánica del hombro, lo hacen susceptible a un gran número de lesiones que no pueden ser detectadas por radiología simple, siendo fundamental para su diagnóstico una adecuada anamnesis dirigida y una exhaustiva exploración clínica, así como otras pruebas de imagen. Actualmente estamos asistiendo a un auge de la ecografía. El objetivo revisar la literatura para conocer qué papel desempeña la ecografía en el presente para el diagnóstico de la patología del manguito rotador.

Material y método: Se realiza una búsqueda en PubMed con los términos MESH de Ultrasonography and Supraespinosus limitando la búsqueda a artículos en inglés y publicados en los últimos 3 años.

Resultados: Se ha encontrado estudios descriptivos comparativo entre ecografía y radiografía, RMN, artroscopia y signos exploratorios con resultados que apoyan a la ecografía como un buen método diagnóstico inicial en la patología del hombro.

Comentarios y conclusiones: Una exploración exhaustiva es fundamental pero insuficiente para llegar al diagnóstico definitivo de lesión del manguito rotador debido a que no existe una correlación completa entre la exploración y las pruebas de imagen La ecografía se plantea como la primera prueba de imagen a realizar cuando se sospecha lesión del manguito rotador, desplazando a la radiología convencional. La RMN parece ser superior a la ecografía para el diagnóstico de las lesiones del manguito rotador, sin embargo la inocuidad de los ultrasonidos y la posibilidad de realizar estudios dinámicos son las mayores ventajas de la ecografía La principal desventaja es la subjetividad, ya que es una prueba observador-dependiente.

CC-277. INESTABILIDAD GLENOHUMERAL ANTERIOR SECUNDARIA A FRACTURA DE CORACOIDES EVOLUCIONADA A LUXACIÓN CRÓNICA DE HOMBRO

J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, J. Albiñana Cunningham y S. Amillo Garayoa

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Las fracturas de coracoides suponen un 2% de las fracturas de escápula y frecuentemente pasan desapercibidas en el servicio de urgencias. La coracoides y sus inserciones musculares juegan un papel importante en la estabilidad del hombro, pudiendo ser origen de inestabilidad en caso de fractura.

Material y método: Revisión retrospectiva de un paciente de 80 años ingresado por cardiología para estabilización de enfermedad cardíaca de base, con luxación crónica dolorosa de hombro derecho de 7 meses de evolución. El paciente refería 3 episodios de luxación previos (el primero tras traumatismo hacía 9 meses) que requirieron reducción bajo sedación. La exploración destacaba rigidez de hombro con dolor a la movilización, así como la palpación de la cabeza humeral en cara anterior del hombro.

Resultados: La radiografía anteroposterior de hombro realizada en ese momento objetivó la presencia de luxación anterior de hombro con lesión de Bankart y fractura transversa de coracoides. Se revisaron las radiografías obtenidas tras la primera reducción hacía 9 meses, identificándose el fragmento de coracoides desplazado. No se evidenciaba lesión de Bankart en aquel momento. Dado el mal estado general del paciente (cardiópata no controlado con EPOC grave y parkinsoniano) y comentado con el equipo de anestesia, cardiología y neumología se realizó bajo sedación reducción cerrada y artrorrrisis glenohumeral con agujas Kirschner con cruentación percutánea del borde anterior de la glena.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de coracoides aunque infrecuentes pueden producir inestabilidad glenohumeral secundaria no explicada si pasó la fractura desapercibida. Consideramos en el tratamiento de la luxación crónica de hombro con fractura de coracoides asociada la abstinencia (si no hay presencia de dolor), la reducción abierta (con osteosíntesis de coracoides a borde anterior de la glenoides), la resección de la cabeza humeral y la artroplastia. EL estado general de estos pacientes muchas veces marca la actitud terapéutica.

CC-278. PRÓTESIS TOTAL INVERTIDA DE HOMBRO: INDICACIÓN EN FRACTURAS PROXIMALES DEL HÚMERO

J.M. Martín Enrique, C. Corchado Villalba, D. Rendón Díaz, C. Cano Gala, D. Pescador Hernández, A. Moreno Regidor e I. García Cepeda

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción y objetivos: Las fracturas proximales del húmero suponen en torno al 5% de todas las fracturas, siendo la segunda fractura más frecuente de la extremidad superior y la tercera del total de fracturas en mayores de 65 años. Se ha observado que en pacientes con fracturas desplazadas de 3 o 4 fragmentos se obtiene mejores resultados mediante la artroplastia que usando una terapia conservadora o con fijación interna. Dentro de las artroplastias, una de las opciones es la colocación de una prótesis invertida de hombro, que en pacientes de edad avanzada con este tipo de fracturas ayuda a reducir el dolor y a mejorar la funcionalidad.

Material y método: Mujer de 79 años de edad, sin antecedentes de interés, que tras caída casual con traumatismo directo sobre el hombro presenta dolor e impotencia funcional de dicha articulación. En el estudio radiológico se aprecia una fractura de la extremidad proximal del húmero en 4 fragmentos desplazada. Tras valoración de la pacien-

te y el tipo de fractura se decide el tratamiento quirúrgico realizándose una artroplastia invertida de hombro.

Resultados: Durante el seguimiento en consultas externas se observó una evolución clínica y radiológica satisfactoria, con la correcta osteointegración de los componentes protésicos. Tras la realización de los ejercicios indicados y después de llevar a cabo la rehabilitación se consiguieron un rango óptimo de movilidad y la ausencia de dolor, lo que permite a la paciente realizar las actividades de la vida diaria.

Comentarios y conclusiones: Las indicaciones clásicas de artroplastia invertida de hombro han sido los fracasos del manguito rotador en pacientes de edad avanzada con artrosis, pero actualmente, debido a los buenos resultados obtenidos con este tipo de implantes, se están ampliando las indicaciones, siendo muy útiles en fracturas y sus secuelas.

CC-279. RESOLUCIÓN ARTROSCÓPICA DE CONDROMATOSIS SINOVIAL DE HOMBRO

J.A. Diáñez Raimúndez, A. Triviño López, C. Argüelles Rodríguez, M.I. Ojanguren Casero, A. Gadañón García, S. Ramos García, J.F. Muñoz González y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La condromatosis sinovial es una lesión benigna, infrecuente y de localización generalmente monoarticular, que se caracteriza por la formación metaplásica de múltiples nódulos cartilaginosos dentro del tejido conectivo de la membrana sinovial de las articulaciones, vainas tendinosas o bursas. Los nódulos pueden ser pediculados y en algunas ocasiones pueden desprenderse y quedar como cuerpos libres en el espacio articular.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 46 años que acude a la consulta por omalgia de un año de evolución sin remisión a tratamiento conservador. La exploración física es anodina. En la radiología simple presenta múltiples calcificaciones sobre la cabeza humeral. Se solicita una RM y se observaban múltiples calcificaciones próximas a los tendones del supraespinoso y subescapular, así como cuerpos libres.

Resultados: Se realiza artroscopia del hombro, en la cual se visualizan áreas de la membrana sinovial cubiertas de nódulos sesiles o pediculados de diferentes formas y tamaños, asociados a cuerpos libres. Se realiza una extracción de todos los cuerpos libres y se intenta una sinovectomía amplia de la articulación. Se deriva el paciente al Servicio de Rehabilitación, tras dos meses retorna a una vida activa asintomática y con movilidad normal del hombro afecto.

Comentarios y conclusiones: La condromatosis sinovial es una enfermedad infrecuente, principalmente en varones, en la articulación de la rodilla, que presenta una clínica difusa, y cuyo diagnóstico inicial es por la radiología con confirmación únicamente por la anatomía patológica. La etiología de esta enfermedad es desconocida. El aspecto radiográfico depende del grado de calcificación de los nódulos. El tratamiento se basa en la exéresis de los cuerpos libres, que es curativa cuando no hay enfermedad activa sinovial; si existe ésta, se recomienda asociar una sinovectomía. La recurrencia local es posible.

CC-280. EMO ARTROSCÓPICA DE TORNILLO DE LATARJET

J.A. Diáñez Raimúndez, T.J. Moreno Guerrero, J. Pena Vázquez, S. Ramos García, S. Antón García, C. Argüelles Rodríguez, J.F. Muñoz González y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Se han descrito varias técnicas para el tratamiento de la luxación recidivante anterior de hombro. Una de las más conocidas, eficaz con respecto a la recidiva de luxaciones, es la técnica de Latarjet. A ésta se le atribuyen complicaciones clínicas

como déficit de rotación, pérdida de fuerza de la extremidad, recidiva, sensación de inestabilidad en el hombro afecto y cambios degenerativos precoces en la articulación glenohumeral.

Material y método: Mujer de 51 años, que acude por dolor anterior en hombro y crepitación, sometido a Latarjet 26 años atrás por múltiples luxaciones. Tras la intervención no presentó clínica, quedando pequeña limitación de rotación externa. La exploración física sólo revela dolor a la presión gleno-humeral anterior. En Rx y TAC se aprecia osteolisis en la glena por aflojamiento del tornillo y fragmento coracoideo no consolidado.

Resultados: En la artroscopia se aprecia tejido fibroso capsulolabral anterior, que se despegue, practicando un ojal por el que se vislumbra el tornillo móvil. Con dos portales auxiliares, uno anterior y otro posterior, se expone y moviliza en bloque el tornillo maleolar ensartado al fragmento óseo de coracoides. Bajo tracción axial de la punta del tornillo desde el portal posterior junto a la óptica, por el portal anterior se reseca progresivamente el fragmento óseo hasta liberar en tornillo y extraerlo. La evolución fue satisfactoria en 6 semanas, consiguiendo la desaparición del dolor.

Comentarios y conclusiones: Una de las incidencias asociadas al Latarjet, es la falta de unión de la coracoides al borde anterior del cuello glenar, que aparece hasta en un 50% de pacientes según las series, y hasta el 28% presentan una unión fibrosa. A pesar de la consolidación, algunos pacientes continúan con sensación de malestar años después de la intervención, y acaban precisando una extracción de los tornillos hasta en un 10% de los casos.

CC-281. TRANSFERENCIA DEL DORSAL ANCHO PARA LAS RUPTURAS MASIVAS DEL MANGUITO ROTADOR

J.A. Roig Llopis, I. de Miguel Herrero, V. Rico Ramírez, F. Corbí Aguirre, A. Mora de Sambricio, M. Oldrati Oldrati y C. Diago Guiral

Hospital de Manacor. Baleares.

Introducción y objetivos: Las roturas masivas del manguito rotador constituyen una patología frecuente y de difícil solución, no existe un claro consenso en su tratamiento. Se han descrito diferentes técnicas artroscópicas y de cirugía abierta. La transposición del tendón del músculo dorsal ancho constituye una estrategia terapéutica en pacientes jóvenes, con roturas masivas del manguito, especialmente en su porción posterosuperior. Presentar los resultados de la serie de pacientes intervenidos en el Hospital de Manacor mediante transposición del dorsal ancho en pacientes con rupturas masivas de manguito rotador.

Material y método: Entre los años 2010 y 2012, se intervinieron 7 pacientes, con una edad media de 57 años (45-64 años), siendo cinco de ellos mujeres y dos hombres. La media de intervenciones quirúrgicas previas fue de 1,5 (0-3). El diagnóstico se realizó mediante un examen físico completo, excluyéndose pacientes con lift-off test patológico. Se solicitaron pruebas complementarias de imagen, RMN que confirmaron el diagnóstico. La técnica quirúrgica se realizó mediante una incisión única descrita por Habermeyer. Se midió el dolor mediante la escala analógica visual (EVA) preoperatoria, postoperatoria y a los 3 meses de la cirugía. Se valoró el estado funcional mediante la escala de Constant y el Quick Dash. Se recogió el grado de satisfacción de los pacientes así como las complicaciones postoperatorias.

Resultados: Se obtuvieron valores medios de la EVA preoperatoria de 7 (0-10), postoperatoria inmediata de 3 (0-7) y en consulta de control a los 3 meses de 0 (2-0). La escala de Constant media fue de 80 (51-100) y el Quick Dash medio fue de 32,2 (0-75). El grado de satisfacción fue excelente en uno, muy bueno en dos, bueno en tres y regular en uno. Tres pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, uno de ellos rigidez inicial, otro dolor y otro limitación funcional inicial.

Comentarios y conclusiones: La transposición del tendón del dorsal ancho constituye según nuestra experiencia una técnica reproducible

que muestra unos resultados satisfactorios en pacientes correctamente seleccionados que presentan rupturas masivas posterosuperiores del manguito rotador.

CC-282. TRATAMIENTO DE PSEUDOARTROSIS DE HÚMERO PROXIMAL CON INJERTO INTRAMEDULAR INTERCALADO Y PLACA

L. Zorita Urricelqui, X. Goikoetxea Uriarte, M.A. Hernández Tadeo, I. González González, N. Hernández González, M.A. Rodríguez Íñigo y C. Lozano Marín

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La pseudoartrosis del húmero proximal es una patología poco común y muy discapacitante ya que provoca gran dolor y pérdida de la movilidad activa del hombro. Su corrección es difícil debido a la resorción y osteopenia que sufre la cabeza humeral. En su tratamiento debemos asegurar una correcta inmovilización de la fractura y al mismo tiempo, una movilización articular temprana para restaurar la función muscular y prevenir rigideces. Tanto la fijación con placa, con clavo intramedular o hemiartroplastia proporcionan malos resultados según la bibliografía consultada.

Material y método: Varón de 38 años que tras accidente en 2010 sufre fractura de cuello y cabeza de húmero izquierdo tratado de forma conservadora en su país de origen. A la exploración, presenta movilidad activa muy limitada, limitación de la movilidad activa y dolor. En la RNM, pseudoartrosis de cuello quirúrgico con cambios osteonecroticos de cabeza humeral y subluxación posterior de la misma. Se realiza reducción de la fractura, colocación de injerto autólogo intramedular de cresta iliaca intercalado tipo "peg" y fijación con placa Philos. Se ha recogido de forma prospectiva la evolución clínica y radiológica.

Resultados: El tratamiento quirúrgico ha resultado efectivo ya que a 4 meses de la intervención la fractura ha consolidado y el paciente no tiene dolor y ha mejorado su movilidad activa.

Comentarios y conclusiones: La pseudoartrosis del cuello quirúrgico del húmero es una patología poco frecuente y de difícil manejo. La fijación con injerto intramedular intercalado proporciona hueso sólido que rellena la cavidad intramedular, fijando la fractura y permite la osteosíntesis adicional con placa, proporcionando un buen resultado en nuestro caso.

CC-283. FRACTURA PERIPROTÉSICA DE HÚMERO EN PACIENTE CON ARTROPLASTIA INVERTIDA DE HOMBRO. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Cáceres Sánchez, J.J. Romero Cáceres, F.J. Barrionuevo Sánchez, S. Expósito Triano y B. García Benítez

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Se ha estimado que la prevalencia de las fracturas humerales periprotésicas asociadas con artroplastia total de hombro es del 1,5% al 3%. Las fracturas periprotésicas de húmero representan el 20% del total de todas las complicaciones existentes en una artroplastia de hombro. Las causas pueden ser debidas a errores intraoperatorios en la técnica quirúrgica o bien extraoperatoriamente por traumatismos. El tratamiento quirúrgico es la mejor opción terapéutica en este tipo de fracturas para poder conseguir una estabilización de la extremidad afecta y una rehabilitación precoz.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 65 años que es intervenida hace 8 años por luxación inveterada anterior de hombro izquierdo, realizándose reducción abierta y reconstrucción de reborde anterior de glena con tope óseo según técnica de Bristol-Latarjet. Cinco años después, se observa movilización de uno de los tornillos glenoideos que clínicamente se acompaña de dolor y limitación del arco de movilidad, por lo que se decide retirar el material e implantar una prótesis total invertida de hombro. Hace 6 meses, tres

años tras la colocación de la prótesis invertida, la paciente acude al Servicio de Urgencias por dolor e impotencia funcional en MSI tras sufrir caída casual mientras realizaba las tareas domésticas. Se realiza estudio radiográfico, observando fractura supracondílea periprotésica en húmero izquierdo. A la exploración, sin clínica neurovascular distal asociada. Se realiza reducción abierta con fijación interna con placa periloc.

Resultados: Tras seis meses de seguimiento después de la última intervención, en el estudio radiográfico no se observa movilización del material con signos de consolidación de la fractura. La paciente consigue un balance articular aceptable tanto de codo como de hombro debido a la rehabilitación precoz a la que fue sometida.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de húmero asociadas a prótesis total de hombro tienen una prevalencia del 1-2%. El tratamiento depende de la estabilidad del vástago humeral. Por tanto, decidir el tratamiento apropiado para las fracturas periprotésicas de hombro requiere individualizar el caso y tener en cuenta una serie de puntos como son: la región anatómica, la estabilidad del componente protésico, el estado general del paciente y sus requerimientos en la vida cotidiana.

CC-284. ARTROPLASTIA DE HOMBRO: LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE BRAGA

L.M. Pinheiro Silva, L.F. Rodrigues, B. Pereira Pereira, R.M. Duarte, C. Vaz Alves, N. Vieira Ferreira, N. Sevilas Sevilas y M. Vieira Silva

Hospital de Braga/Universidade Minho. Portugal.

Introducción y objetivos: La artroplastia de hombro (hemiarthroplastia, artroplastia total anatómica y el invertido) es actualmente el tratamiento de elección cuando hay franco deterioro de la articulación glenohumeral. Los principales objetivos son aliviar el dolor y restaurar la función del hombro afectado. Es un procedimiento con los recientes avances resultantes de nuevas técnicas y materiales y con cirujanos más experimentados. La artroplastia es la tercera más frecuente, con buenos resultados cuando el cumplimiento de las instrucciones. El presente estudio evaluó los resultados objetivos y subjetivos de este procedimiento en nuestro hospital entre 2006 y 2011.

Material y método: Los primeros 47 artroplastias de hombro a cabo en el Hospital de Braga entre 2006 y 2011. Revisión retrospectiva de análisis de datos epidemiológicos, las indicaciones quirúrgicas, los resultados y la satisfacción del paciente. Aplicadas las puntuaciones y los constantes modificados UCLA antes y después de la operación) y se utilizó la prueba t de Student y el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: 33 hemiarthroplastias, 12 prótesis total invertida y 2 prótesis total anatómica. 22 por la artrosis, 15 por fracturas, 8 de artrosis postraumática, 1 por una ruptura de manguito de los rotadores y otra por osteonecrosis. 32 mujeres, 15 hombres. 23 hacia el lado derecho y 24 izquierdo. La edad media fue 65 años (33-86). Seguimiento medio de 28 meses (6-70). Entre una mejoría estadísticamente significativa antes y después de la cirugía se encontró ($p < 0,0001$) de los puntajes aplicados (54,8 puntos por la de Constant y 22,4 para UCLA). Se encontró una correlación entre la satisfacción del paciente y la puntuación de Constant después de la cirugía ($= 0.484$) y preoperatorio ($= -0,141$). Complicado cuatro pacientes y 1 requirieron una revisión. 96% se mostraron satisfechos o muy satisfechos.

Comentarios y conclusiones: Los resultados son buenos y en consonancia con otras series publicadas. La curva de aprendizaje se ha reducido debido a que sólo había dos equipos quirúrgicos y siempre se utiliza un material similar. Se encontró que la satisfacción de los pacientes estaba relacionado no sólo con el resultado final, sino también con el estado clínico preoperatorio. Cuando se produjeron complicaciones, se resolvieron mediante la satisfacción final del paciente. La artroplastia de hombro se ha convertido en un procedimiento

común en nuestra práctica clínica. Se obtuvieron buenos resultados, pocas complicaciones y la satisfacción general de los pacientes.

CC-285. ALTERNATIVAS AL LATARJET FALLIDO

M. Brotat Rodríguez, B. García Medrano, P. Beltrán de Heredia Rentería, M. Plata García, R. Hernández Ramajo y A. León Andriño

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: El fracaso de los procedimientos primarios de estabilización del hombro suele estar relacionada con fallos en la corrección anatómica. Se han realizado muchos estudios para ver qué técnica es la más adecuada en los defectos óseos de la glenoides siendo la técnica de Latarjet indicada cuando el defecto óseo es superior al 25%. Sin embargo se han descrito varias desventajas en esta técnica como la migración del material de osteosíntesis, la aparición de artrosis glenohumeral a largo plazo, importantes dificultades técnicas y grandes complicaciones a la hora de realizar cirugía de revisión en los casos fallidos.

Material y método: Se presentan dos pacientes, un varón de 31 años y una mujer de 25 intervenidos de inestabilidad glenohumeral de carácter crónico mediante la técnica de Latarjet con uno o dos tornillos con un seguimiento medio de 6 años. Ambos refieren dolor y chasquidos de meses de evolución aunque sólo uno de ellos presenta nuevo episodio de luxación. Se observa en la exploración física dolor a la palpación en cara anterior del hombro y limitación importante de la rotación externa. En las pruebas de imagen se visualiza trayecto intrarticular de los tornillos.

Resultados: Inicialmente se decide tratamiento conservador que incluye inmovilización del hombro en rotación externa seguido de tratamiento rehabilitador durante tres meses. Al no observarse mejoría se interviene quirúrgicamente realizando plicatura capsular por vía artroscópica con anclajes visualizando artrosis grado II en la cabeza humeral y en la glena en uno de los pacientes. Tras el tratamiento rehabilitador post-quirúrgico se observa movilidad articular completa sin episodios de luxación.

Comentarios y conclusiones: Las complicaciones de la técnica de Latarjet descritas por muchos autores han hecho que el uso de esta técnica sea muy controvertido. Algunas series muestran un 5% de fracasos siendo necesaria una nueva intervención quirúrgica. Sin embargo, algunos estudios más actuales, realizados por Laffosse, muestran un 100% de éxito en esta técnica evitando la morbilidad de la región donante en las reconstrucciones anatómicas con injertos y destacando la larga curva de aprendizaje del cirujano.

CC-286. "LUXATIO ERECTA" DE HOMBRO ASOCIADA A LESIÓN VASCULONERVIOSA

M. López Anton, J.P. Puertas García-Sandoval, A. Valcárcel Díaz, J.J. López Martínez, S. Illán Franco, F.J. Carrillo Piñero, J. Martínez Ros y R. Rodríguez Martínez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La luxación escapulo-humeral representa el 45% de todas las luxaciones articulares del cuerpo humano, siendo la luxación anterior la más frecuente (85%), seguida de la posterior (2%). La luxación inferior o erecta de hombro es infrecuente (0,5%). Fue descrita por Middeldorpf y Scharm en 1859. El mecanismo de producción es por fuerzas aplicadas sobre el hombro en hiperabducción, lo que provoca el choque del cuello humeral contra el acromion, ejerciendo un efecto palanca sobre la cabeza, y la luxación en sentido inferior. De esta manera queda el húmero fijo con su cabeza por debajo de la cavidad glenoidea y la diáfisis humeral orientada en sentido superior con abducción entre 140-160°. Suele asociarse a lesiones de

partes blandas, fracturas de la zona proximal del húmero, afectación del manguito rotador y del labrum, y lesiones de la arteria axilar y el plexo braquial.

Material y método: Mujer de 74 años que sufre caída desde escaleras, impactando contra el suelo con el miembro superior derecho en flexión de hombro e hiperabducción, presentando dolor inmediato, impotencia funcional total para la movilización del mismo. Acude a urgencias de nuestro hospital con deformidad y bloqueo articular estando el hombro en abducción y flexión de 160°. En la exploración neuro-vascular muestra ausencia de pulso en MSD con clínica de isquemia arterial, y pérdida de la sensibilidad cutánea en cara postero-externa de región deltoidea y mitad superior del brazo. Bajo sedación profunda se realiza reducción mediante tracción axial y aducción, persistiendo tras ésta la isquemia del MDF, por lo que se realiza arteriografía urgente donde se objetiva arteria subclavia permeable y stop brusco en tercio medio de arteria axilar con extravasación de contraste a tejidos adyacentes. No se aprecia paso de contraste a vasos distales a la lesión. Se avisó a cirujano cardio-vascular de guardia que realizó un bypass subclavio-humeral, ligando cabo proximal humeral y cabo subclavio distal. Se recuperó el pulso radial. Posteriormente a la reperusión realizamos una fasciotomía profiláctica reglada de los compartimentos de brazo, antebrazo y de la mano, pudiendo realizar un cierre parcial de las heridas.

Resultados: Las heridas de las fasciotomías evolucionaron satisfactoriamente, pudiendo realizar el cierre completo a la semana de la intervención. Se confirmó la lesión de nervio circunflejo mediante electromiografía. La paciente comenzó un programa de rehabilitación a las 3 semanas. A los dos meses la paciente había recuperado la sensibilidad cutánea en mitad superior de brazo y realizaba la abducción del hombro hasta los 100° grados con dificultad.

Comentarios y conclusiones: Aunque la luxación inferior de hombro es infrecuente, suele asociarse a lesiones graves de la estructuras vecinas, entre ellas la fractura de troquíter con avulsión del tendón supraespinoso (37%), lesión del plexo braquial, lesión del nervio circunflejo (60%), lesión de la arteria circunfleja, lesión del manguito rotador (15%) y la lesión del labrum. En nuestro caso la complicación más grave fue la lesión de la arteria axilar, con isquemia distal del MSD, y la lesión del nervio circunflejo. El tratamiento debe ser urgente, reduciendo la luxación para comprobar si se recupera el flujo arterial, y en el caso de no producirse está indicada la realización de una arteriografía para evidenciar la localización de la lesión vascular y restaurar la vascularización distal. La lesión del nervio circunflejo suele ser transitoria por elongación del mismo. Será necesario realizar una electromiografía para conocer el tipo de lesión y posteriormente un programa de rehabilitación. El factor pronóstico de la incapacidad residual implica un buen tratamiento y un intenso programa de rehabilitación.

CC-287. OS ACROMIALE SINTOMÁTICO

M. Martínez Vázquez, A. Prieto Álvarez, P. Lara Pulido, S. Franco Jiménez y N. Álvarez Benito

Hospital Infanta Elena. Huelva.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso de paciente mujer de 43 años sin antecedentes de interés vista en consultas externas por omalgia derecha invalidante de dos meses de evolución en relación con traumatismo con brazo en hiperextensión. Inspección actitud antiálgica de miembro superior derecho. BA conservado con rotación interna a T7 (izquierdo T5), Neer Hawkins, Yocun ++ y dolor con Patte, RI resistida, RE resistida Lift-off. Ausencia de inestabilidad. En cuanto a las pruebas diagnósticas las radiografías (AP verdadera, axilar y de salida de supraespinoso o en Y modificada, con 15° de inclinación cráneo-caudal) no aportaron imágenes patológicas y la RM encuentra un os acromiale y una tendinitis del suprespinoso.

Material y método: Se indican protocolo de ejercicios específico del síndrome subacromial y se realizan tres infiltraciones espaciadas sin

encontrar mejoría subjetiva ni objetiva. El 24/04/06, se le practica artroscopia de hombro, realizándose limpieza con cuda de cara inferior intrarticular del manguito, bursectomía, acromioplastia a expensas del os acromiale y desinserción acromial del ligamento acromi-coracoideo. Se indican ejercicios. Ante la persistencia de los síntomas se decide reintervención realizándose osteosíntesis con obenque y aporte de injerto autólogo de cresta iliaca. La EMO se realiza tras consolidación sin incidencias.

Resultados: La paciente actualmente se encuentra asintomática y con BA completo (RI a T8).

Comentarios y conclusiones: El os acromiale es una variante anatómica, presente en el 8% (1-15%) de la población mundial a tener en cuenta en la cirugía del espacio subacromial⁶. Los centros de osificación del acromion son: preacromion (PA) mesoacromion (MSA) metaacromion (MTA) y basi-acromion (BA). El fracaso de la fusión entre MSA y el MTA es más común. Aunque con frecuencia es asintomático (hallazgo casual), el os acromiale puede producir roce en el hombro así como rotura del manguito rotador. El dolor se debe a pinzamiento del fragmento aislado que se inclina hacia delante con la contracción del músculo deltoides e impingement del manguito de los rotadores, concomitante desgarró del manguito rotador o cambios artríticos provocados por el fragmento. El tratamiento inicial incluye fisioterapia, antiinflamatorios e infiltraciones. La cirugía (resección, reducción abierta y fijación interna o descompresión artroscópica) se reserva cuando el tratamiento conservador fracase. La resección suele usarse en fragmentos de pequeño o mediano tamaño (preacromion) o cuando fracasa la reducción abierta y fijación interna ya que como consecuencia de la extirpación de un os acromiale grande puede producirse una disfunción persistente del deltoides. La técnica de reducción abierta y fijación interna permite conservar los fragmentos grandes (MSA, MTA y BA) y mantener la función deltoidea. Las técnicas artroscópicas han dado resultados variables en el tratamiento del síndrome de roce subacromial secundario a un os acromiale inestable. Gartsman recomienda no extirpar el os acromiale a no ser que el fragmento anterior sea muy pequeño y propone fijación interna cuando la exploración preoperatoria demuestre la presencia de tumefacción sobre el fragmento. Si el os acromiale es asintomático, como suele ocurrir, recomienda una acromioplastia convencional. Boehm et al no encuentran diferencias significativas entre escisión, acromioplastia y la fusión ósea del os acromiale cuando se asocia con un desgarró del manguito de los rotadores (evaluación con escala de Constant).

CC-288. INESTABILIDAD POSTERIOR DE HOMBRO POSTRAUMÁTICA. TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M. Menéndez García, F.J. González Arteaga, I. Moreno Izco, I. Sancho González, J. Mondragón Rubio y P. Mateo Sebastián

Complejo Hospitalario de Navarra. Clínica Ubarmin. Pamplona.

Introducción y objetivos: La inestabilidad posterior del hombro es una patología mucho menos frecuente que la inestabilidad anterior y el tratamiento quirúrgico no está tan estandarizado, existiendo distintas opciones quirúrgicas.

Material y método: Se presentan dos casos de inestabilidad posterior de hombro tratados por técnicas diferentes. El primer caso es un varón de 64 años con antecedente de traumatismo de alta energía en hombro izquierdo que provocó una inestabilidad posterior con episodios de subluxación que fueron aumentando en frecuencia. En el estudio radiológico se observó una fractura en la porción posterior de la glenoides. Se trató con un tope óseo posterior obtenido de cresta iliaca. El segundo caso corresponde a un varón de 23 años, jugador de balonmano, que en un traumatismo en 2005 sufrió un episodio de luxación posterior del hombro derecho, progresivamente fue apareciendo sintomatología de inestabilidad, hasta que en otro traumatismo deportivo en marzo de 2011 sufrió un nuevo episodio de luxa-

ción. En el estudio radiológico se observó una lesión del complejo capsulolabral posterior junto con una lesión de Hill-Sachs invertida. Se realizó una reinserción capsulolabral posterior por artroscopia.

Resultados: La evolución postoperatoria ha sido favorable en ambos casos, desapareciendo la sintomatología dolorosa y la sensación de subluxación.

Comentarios y conclusiones: En el tratamiento de la inestabilidad posterior del hombro es importante valorar cada caso individualmente y tener en cuenta las lesiones asociadas para intentar aplicar la técnica más adecuada para cada paciente. El tope óseo posterior estaría indicado en casos de defecto óseo de la glenoides. En la mayoría de los casos restantes estaría indicada la reparación capsulolabral posterior por artroscopia. Las técnicas de osteotomía derrotaria del húmero o de osteotomía de reorientación de la glena estarían reservadas para casos de fracaso de cirugías previas o de una clara inclinación posterior de la glenoides.

CC-289. OSTEOSÍNTESIS CON PLACA (PHILOS) EN FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL

M. Sanagustín Silano, J.F. Blanco Gómez, B. García Martínez, A. Aso Vizán y A. Lobo Escolar

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Valorar los parámetros clínicos, radiológicos y funcionales en los pacientes tratados mediante osteosíntesis con placa por una fractura de húmero proximal.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de 36 casos de fracturas de húmero proximal, sometidas a tratamiento quirúrgico en los últimos 3 años en el Hospital U. Miguel Servet. En todos los casos se realizó un seguimiento mínimo de 12 meses, incluyendo una medición de parámetros radiológicos y una valoración clínica y del estado funcional mediante la escala de Constant-Murlay.

Resultados: La edad media en el momento de la fractura de los pacientes incluidos era de 66,8 años. De las fracturas quirúrgicas el 52,6% eran fracturas en 3 fragmentos, 42,1% en 4 fragmentos y 5,2% en 2 fragmentos según la clasificación Neer, siendo desplazadas el 89,4% de las mismas, y con una angulación superior a los 45° en el 84% de los casos. Hasta el 94,8% de las fracturas presentaban conminución u osteoporosis importante; y en el 47,3% dicha conminución estaba presente en la zona del "cálcara" humeral. Sólo el 15,7% de las fracturas presentaban estabilidad a nivel del cálcara. En todos los casos en los que el tratamiento indicado fue la osteosíntesis, se utilizó la placa Philos®. La media de tornillos epifisarios fue de 5. En todas las placas cortas se colocaron los 3 tornillos metafiso-diafisarios. El nivel funcional medio medido en la escala Constant-Murlay fue de 67,2 puntos sobre 100 al año, con un grado variable de correlación clínico-radiológica.

Comentarios y conclusiones: La osteosíntesis con placa Philos® presenta un buen resultado clínicos, radiológicos y funcionales en el tratamiento de las fracturas de húmero proximal. Los resultados son mejores en las fracturas de 2 y 3 fragmentos desplazadas frente a las de 4 fragmentos. La escala de valoración de Constant Murlay ofrece mejores puntuaciones en pacientes tratados con osteosíntesis que en los tratados mediante artroplastia de húmero proximal.

CC-290. ARTROPLASTIA PARCIAL DE HOMBRO EN FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL

M. Sanagustín Silano, B. García Martínez, J.F. Blanco Gómez, A. Aso Vizán y A. Lobo Escolar

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Valorar el grado de repercusión en las actividades básicas de la vida diaria y balance funcional resultante.

Material y método: Estudio descriptivo de 13 fracturas complejas de tercio proximal de húmero; clasificación de Neer 3-4 y clasificación AO 11 tipo C, tratadas mediante hemiarthroplastia, con prótesis tipo Bigliani (Zimmer). Se incluyeron todas las prótesis realizadas en el año 2008 en el HUMS en pacientes mayores de 75 años, con importante osteoporosis, en fracturas de los grados anteriormente mencionados, y realizada la artroplastia como opción primaria, quedando excluidas el paciente joven, las artroplastias de recambio ante fracasos de osteosíntesis y aquellas fracturas acompañadas de lesión en el manguito de los rotadores. Se evaluó el grado de arco de movilidad de manera activa y pasiva al año de la fractura mediante test de Constant.

Resultados: Se trata de una serie de 13 paciente de las cuales 10 son mujeres y 3 varones con una edad media de 72,5 años (66-80 años). El tipo de fractura más frecuente es en 4 fragmentos que representa el 83,3%. Como factor a destacar más del 90% de los casos presentaban una osteoporosis moderada a importante. El resultado funcional medio según la escala de Constant Murlay fue de 62,5 puntos para los tratados mediante la técnica de hemiarthroplastia. El dolor residual resultante es de 10 sobre 15 siendo ésta última ausencia de dolor. Arco de movilidad activo a la ante pulsión y abducción en un intervalo comprendido entre 70-100° como cifras predominantes, acompañado de una rotación externa muy limitada 2 sobre 10 y una rotación interna casi completa establecida en 8 sobre 10.

Comentarios y conclusiones: Existe gran controversia acerca de cuál puede ser el procedimiento técnico más adecuado para este tipo de fracturas en el paciente osteoporótico. Nuestros resultados muestran ausencia de dolor secundario incapacitante, siendo menos relevantes en lo que respecta a la recuperación de la función y de la fuerza. La mejoría en el rango de movilidad queda jerarquizado de la siguiente manera, es mayor para la rotación interna, que ante pulsión, abducción y rotación externa; de manera que es patente una disminución de la función sin que esto conlleve una marcada dependencia en las actividades básicas de la vida diaria.

CC-291. RECAMBIO ARTROPLASTIA DE HOMBRO: ETIOLOGÍA, ESTADO FUNCIONAL Y COMPLICACIONES

M. Sanagustín Silano, B. García Martínez, J.F. Blanco Gómez, A. Aso Vizán e I. Carbonel Bueno

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Conocer las causas de fracaso más frecuentes de las prótesis de hombro primarias, evaluar el resultado funcional y clínico, tras el recambio y determinar las potenciales complicaciones de la revisión.

Material y método: Estudio retrospectivo de 17 pacientes con un seguimiento mínimo de 1 año (rango 1-6 años) intervenidos por aflojamiento aséptico, inestabilidad o omalgia de su prótesis primaria, con recambio en un solo tiempo a prótesis total o inversa de hombro. Los pacientes han sido evaluados a los 6 y 12 meses clínicamente con la EVA del dolor, Constant y dinamómetro digital.

Resultados: Serie de 17 pacientes de las cuales 15 son mujeres y 2 varones con una edad media de 68 años. La causa más frecuente de recambio es la luxación o inestabilidad protésica, seguido de prótesis dolorosa, aflojamiento aséptico. Siendo las prótesis primarias recambiadas, prótesis inversas el 47%, prótesis parciales en 41%, prótesis CTA 6% y resurfacing 6% de los casos. La sustitución protésica se realizó en 8 de los casos a prótesis invertida, en 4 a prótesis tipo CTA, en 3 casos, concretamente de luxación, se cambió el polietileno, sólo un caso se convirtió a prótesis total de hombro. Los Balances según la escala de Constant obtuvieron un promedio < 50 puntos, con ausencia de dolor y de leve a moderada incapaci-

dad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. La tasa de complicaciones de los recambios fue alta, 35%, con 2 fracturas intraoperatorias, 2 luxaciones, 1 aflojamiento aséptico y 1 infección.

Comentarios y conclusiones: Nuestros resultados muestran ausencia de dolor secundario, siendo menos relevantes en lo que respecta a la recuperación de la función y de la fuerza con moderado deterioro según escala Constant. La aparición de complicaciones asociadas al recambio es elevada.

CC-292. ESCÁPULA ALADA POR LESIÓN DEL NERVO TORÁCICO LARGO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

N. Hernández González, J.A. Bengoetxea Uriarte, X. Goikoetxea Uriarte, L. Ortiz Fernández, L. Palazuelos Blanco y C. Lozano Marín

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: El músculo serrato anterior constituye uno de los estabilizadores dinámicos principales del hombro, cuya función es esencial para la abducción y elevación del mismo. La parálisis del serrato a causa de la lesión del nervio torácico largo produce una deformidad con traslación medial y superior de la escápula durante la abducción, conocida como escápula alada. Presentamos dos casos de pacientes con escápulas aladas, atendidos en nuestro Hospital en los últimos meses. Nuestro objetivo es revisar las causas, diagnóstico y tratamiento de esta patología; y publicar los resultados que hemos obtenido hasta el momento.

Material y método: Se presentan los casos de dos pacientes de edades y entornos sociales similares, un mujer de 26 años y un hombre de 30 que trabaja elevando pesos, sin otro tipo de historia traumática ni antecedentes patológicos conocidos; y que consultan ambos por dolor y debilidad en región escápulo-humeral, asociándose una escápula alada de reciente aparición. Tras una anamnesis y exploración clínica detallada, se les realiza un electromiograma que pone de manifiesto una denervación aguda en el territorio del nervio torácico largo; y una RMN sin hallazgos patológicos.

Resultados: Los pacientes recibieron valoración y tratamiento multidisciplinar, por los servicios de traumatología, neurología y rehabilitación; sin hallarse una causa patológica de la lesión del nervio torácico largo, salvo los microtraumatismos repetidos debidos a su actividad laboral y/o deportiva. El paciente varón recibió tratamiento rehabilitador de fortalecimiento del músculo serrato anterior. Los datos recogidos no indican una recuperación completa hasta el momento actual, sin embargo sí ha logrado una recuperación funcional aceptable para volver a su actividad laboral habitual. En el caso de la otra paciente a estudio, la lesión mejoró espontáneamente en el periodo de cinco meses y no necesitó tratamiento rehabilitador, encontrándose actualmente en control por parte del neurólogo.

Comentarios y conclusiones: Las causas de lesión del nervio torácico largo son múltiples, siendo la mayoría neuroapraxias, por traumatismos o microtraumatismos repetidos, posiciones forzadas o transporte de cargas, que se recuperan progresivamente con tratamiento conservador. Sin embargo ante una escápula alada sin traumatismo evidente debemos tener en cuenta otras patologías desde virus, exposición a tóxicos, distrofias musculares, radiculopatías, lesiones tumorales o coartación aórtica; con las que deberemos realizar un diagnóstico diferencial para llevar a cabo el tratamiento más adecuado en cada caso. Se recomienda un tratamiento conservador de entre 6 y 24 meses, principalmente con el objetivo de fortalecer el músculo serrato anterior; después del cual si no se produce recuperación se pueden plantear otras opciones como el tratamiento quirúrgico dependiendo de la patología de base si existe.

CC-293. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURA COMPLEJA DE ESCÁPULA. REPORTE DE UN CASO

N. Mesa Guedes, J.L. Suárez Pérez, G. Wertheimer Wertheimer, J. Fernández López de Turiso y M. Mir Umbert

Hospital Son Espases. Baleares.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de una mujer de 69 años que tras una traumatismo de baja-media intensidad, presenta una fractura de escápula intraarticular.

Material y método: Se trata de una mujer de 69 años, de bajo peso y estatura, que sufre un traumatismo sobre el hombro izquierdo al tropezar en el último peldaño de unas escaleras que bajaba. Mediante radiografías y TAC con reconstrucción en 3D, se diagnostica de fractura transversa del cuerpo de la escápula asociada a fractura de la fosa glenoidea con desplazamiento de 1 cm. En urgencias y durante el ingreso se descarta la existencia de otras lesiones. Etiquetamos la fractura como un tipo V de la clasificación de Ideberg y optamos por tratarla de forma quirúrgica.

Resultados: Mediante abordaje posterior, se realiza fijación del fragmento glenoideo con tornillos a compresión, y el cuerpo de la escápula con dos placas. En el postoperatorio se mantiene inmovilización del hombro izquierdo durante 6 semanas, tras las que se inicia rehabilitación intensiva. A dos meses del postoperatorio, el resultado funcional es aceptable. La paciente refiere sentirse satisfecha y toma analgésicos menores sólo de forma puntual.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de la escápula son relativamente poco frecuentes. Las fracturas glenoideas desplazadas supondrían sólo 1 de cada 10.000 de todas las fracturas. Generalmente se producen en traumatismos de alta energía y se asocia a lesiones de otros puntos del cinturón escapular, caja torácica y tejidos blandos, por lo que ante el diagnóstico de una fractura de escápula es primordial descartar otras lesiones que pueden ser potencialmente mortales. Las fracturas tipo V se producen por fuerza mayores y más complejas que en otros patrones de fractura escapulares más simples. Tras revisar la literatura, encontramos que la mayoría de los autores está de acuerdo en tratar quirúrgicamente fracturas intraarticulares de glenoides cuando existe un escalón articular mayor de 5 mm, ya que el riesgo de artritis post-traumática y otras secuelas es elevado en caso de tratar de forma conservadora.

CC-294. PSEUDARTROSIS DE CUELLO QUIRÚRGICO DE HÚMERO EN PACIENTE DE 79 AÑOS

R. López Lobato

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La pseudartrosis de cuello quirúrgico de húmero es un proceso poco usual, mostrando una incidencia de entre un 1,1% a un 8%. No obstante, produce una importante discapacidad como consecuencia del dolor y la limitación funcional que genera. Muchas son las técnicas descritas para su tratamiento: Clavos intramedulares, injertos autólogos o heterólogo, artroplastia de hombro, placas de osteosíntesis... La tasa de éxito en estos procedimientos quirúrgicos oscila entre el 50.8% y el 100%.

Material y método: Paciente con fractura de cuello quirúrgico de húmero derecho de 14 años de evolución. Intervenida en 4 ocasiones por pseudartrosis asépticas, con injerto de cresta. Es derivada a nuestro centro por pseudartrosis de húmero con movilización del material de osteosíntesis. Se realiza abordaje por incisión previa y retirada del material de osteosíntesis roto. Colocamos injerto heterólogo de peroné en el defecto óseo, tallándolo para introducirlo a nivel intramedular. Osteosíntesis con placa Synthes de epífisis proximal de húmero con tornillos.

Resultados: Tres meses después de la cirugía, se aprecia consolidación a nivel proximal e inicio de consolidación distal. La paciente está libre de dolor y con un aceptable balance articular.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la pseudartrosis de cuello quirúrgico de húmero, continúa siendo un reto para los traumatólogos. A pesar de los avances, muchas veces, la cirugía de la pseudartrosis no resulta efectiva, como consecuencia de la génesis multifactorial de la misma: inestabilidad interfragmentaria, fracaso de la vascularización, infección... Por ello es esencial que el cirujano determine los posibles factores de riesgo como son: edad avanzada, mala calidad ósea, comorbilidad, tabaquismo, alcoholismo, cirugías previas... para poder determinar la mejor técnica a emplear.

CC-295. LUXACIÓN GLENOHUMERAL BILATERAL TRAS TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA EN ANCIANA

R. Lax Pérez, F. Ferrero Manzanal, A. Murcia Ansensio, F. Saura Sánchez, A. Corraliza Zamorano, F. Lajara Marco, F. Vera Repullo y J. Álvarez González

Hospital Santa Lucía. Murcia.

Introducción y objetivos: Aunque la luxación glenohumeral anterior es un cuadro frecuente en los servicios de urgencias, su presentación bilateral constituye un hecho infrecuente. Suele presentarse en hombres jóvenes. Se asocia a traumatismos de gran intensidad, deportistas de lanzamiento de peso, contracturas musculares extremas secundarias a crisis convulsivas por cuadros de hipoglucemia, epilepsia, síncope, descargas eléctricas o terapia de electroshock, pacientes con enfermedades neuromusculares y alteraciones psiquiátricas. Las luxaciones bilaterales debidas a contracciones musculares violentas con más frecuencia suelen ser de localización posterior y acostumbra asociarse a fractura ósea. Presentamos el caso de una paciente de 70 años, que sufrió una luxación anterior de hombro bilateral como consecuencia de un traumatismo de baja energía, sin asociarse ninguna otra lesión.

Material y método: Mujer de 70 años, sin antecedentes de interés, que sufrió una caída casual apoyando ambos brazos contra el suelo, para protegerse del impacto. Los brazos se encontraban en ligera aducción y rotación externa al impactar contra el suelo, lo que favoreció la luxación bilateral de hombros. A su llegada a Urgencias, la paciente presentaba deformidad en charretera de ambos, con dolor e impotencia funcional. No presentó alteraciones vasculonerviosas distales. Se realizó estudio radiográfico (proyecciones A/P y transtorácica de hombros) observando, la luxación bilateral anterior de hombros.

Resultados: Se procedió a la reducción de la doble luxación, mediante la maniobra de Kocher, inmovilización mediante un cabestrillo bilateral y el control radiográfico posreducción. Se mantuvo el cabestrillo durante 3 semanas, permitiendo la retirada de este para el aseo personal y la flexo-extensión del codo. Al mes la paciente realizaba sus tareas habituales.

Comentarios y conclusiones: El hombro es la articulación del cuerpo que más frecuentemente se luxa, suponiendo el 50% de todas las luxaciones. Esto se debe a que la articulación glenohumeral presenta una mayor movilidad, a expensas de una menor estabilidad. Es más frecuente en varones jóvenes. En pacientes mayores se asocia frecuentemente con fracturas del troquíter. La luxación unilateral de hombro es una lesión muy habitual en los servicios de urgencias; sin embargo, la luxación bilateral de ambos hombros, con o sin fracturas de húmero asociadas, es rara. Aproximadamente el 90% de las luxaciones unilaterales de hombro son anteriores, y el resto posteriores o más raramente inferiores (luxatio erecta). La luxación de la articulación glenohumeral se puede acompañar de lesión vascular o nerviosa distal y/o fracturas de húmero (troquíter, cuello humeral), sobre todo las erectas, que se asocian a algún grado de afectación neurológica hasta

en el 60% de los casos. Con la edad, existe una menor masa muscular y ante traumatismo de baja energía se puede producir la luxación del hombro como el caso que presentamos.

CC-296. UTILIZACIÓN DE UN DOBLE DISPOSITIVO TIGHT-ROPE® DE FORMA ARTROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES ACROMIOCLAVICULARES AGUDAS GRADO III. NUESTRA EXPERIENCIA

R. Lax Pérez, F. Vera Repullo, J. Álvarez González, F. Ferrero Manzanal, F. Lajara Marco, A. Murcia Ansensio, A. Torres Castillo y A. Corraliza Zamorano

Hospital Santa Lucía. Murcia.

Introducción y objetivos: Las luxaciones acromioclaviculares (AC), son fracturas cada vez más frecuentes en nuestra práctica traumática de urgencias, debido al aumento de traumatismos sobre el hombro, tras accidentes de motocicleta o ciclismo. Existe controversia en indicaciones y técnicas de tratamiento para las luxaciones acromioclaviculares, sobre todo en los grados intermedios de lesión. El diseño de sistemas como el TightRope® (Arthrex), pretende disminuir la morbilidad de la cirugía (menor cicatriz, evita retirada de implantes) y conseguir una reducción anatómica permanente. Objetivo: Presentamos nuestros resultados con la utilización de un doble dispositivo TightRope® (Arthrex) en luxaciones acromioclaviculares agudas grado III.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo en 7 pacientes intervenidos desde 2008-2011 con luxación acromioclavicular aguda tipo III de Rockwood, mediante la implantación del doble dispositivo TightRope® por técnica artroscópica. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, mecanismo de lesión, lado afecto, tiempo de seguimiento, valoración radiográfica en proyección AP de hombro de la anchura de la articulación AC y del desplazamiento vertical (preoperatoria y posquirúrgica). También se realizó la evaluación clínica posquirúrgica mediante la escala Constant de hombro y cuestionario DASH.

Resultados: Se revisaron 7 pacientes (1 mujer y 6 varones). La edad media fue de 61 años (40-75). En el 71,4% de los casos se intervino el miembro dominante. El seguimiento medio tras la intervención fue de 4,4 meses (1-8). La mejora radiográfica de la anchura de la articulación AC al comparar la situación pre y posquirúrgica fue de 0,4 cm (0,2-2,8) y del desplazamiento vertical de 1.04 (0-1,8). El 85% (6 de los 7 pacientes) están muy contentos con el resultado, presentando en escala de Constant de hombro una puntuación de 91,4 (84-100) y en el DASH de 1,4 (0-1,2). No se han tenido complicaciones por el momento.

Comentarios y conclusiones: Consideramos que el uso de una técnica artroscópica minimiza la agresión y permite un rápido inicio de la fisioterapia, además de evita las retiradas del material. Con la utilización de un doble sistema de anclaje además proporciona mayor estabilidad inicial, con menor riesgos de fracaso de la reducción por rotura del implante. El uso del dispositivo TightRope® en las luxaciones acromioclaviculares ofrece un buen resultado, con pocas complicaciones, permite una precoz fisioterapia y reincorporación laboral.

CC-297. SÍNDROME COMPARTIMENTAL DE DELTOIDES POSTERIOR

R.Y. Santana Suárez, F. Martín García, J. Martel Caballero, R. Seijas Vázquez, L. Valencia Sola, J. Nuez García, M. Almenara Martínez y H. Almeida Merino

CHUIMI. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: El síndrome compartimental es una situación de aumento de presión dentro de un compartimiento fascial que reduce la perfusión sanguínea necesaria para la viabilidad del músculo

y demás tejidos incluidos en el compartimiento. En la isquemia tisular participa la disminución del gradiente de presión tisular y arterial, un componente de espasmo arterial y el bloqueo del drenaje venoso con aumento progresivo de la presión del compartimiento.

Material y método: Paciente de mediana edad que ingresa por urgencias por edema agudo de pulmón y fallo renal. En laboratorio se detecta una rabdomiolisis grave. En los días siguientes se estabiliza al paciente y se detecta dolor leve a moderado con inflamación en hombro con que va en aumento inversamente proporcional a la mejora analítica. Se detecta en la piel mancha rosácea por probable decúbito. En la resonancia solo detecta edema de hombro. Presenta un clínica insidiosa pero debido al aumento de volumen infrenable se le realiza fasciotomía urgente hallando un grado severo de necrosis en músculo deltoides posterior.

Resultados: El paciente presenta buena evolución de las incisiones quirúrgicas con una recuperación aceptable de la fuerza muscular y arco de movilidad de la articulación glenohumeral.

Comentarios y conclusiones: Hay pocos síndromes compartimentales de deltoides descritos en la literatura científica. Presenta una clínica rápida pero difícil de diagnosticar al no presentar las alarmas vasculares o de coloración de los síndromes compartimentales de los miembros distales.

CC-298. LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO CON FRACTURA HUNDIMIENTO

R. de los Santos de la Cruz, H. Mínguez Pérez, G. Muñoz Sánchez, J.V. Peralta Molero, P. Zuñil Acosta, A. Simón Carrascal, B. Ruiz Nieto y O. Pérez Simancas

Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: La luxación posterior de hombro, es una lesión rara cuya frecuencia exacta es difícil de precisar y que no debiera pasar desapercibida. Debe investigarse la presencia de una lesión ósea asociada. Presentamos un caso clínico de fractura luxación posterior de hombro sin fragmentos con lesión de Hill Sachs invertida de gran tamaño.

Material y método: MC: Paciente varón de 44 años, que acude al servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar dolor en hombro izquierdo a consecuencia de traumatismo de hace aproximadamente tres días. AP: sd. depresivo en tto-fractura en clavícula I hace 13 años debida a un proyectil Rx: luxación posterior de cabeza humeral con lesión de Hill-Sachs invertida. Se realiza reducción apreciándose un escalón óseo. TAC: Lesión de Hill-Sachs invertida con afectación del 35% de la superficie articular. DX: lesión osteocondral de húmero izquierdo que condiciona subluxación posterior de húmero

Resultados: Dado el tamaño del defecto articular y el rango de inestabilidad, se decide intervención quirúrgica. Se intenta la osteosíntesis del fragmento siendo insatisfactoria. Se opta por la implantación de una prótesis parcial de hombro tipo Resurfacing. Tras la intervención se inmoviliza con sling en durante 3 semanas. Posteriormente inicia tratamiento rehabilitador durante 14 semanas. A los 4 meses el paciente continúa con leve dolor en hombro, que aumenta con las posturas forzadas y con los esfuerzos. Movilidad con BA de: abducción activa 60°, pasiva 110°; antepulsión activa 90°, pasiva 140°; rotación interna combinada: mano a L2.

Comentarios y conclusiones: La fractura-luxación posterior de hombro es una lesión poco frecuente. Más del 50% pasan desapercibidas. Las radiografías de buena calidad son esenciales a la hora de confirmar adecuadamente el diagnóstico. La realización de una TAC es a veces necesaria para un correcto diagnóstico y tratamiento. El tratamiento debe ser individualizado según edad del paciente, tiempo de evolución de las lesiones y gravedad de las mismas.

CC-299. PARÁLISIS FRÉNICA CONTRALATERAL EN PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROSCOPIA DE HOMBRO CON BLOQUEO ANESTÉSICO INTERESCALÉNICO

S. Bartolomé García, P. de la Cuadra Virgili, J. Jiménez Cristóbal, P.J. Torrijos Garrido, M. Zurrón Lobato, A. Ortega Briones, A. Moreno Velasco y A. Guijarro Valtueña

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: El bloqueo interescalénico del plexo braquial es una técnica anestésica empleada con una frecuencia creciente en los procedimientos quirúrgicos de los miembros superiores. Ha demostrado disminuir el dolor postoperatorio, la necesidad de analgésicos opioides y el tiempo de hospitalización. No obstante, se han descrito diferentes complicaciones, tanto a nivel sistémico como localmente (parálisis frénica, lesiones nerviosas o vasculares, pneumotórax).

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 47 años de edad con antecedente de síndrome ansioso-depresivo en tratamiento psiquiátrico, que acude a consultas con clínica de dolor de hombro izquierdo de 12 meses de evolución. En la exploración, destaca la clínica compatible con un síndrome subacromial. En la RM se aprecia disminución del espacio subacromial con tendinitis en el supraespinoso y cambio de señal en el espesor del tendón que podría corresponder con rotura parcial. Tras hacer tratamiento rehabilitador durante 3 meses, persiste sintomatología dolorosa, por lo que se decide descompresión subacromial y revisión del manguito rotador. Se realiza bloqueo interescalénico guiado con ecografía, administrando 25 ml de mepivacaína al 1% y levobupivacaína 0,125% (3:1), y anestesia general. Se objetiva rotura en "U" de espesor completo de pequeño tamaño, realizando reanclaje con 2 arpones bioabsorbibles en doble hilera, así como acromioplastia y bursectomía en el hombro izquierdo. En el postoperatorio inmediato, el paciente presenta cuadro de dificultad respiratoria y disnea, por lo que requiere oxigenoterapia con Venti-Mask. Se realiza radiografía de tórax y TC, apreciándose una elevación del hemidiafragma derecho, el contralateral al bloqueo anestésico y a la cirugía.

Resultados: El paciente permaneció ingresado en UCI quirúrgica las primeras 24 horas, pasando posteriormente a planta. A las 72 horas de la intervención fue dado de alta, con mejoría del cuadro respiratorio. Se hizo seguimiento en consultas de neumología y rehabilitación respiratoria. Se objetivó resolución completa del cuadro respiratorio a las 5 semanas de la cirugía, motivo por el que el paciente rechazó la realización de pruebas electromiográficas para estudio de posible alteración anatómica que justificase la parálisis frénica contralateral.

Comentarios y conclusiones: La introducción de la ecografía como herramienta de ayuda en la realización de los bloqueos anestésicos del plexo braquial ha disminuido el número de complicaciones nerviosas, vasculares y pulmonares. No obstante, siguen apareciendo complicaciones como en este paciente, con una parálisis frénica contralateral a la intervención, no descrita en la literatura revisada por nosotros.

CC-300. TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FRACTURA DE ESCÁPULA Y CLAVÍCULA DE FORMA CONSERVADORA EN PACIENTE JOVEN CON ALTA DEMANDA FUNCIONAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Blanes Pérez, J. Yrayzoz Fuentes, F. Poletti Serafini y L.J. Roca Ruiz

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso de paciente varón adulto joven que presenta fractura de escápula y clavícula en el mismo hombro al que se realiza tratamiento conservador con un buen resultado funcional y seguimiento a largo plazo.

Material y método: Un paciente varón adulto joven con fractura desplazada de tercio medio de clavícula y fractura de escápula al que se realiza tratamiento conservador con inmovilización con cabestrillo.

Resultados: A los 6 meses de tratamiento conservador el paciente presenta buena movilidad y leve dolor. Se presentan escalas DASH para la valoración de la funcionalidad del hombro.

Comentarios y conclusiones: En el contexto de una creciente admiración por la cirugía abierta para el tratamiento quirúrgico tanto de las fracturas de clavícula como de las fracturas de escápula con las placas de bajo perfil, presentamos un caso de paciente joven que presenta ambas fracturas en el mismo hombro con un buen resultado del tratamiento conservador.

CC-301. TRATAMIENTO DE FRACTURAS PROXIMALES DE HÚMERO MEDIANTE CLAVO INTRAMEDULAR CORTO

D. Eguileta Saenz y M. Intxausti Martínez

Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa.

Introducción y objetivos: Existe disparidad de criterios respecto al tipo de implante quirúrgico de mejor resultado para el tratamiento de las fracturas proximales de húmero. Pocas series publicadas sistematizan la elección del implante en relación al tipo de fractura y paciente. Revisamos la bibliografía sobre tratamiento de fracturas proximales de húmero mediante clavos intramedulares cortos bloqueados y presentamos un caso clínico al respecto.

Material y método: Paciente varón de 57a, intervenido por fractura desplazada de húmero proximal en dos fragmentos, mediante clavo intramedular corto anterógrado. Abordaje superior transdeltoideo sobre foot print del troquíter, con tres tornillos epifisarios y bloqueo distal dinámico.

Resultados: Tras doce semanas se observa consolidación ósea radiológica, con varo residual menor de 4°; Constant score de 85p y elevado grado de satisfacción subjetiva del paciente, reincorporándose a su actividad anterior. Los resultados se mantienen a los 18 meses de evolución.

Comentarios y conclusiones: Varias series publicadas demuestran buen resultado en el tratamiento de fracturas proximales de húmero en dos partes desplazadas, mediante clavo intramedular corto, como el observado en nuestro caso clínico. Los resultados en fracturas en tres partes son peores, con mayor porcentaje de malunión y reintervenciones. Este tipo de implante ofrece ventajas: mayor preservación vascular, mayor estabilidad angular y control de la varización en la consolidación mediante la dinamización distal. Está en discusión el punto idóneo de inserción: foot print del supraespinoso vs punto medializado intraarticular, para prevención de la principal complicación: el dolor subacromial.

CC-302. DISOCIACIÓN ESCÁPULO-TORÁCICA

G. Mancheno Abdo, E. Cassart Masnou, M. Llauredó Poy, G. Albertí Fito y C. Ballesteros Teves

Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona.

Introducción y objetivos: La disociación escápulo-torácica es una lesión poco frecuente que suele presentarse en el contexto de pacientes que sufren grandes poli traumatismos como en el caso de accidentes de tráfico, con mecanismos de alta energía. En el pasado era infrecuentemente diagnosticada o reportada por la alta incidencia de morbilidad que presentaban estos pacientes. El manejo inicial de estos pacientes se focaliza en la resucitación cardiopulmonar.

Material y método: El caso acudió a la consulta externa del Hospital Germans Trias i Pujol y fue controlada desde mayo 2011 hasta marzo 2012 cuando fue dada de alta. Se solicitaron Rx de hombro y tórax para determinar la afectación ósea. También fue necesaria una RMN para determinar la afectación neuromuscular.

Resultados: Paciente mujer de 49 años que consulta por dolor y deformidad del hombro derecho después de un mecanismo de tracción longitudinal del brazo al intentar sostener un peso aproximado de 70 kg. A la exploración presentaba una importante deformidad en la articulación acromioclavicular derecha acompañada de dolor intenso en todo el margen interno del cuerpo de la escápula. La función de la musculatura paraescapular estaba conservada con un parcial aleteo de la escápula. Además refería parestesias en toda la extremidad sin déficit motor. En el estudio radiográfico se apreciaba una luxación acromioclavicular grado V y un aumento en la distancia entre las espinosas y el margen interno de la escápula en comparación al contra lateral. En la RMN realizada a las 2 semanas no se evidenciaron lesiones del manguito de los rotadores y sin poder valorarse la musculatura paraescapular. El EMG fue normal. Se decidió un tratamiento quirúrgico y se va a realizar una estabilización acromioclavicular según técnica de Weaver-Dunn + un tornillo coracoclavicular tipo Bosworth. A las 2 semanas de la cirugía la paciente refería una mejoría evidente del dolor paraescapular interno. A las 6 semanas presentaba una movilidad completa de la extremidad sin dolor ni deformidad. A los 2 meses se retiró el tornillo coracoclavicular.

Comentarios y conclusiones: La disociación escápulo-torácica probablemente ocurre cuando existe una gran fuerza de tracción aplicada en la cintura escapular, generalmente esto sucede en pacientes politraumáticos y suele acompañarse de avulsión o ruptura del Deltoides, pectoral menor, romboides, elevador de la escápula, luxación acromioclavicular, esternoclavicular, costovertebral, fracturas de clavícula y/o fractura del cuerpo de la escápula. Además de lesiones neurovasculares como afectación de la arteria subclavia o axilar o diferentes grados de compromiso del plexo braquial. En nuestro caso la paciente presentó un mecanismo de tracción de alta energía pero que no se encontró dentro de un contexto de politraumatismos graves, razón por la cual la paciente se presentó a consultar por el dolor y defecto a nivel acromioclavicular. La disociación escápulo-torácica puede pasar desapercibida dado que se acompaña de otras patologías que pueden llamar mucho más la atención o simplificar el diagnóstico como es el caso de la luxación acromioclavicular o luxación esternoclavicular. Así en nuestro caso la luxación acromioclavicular grado V pudo haber sido un diagnóstico único lo que no fue así por una historia clínica exhaustiva y la sospecha clínica de la patología.

CC-303. DISMINUCIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA EN EL HOMBRO TRAS MAL GESTO

G. Sotorres González, J.R. Ballesteros Betancourt, A. Carreño Delgado, J.M. Rodríguez Roíz, A. Méndez Gil y M. Ríos Martín

Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción y objetivos: Paciente joven, refiere gesto brusco de retropulsión de la extremidad superior izquierda durante práctica deportiva (fisioculturismo), cinco semanas antes de la consulta. Presentó dolor en hombro y axila que fue manejado inicialmente en su centro de salud con medicación analgésica, pero el paciente se mostraba preocupado ante la pérdida funcional progresiva y la asimetría de los músculos de la caja torácica.

Material y método: A la exploración, se objetiva una pérdida del relieve muscular del pectoral mayor izquierdo, así como una pérdida

del contorno de la pared axilar anterior. No presentaba alteraciones de la rotación ni abducción de dicha extremidad, pero sí una disminución de la antepulsión, no palpándose pared axilar anterior. Se practicó una RMN que mostró una lesión compatible con una ruptura mio-tendinosa, probablemente total, del músculo pectoral mayor izquierdo, a nivel de la inserción humeral.

Resultados: Se realizó un abordaje deltopectoral limitado, objetivándose una ruptura total a nivel de la inserción del pectoral mayor (que se encuentra retraído medialmente), en el húmero. Tras realizar disección amplia del músculo, se procedió al anclaje, mediante 4 puntos transóseos. Después de inmovilizar durante 4 semanas (con movimientos pendulares y autopasivos del hombro), se inicia rehabilitación para ganar amplitud de movimientos. A los seis meses el paciente se reincorpora a sus actividades deportivas, comprobándose por RMN la recuperación del contorno de la pared axilar anterior.

Comentarios y conclusiones: El pectoral mayor es un músculo que tiene una importancia funcional y estética en aquellas personas dedicadas al mundo del deporte. Frecuentemente es una lesión de diagnóstico tardío, lo cual dificulta el tratamiento quirúrgico y por tanto el resultado funcional y estético. Por eso es importante hacer una precisa exploración en todo aquel deportista con dolor de aparición brusca en el territorio del pectoral mayor, incluso con poca alteración funcional del tren superior. La técnica de reparación quirúrgica se basa en la reinserción del pectoral mayor mediante puntos de sutura transóseos, arpones o tornillos. La rehabilitación es de vital importancia en enfermos de alto rendimiento deportivo o gran demanda funcional.

CC-304. TRANSFERENCIA DE PECTORAL MAYOR EN LA LESIÓN IRREPARABLE DE LA ZONA ANTEROSUPERIOR DEL MANGUITO ROTADOR

I. Castellano Romero, J. Gómez Canedo y J. Costas Pajariño

Mutua Gallega. Vigo.

Introducción y objetivos: La rotura irreparable del tendón subescapular, sola o asociada a la del supraespinoso, es una entidad limitante por la inestabilidad gleno-humeral a la que conlleva, siendo en ocasiones de difícil solución. El dolor es la manifestación más importante. El objetivo de este trabajo es describir la transposición de la porción esternal del pectoral mayor como procedimiento paliativo con sus dos variantes, el protocolo rehabilitador y los resultados obtenidos.

Material y método: Se presentan dos casos de trabajadores manuales (varones de 51 y 58 años) con rotura irreparable del tendón subescapular y de la mitad anterior del supraespinoso, tratados quirúrgicamente en el año 2010 mediante la técnica de transposición de la porción esternal de pectoral mayor, uno subcoracoideo y el otro por encima del tendón conjunto. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 28 meses. Los pacientes han sido integrados en un plan de fisioterapia específico para este procedimiento.

Resultados: Se comenta la puntuación media pre y postoperatoria según la escala de Constant y de la UCLA, así como las diferencias en base a la técnica empleada. Se destaca la mejoría en cuanto al dolor como aspecto más beneficioso del tratamiento. No han existido complicaciones.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de la rotura irreparable del tendón subescapular con técnicas paliativas como la descrita no proporciona buenos resultados funcionales, máxime si se encuentra asociada una lesión del supraespinoso, si bien la mejoría en cuanto al dolor suele ser la norma. Por ello insistimos en la necesidad de reparar las lesiones agudas del tendón subescapular, técnica con la que sí se consiguen resultados satisfactorios.

CC-305. FRACTURAS ACROMIALES Y DE LA ESPINA DE LA ESCÁPULA TRAS ARTROPLASTIA GLENOHUMERAL INVERTIDA: A PROPÓSITO DE 4 CASOS

I. Paneque Mendoza, J. García Coiradas, J. Beano Collado, C. Arvinus, M.Y. Lópiz Morales, C. García Fernández y F. Marco Martínez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos: Evaluación de la repercusión funcional de este tipo de fractura en la artroplastia glenohumeral invertida (PTH) y análisis de los factores etiológicos.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de 82 artroplastias invertidas implantadas en el seno de una artropatía de manguito detectando 3 casos de fractura acromial y un caso de fractura de la espina de la escápula: tres casos se detectaron postoperatoriamente (a los 2 m, 3,5 m y 6 años) y un caso se detectó intraoperatoriamente. Se realizó tratamiento conservador inicialmente en todos los casos (inmovilización con cabestrillo durante 4-6 semanas y rehabilitación durante 6-8). Se ha realizado una evaluación radiológica, clínica y funcional (dolor mediante escala EVA, escala Constant) preoperatoriamente y a los 6 meses de la fractura.

Resultados: Dos casos consolidaron, uno permaneció como pseudoartrosis indolora y el caso de fractura de la espina se intervino por persistencia de dolor e impotencia funcional. Todos los casos fueron fracturas de estrés no existiendo antecedente traumático en ninguno. La anteversión media a los 6 meses de la fractura era de 95°, el EVA de 1,5 y el Constant de 65, mejorando en todos los casos con respecto Constant preoperatorio medio (33).

Comentarios y conclusiones: A pesar del desarrollo de esta complicación el resultado final de los pacientes intervenidos mediante una artroplastia invertida en el seno de una artropatía del manguito, mejora con respecto a su situación funcional preoperatoria. Si bien el resultado funcional resulta ser inferior al de aquellos pacientes que no la han presentado, esta complicación no se acompaña de dolor crónico residual.

CC-306. RESULTADO DE HEMIARTROPLASTIA DE HOMBRO BILATERAL EN 2 PACIENTES JÓVENES

J.C. Bonilla López, J.M. Mora Guix y F. Gámez Baños

Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentamos el resultado funcional de 2 pacientes jóvenes, menores de 40 años en el momento de la intervención, que han sido operados con hemiartroplastia de hombro de forma bilateral, y que presentan una evolución de entre 4 y 9 años.

Material y método: El primer paciente sufrió una fractura luxación posterior de ambos hombros debido a una crisis comicial. En el 2003 se le implantó una hemiartroplastia en el hombro derecho, y en el 2004 otra hemiartroplastia en el hombro izquierdo. El segundo paciente presentaba necrosis avascular de ambos hombros. En el 2008 se realizó una hemiartroplastia en el hombro derecho, y al cabo de 6 meses otra hemiartroplastia en el hombro izquierdo.

Resultados: A los 8 y 9 años de evolución, el primer paciente presenta una escala de Constant de 81 puntos en el hombro derecho, y una escala de SANE de 95, mientras que en el hombro izquierdo el resultado es de 78 puntos en la escala de Constant, y una escala de SANE de 100. El segundo paciente, a los 4 años de evolución, presenta una escala de Constant de 81 puntos en el hombro derecho, y una escala de SANE de 90, mientras que en el hombro izquierdo la escala de Constant es de 75 puntos, y la escala de SANE de 80.

Comentarios y conclusiones: Normalmente las artroplastias de hombro se reservan a pacientes mayores, debido a la durabilidad que puede tener la prótesis, y a las menores demandas funcionales de estos pacientes. En este caso, en los 2 pacientes operados, hemos

obtenido unos buenos resultados a medio y largo plazo, mostrando que una hemiartróplastia de hombro puede ser una buena elección a la hora de tratar una gran destrucción articular, aunque el paciente sea joven y precise de una alta demanda funcional.

CC-307. LUXACIÓN GLENOHUMERAL ASOCIADA A FRACTURA DE LA DIÁFISIS DEL HÚMERO IPSILATERAL

J. Castellanos Robles, E. Panchi Vasco, P. Fillat Casas,
C. Jordán Segura y C. Medina Ponce

Parc Sanitari San Joan de Déu. Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso clínico de una luxación anterior del hombro asociada con fractura diafisaria ipsilateral de húmero. Se trata de una asociación descrita de forma excepcional en la literatura.

Material y método: Paciente varón de 28 años que acude a urgencias tras sufrir accidente de tráfico en moto, presentando luxación anterior de hombro dcho. más fractura ipsilateral diafisaria de dicho húmero, además de fracturas de 7º-8º-9º arcos costales izquierdos. Procedimos de urgencias a una reducción de la luxación glenohumeral, bajo anestesia general y mediante técnica de Milch modificada, posteriormente se realizó una osteosíntesis, con la técnica de Hackethal, observando un retardo de consolidación a los cinco meses de la intervención, que fue solucionado con un enclavado retrogrado a compresión, obteniendo una consolidación de la fractura a los 10 meses.

Resultados: El paciente en el último control presenta una recuperación ad integrum de la función de la extremidad afecta.

Comentarios y conclusiones: La luxación anterior de hombro asociada con fractura diafisaria ipsilateral de húmero se presenta de forma excepcional, unos veinte casos han sido publicados en la literatura, el primer caso fue reportado por Winderman en 1940. Por lo general se realiza una reducción cerrada de la luxación y posterior síntesis de la fractura del húmero. La lesión más común en estos casos suele ser la parálisis del nervio radial, también se ha reportado un caso de mionecrosis más infección que terminó en amputación de la extremidad afecta (Barquet). Algunos autores creen conveniente primero realizar la reducción y osteosíntesis de la fractura, para posteriormente realizar la reducción glenohumeral, con el fin de evitar un daño neurovascular, en nuestro caso procedimos a reducción de la luxación y posterior síntesis de la fractura, sin ninguna complicación neurológica.

CC-308. TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE OMALGIA POR MÚLTIPLES CUERPOS LIBRES ARTICULARES

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

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: La condromatosis sinovial es una metaplasia idiopática benigna de la membrana sinovial. Es 3 veces más frecuente en hombres, surge entre 30-50 años y afecta fundamentalmente a grandes articulaciones: rodilla (70%), cadera (20%) y hombro (19%). De etiología desconocida, pero asociada a mutaciones cromosómicas (p21.3 y 12q13), con afectación de proteínas G. Milgram describió 3 estadios: (1) enfermedad intraarticular activa sin cuerpos libres; (2) lesiones transicionales con proliferación sinovial y cuerpos libres, y (3) cuerpos libres sin enfermedad sinovial. Nuestro objetivo es revisar esta patología a propósito de un caso tratado artroscópicamente.

Material y método: Varón, 53 años, que refiere omalgia que no cede con tratamientos antiinflamatorios habituales. Exploración: Yochum, Hawkins positivos. RNM: derrame articular, degeneración labral. Tendinitis del supraespinoso. Ecografía: derrame articular. Realizamos artroscopia identificando 9 cuerpos libres. Sinovectomía y bursectomía subacromial.

Resultados: Condromatosis sinovial (estadio 2 de Milgram). Tras 4 meses rehabilitando alcanza arco completo funcional, ausencia de omalgia y un Constant final de 75 puntos.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento consiste en extracción de cuerpos libres (cirugía abierta/artroscópica) y sinovectomía en las recidivas. Para Sachs, el abordaje deltopectoral ocasiona un 23% de insuficiencia del subescapular, reduciendo al 27% la potencia motora. La artroscopia permite, sin lesión del subescapular, mejorar el test de Constant con valores significativos para Lunn, $p < 0,04$. Existe una recurrencia del 20-50% de los casos. Se sospecha degeneración neoplásica a condrosarcoma cuando hay empeoramiento general del paciente, invasión ósea evidenciable radiológicamente e invasión del canal medular en RMN.

CC-309. DESDE LA OSTEOSÍNTESIS PERCUTÁNEA HASTA EL RECAMBIO PROTÉSICO. EVOLUCIÓN DE UNA FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL

M.E. Monge Vázquez, I. Carbonel Bueno, B. García Martínez,
M. Sanagustín Silano, J.F. Blanco Gómez y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Las fracturas de húmero proximal suponen entre 2-3% de las fracturas de la extremidad superior siendo más frecuentes en mujeres de edad avanzada. El tratamiento de éstas, varía en dependencia del nº de fragmentos y el desplazamiento de los mismos. La necrosis avascular es una posible complicación debido a la vascularización precaria de la cabeza humeral, apareciendo hasta en un 70% de los casos cuando nos referimos a fracturas en 4 fragmentos. A continuación se expone el caso de una paciente que presenta una fractura de húmero proximal en cuya evolución se observa necrosis de cabeza humeral, como primera complicación de su fractura.

Material y método: Paciente mujer de 67 años con antecedentes de alergia a los contrastes yodados, dislipemia, hernia de hiato, osteoporosis, insuficiencia venosa crónica e incontinencia vesical que acude a nuestro hospital tras haber sufrido una caída por presentar fractura subcapital de húmero proximal izquierdo. Debido a la presentación de la fractura y el poco desplazamiento se decide reducción quirúrgica y osteosíntesis con AK, siendo la evolución durante su ingreso favorable. Durante su evolución, seguida de forma ambulatoria se descubre en controles radiográficos necrosis avascular de la cabeza humeral, y se decide extracción de AK y colocación de prótesis parcial cementada de hombro sin incidencias. A los 6 meses la paciente sufre una nueva caída en su domicilio, produciéndose una fractura periprotésica a nivel de diáfisis humeral, por lo que se realiza osteosíntesis mediante placa LCP y cerclaje sobre la misma. La paciente evoluciona favorablemente hasta un año después, en que, durante la revisión en consultas se descubre una luxación de la prótesis. Se decide extracción de prótesis parcial sin el material de osteosíntesis posterior a ella, para colocación de prótesis de hombro tipo CTA, con la cual actualmente convive la paciente.

Resultados: Seis meses después, la paciente está siendo controlada en consultas con resultados óptimos funcionales aunque con problemas en la cicatrización de la herida quirúrgica, a expensas de resolución, siendo el resultado radiológico y clínico favorable.

Comentarios y conclusiones: La necrosis avascular como complicación propia de la fractura de húmero proximal debido a su precaria vascularización, así como la fractura periprotésica y la luxación de prótesis de hombro tras la cirugía en éstos pacientes, son posibles complicaciones en la evolución de este tipo de fractura. Debido a ello, es importante una buena reducción y manejo de las mismas desde su fase inicial, así como su seguimiento de forma continua para evitar futuras complicaciones.

CC-310. FRACTURA LUXACIÓN POSTERIOR INVETERADA DE HOMBRO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Sodupe González y X. Sansinanea Jouan

HUA Santiago. Álava.

Introducción y objetivos: La articulación gleno-humeral tiene gran amplitud de movimiento pero a la vez presenta gran facilidad para la inestabilidad por la desproporción existente entre la cabeza humeral y la glena. Las luxaciones posteriores de hombro son menos frecuentes que las anteriores. Generalmente producidas tras grandes traumatismos. Debido a que no provocan una deformidad llamativa, algunas son diagnosticadas de forma tardía en semanas o meses, tratándose en ese caso de luxaciones crónicas que precisan de un tratamiento más complejo. El caso que presentamos se trata de un varón de 54 años que presentó tras una caída casual una fractura-luxación posterior inveterada de hombro. El objetivo es mostrar el resultado del tratamiento recibido.

Material y método: Se trata de un varón de 54 años que tiene entre sus patologías de interés una parálisis flácida de extremidad superior derecha desde infancia y una enfermedad del seno por la que porta marcapasos y que no recibe tratamiento habitual. Además en lo que respecta a su situación socio-sanitaria, presenta enolismo crónico, es fumador con criterios EPOC y vive solo. El paciente ingresa en otro centro en el servicio de Medicina Interna por pérdida de consciencia y deshidratación severa tras caída en su domicilio. Una semana más tarde con la mejoría clínica detectan deformidad en hombro izquierdo, dolor e impotencia funcional. Es trasladado a nuestro centro en el que tras valorar pruebas de imagen se decide plantear artroplastia de hombro. Se le realiza un EMG que muestra axonotmesis severa de nervio axilar izquierdo. 24 días después del traumatismo se procede a reducción abierta y osteosíntesis ad minimum, sutura de manguito rotador y relleno con sustancia osteoinductora del gran defecto metafisario que presenta.

Resultados: Al mes de la cirugía reingresa por absceso en región antero-medial de brazo izquierdo y síndrome febril compatible con artritis séptica con absceso disecando biceps braquial. Se procede a drenaje y limpieza articular con toma de cultivos que son positivos para *Staphylococcus aureus*. El paciente recibe tratamiento con linezolid hasta la normalización analítica. Un plazo que supone 8 semanas. A pesar del proceso infeccioso el paciente continúa en rehabilitación debido a que es su brazo dominante. A los dos años de seguimiento el paciente muestra un balance articular completo con imagen radiográfica de consolidación de la fractura.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas luxaciones posteriores de hombro, constituyen una entidad poco frecuente, de un 2 a un 4% de las luxaciones de hombro según las distintas series. Frecuentemente (hasta en un 60%) pasan desapercibidas en el examen inicial, pero se deben sospechar ante una actitud del brazo en aducción y rotación interna con la movilidad de ese hombro dolorosa sobre todo en la rotación externa y con la profusión de la coracoides. Las alternativas de tratamiento se deben plantear según diferentes factores como la edad, estado general y actividad que realiza el paciente así como la cronicidad y la afectación articular de la fractura luxación. Presentándose diferentes alternativas como la reducción cerrada, reducción abierta asociando o no fijación interna, artroplastia o en casos seleccionados artrodesis glenohumeral. Si la superficie articular lesionada constituye menos del 20% y evolución menor de 3 semanas, se recomienda la reducción e inmovilización con una ortesis toracobraquial adaptable que mantenga el brazo en rotación neutra y en ligera extensión. Si la superficie articular afectada constituye entre el 20 y 40% de la misma se puede optar por dos técnicas quirúrgicas. Reducción y relleno del defecto mediante injerto corticoesponjoso, según técnica de Gerber. Operación de Neer-Mc Laughlin en la que mediante un abordaje anterior se realiza artrotomía mediante osteotomía del trocín con 2/3 partes de subescapular, se realiza la reducción y se

inserta la pastilla ósea y el subescapular al defecto. Y si la afectación articular es mayor del 40% y/o más de 12 semanas de evolución, se recomienda la artroplastia. Presentan un peor pronóstico si son de diagnóstico tardío, tienen compromiso articular y deformidades secundarias. Pese a lo complicado del caso, ya que es una fractura-luxación posterior inveterada, la axonotmesis severa del nervio axilar y las características del paciente fueron la causa de rechazar la opción de artroplastia de hombro y decantarnos por una osteosíntesis ad minimum; el resultado funcional obtenido ha sido sumamente satisfactorio, hecho que en este paciente y dada la parálisis de extremidad superior contralateral que presenta era más importante si cabe que en el paciente al uso.

CC-311. INFECCIÓN PROTÉSICA DE HOMBRO TRATADA CON ESPACIADOR ANTIBIÓTICO

M. Méndez Méndez, X. Flores Sánchez, J. García Medina, F. Samsó Bardes y E. Ferre Corredor

Hospital FREMAP. Barcelona.

Introducción y objetivos: La infección periprotésica de hombro es una complicación infrecuente pero con consecuencias catastróficas. Estudios iniciales describieron como factor de riesgo el hematoma tras la intervención quirúrgica. En los últimos años se ha encontrado un aumento de incidencia producido por *Propionibacterium acnes*.

Material y método: Presentamos un caso de una paciente de 55 años de edad que sufrió fractura 4 fragmentos de neer de cabeza humeral derecha que fue tratada con hemiartroplastia de cabeza humeral. El paciente presentó como complicación un cuadro de infección de prótesis por enterococo faecalis que requirió la retirada de prótesis y colocación de espaciador preconformado con antibiótico.

Resultados: Le evolución fue correcta presentado una buena respuesta al tratamiento con ciprofloxacino y espaciador antibiótico preconformado. Presentó una curación de la infección. Presenta una movilidad aceptable: Flex/70° Ext/50° Abd/60° RI/sacro. El paciente no ha presentado ninguna complicación asociada al espaciador.

Comentarios y conclusiones: Hay pocos casos descritos de infección protésica de hombro y no hay un protocolo definido para el tratamiento. En nuestro caso requirió la retirada de prótesis para curación de la infección y posterior reconstrucción. En nuestro caso no hubo problemas asociados al espaciador aunque hay una serie con 29% tasa de complicaciones por el uso de espaciador.

CC-312. HOMBRO FLOTANTE: ¿CUÁNDO DEBEMOS OPERAR?

P. Penalver Andrada, E. Valero Iglesias, M. Méndez Varela, L. Madero de la Fuente y J. Bustillo Badajoz

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción y objetivos: El hombro flotante es una lesión infrecuente asociada a traumatismos de alta energía con lesiones concomitantes. Consiste en la inestabilidad producida por interrupción del complejo suspensorio superior del hombro (SSSC) en al menos dos puntos. El diagnóstico es clínico-radiológico, resultando útil la reconstrucción TC. El tratamiento es controvertido con buenos resultados descritos tanto con tratamiento conservador como con fijación interna de clavícula o de ambas fracturas.

Material y método: Presentamos un paciente de 51 años que sufre caída en bicicleta presentando fractura extraarticular de cuello y cuerpo escapular con desplazamiento inferior a 1 cm, fractura tercio medio de clavícula en contacto y fractura de tres arcos costales. Se

decide a petición del paciente tratamiento ortopédico con cabestrillo. Una semana después se observa desplazamiento clavicular de 1,5 cm sin desplazamiento escapular, sustituyéndose cabestrillo por ocho ortopédico. Inicia rehabilitación al segundo mes con abducción activa inicial de 90° y rotaciones de -30°.

Resultados: A los 4 meses presenta 120° abducción, 140° antepulsión y -10° en rotaciones pero en TC presenta un retardo de unión clavicular con consolidación del resto de fracturas. A los 6 meses se observa pseudoartrosis radiológica de clavícula con movilidad completa y ausencia de dolor realizando el paciente su vida habitual.

Comentarios y conclusiones: El hombro flotante es una lesión infrecuente a descartar en pacientes con accidentes de alta energía y lesión en articulación del hombro o arcos costales altos. Es fundamental entenderla como parte de la estabilidad osteoligamentosa del SSSC. El tratamiento conservador obtiene buenos resultados en fracturas poco desplazadas. El tratamiento quirúrgico puede comprender la fijación clavicular o de ambas fracturas según el grado de desplazamiento, recomendándose evaluar la estabilidad de la escápula una vez fijada la clavícula. En nuestra experiencia parece aconsejable la fijación inicial de la clavícula para estabilizar el SSSC, restablecer su longitud y permitir la rehabilitación precoz.

CC-313. ¿ES NECESARIO IDENTIFICAR EL NERVIJO AXILAR EN LOS ENCLAVADOS ANTERÓGRADOS DE HÚMERO?

P. López Cuello, A. Suárez Vázquez, J. Romero Ballarín, J. Mateo Negreira, I. Pipa Muñiz, N. Rodríguez García y A. Murcia Mazón

Hospital de Cabueñes. Asturias.

Introducción y objetivos: El enclavado anterógrado a través de la extremidad proximal del húmero proporciona una buena estabilidad de las fracturas metafisarias y diafisarias de este hueso. Sin embargo, se ha descrito la posibilidad de lesión del nervio axilar por los tornillos guiados de bloqueo proximal en los enclavados anterógrados. Se presenta un caso clínico en el que se muestra la relación entre este nervio y los tornillos de bloqueo y se hace una revisión de la literatura.

Material y método: Mujer de 81 años, con antecedentes personales de hipotiroidismo, que acude al servicio de urgencias tras sufrir caída casual con traumatismo sobre hombro izquierdo. A la exploración presenta dolor en tercio proximal de húmero, con tumefacción, e impotencia funcional. Exploración neurovascular distal normal. Se realiza estudio radiográfico con proyecciones anteroposterior y tras-torácica de hombro, y se diagnóstica de fractura metafiso-diafisaria de húmero proximal izquierdo. La paciente ingresa para tratamiento quirúrgico con enclavado endomedular anterógrado. Durante la cirugía fue necesario identificar y aislar el nervio axilar para la reducción de la fractura. Esto permitió la colocación de los tornillos de bloqueo bajo visión directa del paquete vasculo-nervioso circunflejo.

Resultados: En nuestro caso una excesiva introducción del clavo puso al nervio axilar en conflicto con los dos tornillos de bloqueo proximal situados más distalmente. Según un estudio realizado en cadáveres la distancia media del tornillo de bloqueo más próximo al nervio axilar es menor de 1 cm en los 6 clavos intramedulares analizados.

Comentarios y conclusiones: Pequeños cambios en el grado de introducción del clavo a nivel del húmero proximal, pueden poner en riesgo de lesión al nervio axilar por los tornillos de bloqueo. Su identificación por palpación y/o disección a través de un abordaje transdeltoides lateral permite evitar este riesgo.

CC-314. SOLUCIÓN ARTROSCÓPICA DE LAS COMPLICACIONES DEL NOSKE-TRILLAT, TOPE ÓSEO ANTERIOR POR OSTEOCLASIA CORACOIDEA

B. García Medrano, M. Brotat Rodríguez, P. Beltrán de Heredia Rentería, F. Yagüe Solís, F. Rodríguez-Monsalve Milano, A. León Andriano y R. García Fraile

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La luxación glenohumeral recidivante genera inestabilidad articular, con repercusión y compromiso de la actividad diaria. La técnica quirúrgica del tope óseo con transferencia de coracoides, ha ofrecido resultados satisfactorios, especialmente en pacientes con defectos óseos en glena o cabeza humeral. Pero no está exento de complicaciones que hay que resolver.

Material y método: 9 pacientes, 6 varones, 24 años de media, con cuadro de inestabilidad glenohumeral persistente tras técnica de Noske-Trillat 5 años antes (2-6). Primera luxación a los 18 (15-29), 66% postraumáticas, 4 años de evolución prequirúrgica de media, hombro dominante en el 89%, 0% bilateralidad, 100% laxitud, 56% inestabilidad multidireccional, 33% Sulcus test positivo. Luxación franca postquirúrgica en el 56%, a los 3 años. 100% dolor residual, 78% aprehensión positiva, 56% limitación de la rotación externa, Impignement subescapular en 44%, Constant Score < 70 en 89% pacientes. Cambios artrósicos en radiología simple en el 11%. TAC: defecto óseo en cabeza humeral en el 56%, mal posicionamiento de tornillo 89% (4 casos de pseudoartrosis), dos de ellos rotos.

Resultados: Reintervención quirúrgica por vía artroscópica, realizándose extracción de tornillo de fijación de coracoides en cuatro casos, plicatura capsular anterior y reinserción del rodete glenohumeral en el 100% de los pacientes. Constant Score actual 80-89 en el 89%: buenos resultados. RAM completo tras la rehabilitación. Inestabilidad residual en el 22%.

Comentarios y conclusiones: Las principales complicaciones del Noske-Trillat son dolor residual, pérdida de rotación externa, inestabilidad residual y artropatía degenerativa. Número de luxaciones y decalaje preoperatorio influyen en el desarrollo de artrosis glenohumeral; más aún, la limitación de rotación externa. La clave del éxito está en el exacto posicionamiento del tope, su lateralización genera artrosis; medialización, reluxaciones. Gestos artroscópicos, exigentes técnicamente, que nos permiten rescatar los fracasos de esta técnica.

CC-315. ANÁLISIS DE LA RECIDIVA DE LA LUXACIÓN DEL HOMBRO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. CAPSULORRAFIA MÁS REINSERCIÓN DEL LGHI ABIERTA

C. Poy Gual, J.M. Mora Guix y F. Gámez Baños

Hospital Sant Joan de Déu de Martorell. Barcelona.

Introducción y objetivos: El objetivo de este estudio retrospectivo es analizar los factores de riesgo que pueden influir en las recidivas de los pacientes intervenidos con la técnica de la capsulorrafia en T asociada a reinserción del labrum y LGHI sobre la glena en pacientes con inestabilidad gleno-humeral (G-H) anterior y antero-inferior.

Material y método: Entre los años 1994 y 2007, 86 pacientes con inestabilidad G-H son operados sin exclusión por el mismo cirujano según la técnica de la capsulorrafia abierta en T asociada a reinserción del labrum y LGHI sobre la glena. Se analiza la incidencia de recidivas postoperatorias y se comparan entre los pacientes con recidiva y la población global del estudio los siguientes factores: edad del paciente en el primer episodio, etiología, número de recidivas preoperatorias, número de luxaciones reducidas por personal sanitario, etiología, hiperlaxitud, actividades deportivas y laborales, lesión de Hill-Sachs y lesión de la glena.

Resultados: De los 86 pacientes operados se han revisado 74 con una pérdida de 12 (13,9%). El primer episodio de luxación se produce en la mayoría de pacientes cuando son jóvenes (21,4 años), muchos de ellos son hiperlaxos (71,6%), y en el 50% de los casos de etiología traumática. En los pacientes que presentan recidiva después de la intervención quirúrgica, la edad de presentación del primer episodio es de 18,2 años, presentan hiperlaxitud el 50% de los casos y la etiología es traumática en el 50% de estos. Practican actividad deportiva un 46,6%, del grupo que presentan recidiva un 75% y un 50% son trabajadores manuales de ambos grupos. Un 67,5% presentan lesión de Hill-Sachs, y en pacientes recidivados un 50%. Presentan lesión de la glena un 40%, y de los pacientes luxados un 100%. La incidencia de recidivas post operatorias es de 5,4% (4 pacientes de 74).

Comentarios y conclusiones: De los factores analizados, el más determinante para presentar recidiva es la lesión de la glena, que aparece en todos los pacientes, seguido de la actividad deportiva. Tenemos que destacar que la edad es inferior a la global. Pacientes de 18 años deportistas con lesión de la glena serían los pacientes con más riesgo de recidiva.

CC-316. ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA ABIERTA EN LA CONDROMATOSIS SINOVIOL DEL HOMBRO

M. Brotat Rodríguez, B. García Medrano, P. Beltrán de Heredia Rentería, M. Plata García, R. Hernández Ramajo y A. León Andrión

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La condromatosis sinovial es una afección que da lugar a la producción de múltiples nódulos cartilaginosos meta-plásticos en el espesor de los tejidos conectivos de vainas tendinosas, membrana sinovial y bursas articulares. Se ha descrito en numerosas articulaciones siendo la rodilla la más afectada, seguida de la cadera, el codo, la muñeca y el hombro. Aunque la incidencia es desconocida, es una patología que afecta principalmente a varones entre la tercera y la quinta década de la vida.

Material y método: Se presentan dos casos de condromatosis sinovial, un varón de 32 años y una mujer de 45. Los pacientes fueron evaluados de forma preoperatoria y al momento del último control utilizando el score de Constant y se utilizó la escala analógica visual para evaluar el dolor. Ambos presentan clínica de dolor de varios meses de evolución de comienzo insidioso, inflamación y limitación de la movilidad articular, presentando uno de ellos inestabilidad glenohumeral. En la resonancia magnética se aprecian varios nódulos de apariencia cálcica en la articulación glenohumeral y en la apófisis coracoides.

Resultados: Se realiza tratamiento artroscópico con extracción de un gran número de cuerpos libres de tamaño medio de 1 cm. En el caso que presentaba inestabilidad se realizó inserción del rodete glenoideo con dos anclajes. Tras el procedimiento artroscópico el rango de movilidad pasiva es completo. En el postoperatorio inmediato se inician movimientos pasivos y ejercicios activos asistidos del hombro.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la condromatosis sinovial es el recomendado por la mayoría de los autores al obtener buenos resultados clínicos, sin embargo no existen estudios que muestren evidencia de que sea superior al tratamiento conservador. Dependiendo del tamaño de los cuerpos libres se realiza cirugía abierta o artroscópica, esta última es un procedimiento de morbilidad baja que facilita una excelente visión de la articulación glenohumeral sin desinsertar el músculo subescapular permitiendo una rehabilitación precoz. La sinovectomía no es indispensable realizarla de forma sistemática aunque muchos autores

afirman que disminuye la recurrencia en la fase 1 y 2 de la enfermedad.

CC-317. REPARACIÓN TRANSÓSEA ARTROSCÓPICA DE LAS ROTURAS DEL MANGUITO ROTADOR: DESARROLLO DE NUEVA TÉCNICA GUIADA Y PRIMEROS RESULTADOS

R. de Casas Puig, M. Valadrón Fernández y M. Cidoncha Dans

Clínica Traumacor. A Coruña.

Introducción y objetivos: Presentamos una nueva técnica artroscópica para la reparación de las roturas del manguito rotador mediante un sistema guiado de tunelización transósea.

Material y método: Esta técnica ha sido utilizada en 23 pacientes (15 v, 8 m) con rotura posterosuperior del manguito rotador. Artroscopia de hombro en posición semisentada. Tras la preparación tendinosa y del lecho de reinserción, se planifican 1-2 túneles transóseos dependiendo de la anatomía de la rotura. Colocación de la guía de tunelización en la porción medial de la huella tendinosa y en la cara lateral del troquíter, a 1,5 cm de su vértice. Tunelización transósea con broca de 4 mm y transferencia de 2-3 suturas a través de los túneles. En presencia de hueso osteoporótico, se introduce un implante cilíndrico con el fin de reforzar las paredes de los túneles y prevenir su fractura al anudar las suturas. Finalmente, la reparación tendinosa se efectúa mediante el paso transtendinoso y anudado de las suturas según la configuración planificada.

Resultados: La guía de tunelización ha permitido la preparación eficaz de túneles transóseos artroscópicos. No se han presentado fracturas a nivel de los puentes óseos en troquíter ni lesiones del nervio axilar. El número de túneles practicados ha sido de 1 en 8 pacientes y de 2 en los otros 15. En 10 casos se utilizaron implantes de refuerzo de pared. En 6 casos se suplementó la reparación mediante el uso complementario de anclajes intraóseos con sutura.

Comentarios y conclusiones: Esta nueva técnica guiada permite la creación fiable de túneles transóseos para la reparación artroscópica del manguito rotador. Se recomienda la implantación del refuerzo de pared en presencia de hueso osteoporótico.

CC-318. LUXACIONES ACROMIOCLAVICULARES. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

B.A. Batres Cid, P. Sierra Madrid, J.A. Pareja Esteban, E. Benito Martín, F. Chivato Vivanco, A. Suárez Ratia, I. Vara Patudo y M. García López

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción y objetivos: Las luxaciones acromioclaviculares son un motivo de consulta frecuente en pacientes jóvenes, asociado a traumatismos en la región del hombro en relación a accidentes deportivos. Clásicamente, según la clasificación de Rockwood y Matsen, la mayoría de los casos (tipos I-III) responden a tratamiento conservador, en los restantes tipos, sería de elección la estabilización quirúrgica. Nuestro objetivo ha sido comprobar los resultados en pacientes intervenidos con inestabilidad acromioclavicular de alto grado.

Material y método: Hemos realizado una revisión retrospectiva de las luxaciones acromioclaviculares tratadas quirúrgicamente, en los últimos 12 años en nuestro centro, Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Dentro de la muestra de 34 pacientes, diferenciamos el grupo A, formado por pacientes que fueron operados de forma aguda (0-1 mes, desde la lesión), y el grupo B que se intervino de forma diferida. Nuestros pacientes fueron diagnosticados con una radiografía antero-posterior en el servicio de urgencias de nuestro hospital, encuadrando cada caso en un grupo de la clasificación de Rockwood y Matsen. Su edad media era de 30,78, 1 mujer y el resto eran hombres. El segui-

miento medio fue de 62,06 meses, con un rango de 8 a 217 meses. Para analizar los resultados de nuestro estudio, hemos seguido los siguientes parámetros clínico-radiológicos: rango de movilidad, radiografía postquirúrgica de control (proyección de Zanka) y los 2 tests funcionales, DASH y el SST (Simple shoulder test). Los datos obtenidos fueron analizados con el programa de análisis estadísticos SPSS, versión 15 para Windows.

Resultados: Los resultados generales han sido satisfactorios. Existe una recuperación funcional favorable en la mayoría de los pacientes. La flexión anterior fue mayor de 150° de media, sin que existiese una limitación funcional de las rotaciones. La principal complicación radiológica fue la aparición de artrosis acromioclavicular, así como la discreta pérdida de reducción respecto al control postquirúrgico inmediato, sin diferencia evidente entre los diferentes métodos de tratamiento. Se han objetivado dos casos de infección superficial, un caso de rigidez glenohumeral como complicaciones postquirúrgicas inmediatas. El grado de satisfacción de los pacientes ha sido alto.

Comentarios y conclusiones: Creemos que según los resultados obtenidos, el tratamiento quirúrgico de los grados IV-VI está indicado, sin que existan palpables diferencias entre las técnicas utilizadas. En el grado III, la indicación sigue sin ser absoluta, ya que hay que individualizar entre los diferentes casos, los resultados tras la cirugía son buenos pero puede surgir eventualidades derivadas de la intervención; el tratamiento conservador seguido clásicamente, aun es válido, proporcionando resultados satisfactorios. Entre los distintos pacientes, atendidos en nuestro centro, han ocurrido una serie de complicaciones, alguna independiente de la patología objeto de nuestro estudio, y otras en relación con ella.

CC-319. REFUERZO DEL BANKART ARTROSCÓPICO CON PLASTIA DE SUBESCAPULAR EN LA INESTABILIDAD GLENOHUMERAL ANTERIOR

B. García Medrano, M. Brotat Rodríguez,
P. Beltrán de Heredia Rentería, V. García Virto, M. Martínez Ibeas
y A. León Andrino

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La inestabilidad glenohumeral anterior suele tratarse artroscópicamente mediante la reparación de partes blandas lesionadas. Luxaciones recidivantes, fracaso de cirugías previas o capsulorrafia térmica, pueden adelgazar tanto la cápsula anterior que la reparación de Bankart resulta insuficiente.

Material y método: Cinco episodios de luxación glenohumeral derecha, hombro dominante, en mujer de 23 años, de etiología traumática, generan inestabilidad con aprehensión y Sulcus test positivos. Noske-Trillat, abierto. Dolor e impotencia funcional residual. TAC: pseudoartrosis de tope coracoideo y rotura del tornillo. Plicatura capsular artroscópica a los 4 años. Persiste el dolor a la movilización, con limitación de rotación externa a 20°. Nueva luxación de hombro al año.

Resultados: Por insuficiencia del complejo cápsulo-ligamentoso, se refuerza con flap de porción posterior de mitad superior del tendón subescapular, tenodesándolo a la glena anterior, vía artroscópica. Se añaden anclajes en el rodete glenoideo y extracción de tornillo. Cabestrillo 6 semanas. El objetivo rehabilitador es lograr 20° de rotación externa a 3 meses; completa a los 6.

Comentarios y conclusiones: Los resultados satisfactorios del Bankart artroscópico disminuyen en cirugías de revisión. Defectos óseos y baja calidad de partes blandas predisponen al fracaso. Principal indicación del refuerzo con plastia de subescapular, la deficiencia cápsulo-ligamentosa tras cirugías previas de inestabilidad fallidas, en ausencia de defecto óseo > 25%. Procedimiento exitoso estabilizador sin constricción articular, con las ventajas de la vía artroscópica.

CC-320. REPARACIÓN DE LESIONES PASTA DEL MANGUITO ROTADOR CON TÉCNICA TRANSÓSEA EQUIVALENTE POR VÍA ARTROSCÓPICA. NOTA TÉCNICA

C.E. de la Cabada Orta, M.A. Ruiz Iban, J. Díaz Heredia,
P. Crespo Hernández, I. Cebreiro Martínez-Val, J.J. Sánchez Rúa,
F. Aranda Romero y C. Justo Astorgano

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La técnica de reparación de roturas parciales de la cara articular del tendón del supraespinoso con técnica transósea permite incrementar el contacto del tendón lesionado con la huella humeral y disminuir el perfil de las suturas en el espacio subacromial. Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia en 5 casos por vía artroscópica con seguimiento mínimo de 1 año.

Material y método: La técnica consiste en realizar una reparación transósea equivalente con uno o dos implantes con suturas colocados de forma transtendinosa en el borde medial de la huella; a continuación se pasan las suturas a través del tendón y se anudan en forma de puntos de colchonero horizontal. Para terminar se utiliza un implante Footprint sin nudos por el que se pasan los hilos de la fila medial y se tensan sobre el tendón colocado encima de la huella, lo cual lo diferencia de la técnica transtendinosa clásica. Esta técnica se le realizó en 5 pacientes (3 hombres y 2 mujeres) 2 de ellos deportistas con una edad media de 45 años, se consiguió recuperación completa del rango de movilidad articular en todos los casos consiguiéndolo entre 2 y 4 meses de postoperatorio. Se aplicaron cuestionarios EVA y Constant preoperatorio y postoperatorio pasado 1 año de la intervención con los siguientes resultados: Preoperatorio, Constant medio: 40 y EVA medio: 7,9; Postoperatorio, Constant medio: 95 y EVA medio: 1,2.

Resultados: La reparación con esta técnica ha dado buenos resultados en 5 casos y permite una reanudación precoz de la movilidad activa en esos pacientes.

Comentarios y conclusiones: Esta técnica permite realizar una reparación que comprima con eficacia el tendón roto a la huella, manteniendo a la vez un perfil muy bajo en el espacio subacromial e incrementando la resistencia mecánica.

CC-321. FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL EN 3 Y 4 FRAGMENTOS TRATADAS CON PLACA PHILOS

D. Martín Valdez, M.D. Villalba González, E. González Pedrouzo,
J. Calmet García, I. Córcos Martínez y J. Giné Gomá

Hospital Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: El propósito de este estudio es evaluar los resultados clínicos y radiológicos de las fracturas proximales de húmero en 3 y 4 fragmentos tratadas con la placa PHILOS.

Material y método: 41 pacientes se han intervenido entre 2003 y 2011. Se han eliminado 10 pacientes de la muestra. Realizamos un estudio retrospectivo de 31 pacientes, 22 mujeres y 9 hombres. La edad media fue de 63,7 años (42-75). Los pacientes fueron evaluados preoperatoriamente con Rx simple y tomografía axial. Según la clasificación de Neer: 17 (52,6%) en 3 fragmentos, 10 (32,2%) en 4 fragmentos, y 4 (13%) asociaban luxación gleno-humeral. Según la clasificación de Coodman modificada por Hertel 15 (48,3%) correspondieron al grupo 7, 1 (3,2%) al grupo 11 y 14 (45,1%) al grupo 12. 21 (67,7%) fracturas se presentaron desplazadas en varo y 10 (32,3%) en valgo. La cirugía se realizó mediante un abordaje deltopectoral estándar y se utilizó injerto óseo liofilizado en 11 (35%). Posquirúrgicamente todos los pacientes siguieron el mismo plan de tratamiento rehabilitador.

Resultados: El seguimiento medio fue de 52 meses (12-92). 3 pacientes (10%) han presentado necrosis avascular de la cabeza humeral con mala tolerancia clínica por lo que debieron ser reintervenidos para colocación de hemiartroplastia (1 paciente) y prótesis total invertida

(2 pacientes). Los resultados clínicos y radiológicos han sido evaluados utilizando la puntuación de Constant-Murley ajustado, el DASH y la radiografía simple.

Comentarios y conclusiones: La osteosíntesis con placa PHILOS es una buena opción terapéutica para este tipo de fracturas, permitiendo un inicio precoz de la rehabilitación sin afectar la consolidación ósea.

CC-322. ARTROPLASTIA ANATÓMICA DE HOMBRO. RESULTADOS FUNCIONALES A CORTO PLAZO

F. Rojas Tomba, I. Martín Rodríguez, I. Gormaz Talavera, F. Collado Torres y F. Villanueva Pareja

Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: A partir de 1950, Neer publica sus trabajos en relación a hemiartroplastias como tratamiento de fracturas de húmero proximal y desde entonces se objetiva un desarrollo constante de los implantes hasta llegar a los usados actualmente, de 3ª generación, dirigidos a restablecer la anatomía de cada paciente, denominadas así "prótesis anatómicas". El objetivo de nuestro estudio es mostrar nuestra experiencia a corto plazo con artroplastias anatómicas de hombro.

Material y método: Desde marzo de 2008 hasta octubre de 2010, se han realizando en nuestro servicio 15 artroplastias anatómicas de hombro, de las cuales 4 fueron totales, 10 hemiartroplastias y 1 prótesis de recubrimiento. Los pacientes intervenidos fueron 6 hombres (40%) y 9 mujeres (60%), con una media de edad de 68 años (rango de 50 a 80 años). Las causas fueron artropatías degenerativas primarias y secundarias (40%) y fracturas complejas de húmero proximal (60%).

Resultados: Al final del seguimiento los pacientes evaluados mostraron resultados de escala de Constant con una media de 50,3 puntos y escala de Constant normalizada de 60,2 puntos. La escala Quick DASH demostró una media de resultados de 38,72 puntos. Se presentaron complicaciones en 28% (infección profunda, desplazamiento de tuberosidades, migración proximal).

Comentarios y conclusiones: Los pacientes sometidos a artroplastias totales por artrosis primaria parecen mostrar los mejores resultados desde el punto de vista funcional y para el control del dolor. La hemiartroplastia es una alternativa en pacientes jóvenes con buen estado de la glena. La utilización de artroplastia para el tratamiento de las fracturas de húmero tiene resultados menos esperanzadores aunque tiene mejores resultados que el tratamiento conservador. Hemos observado mejores resultados en los pacientes con artroplastia por artropatía primaria y en los pacientes con fractura de edad más avanzada de acuerdo a sus menores demandas funcionales.

CC-323. REVISIÓN DE LA FIJACIÓN CON LA TÉCNICA DE BOSWORTH EN LUXACIONES ACROMIOCLAVICULARES

F. Pulido Albertus, I.J. García Aguilar, M. López Morales, C. de Luis Pérez y C. Gómez Zubeldia

Hospital de Motril. Granada.

Introducción y objetivos: La luxación acromioclavicular es una patología frecuente en determinados tipos de lesiones y en determinados perfiles de pacientes. En este estudio observamos las indicaciones, la técnica quirúrgica, resultado y complicaciones del tratamiento quirúrgico mediante la fijación con la técnica de Bosworth.

Material y método: Serie retrospectiva de 18 casos de luxaciones acromioclaviculares, en un período de tiempo comprendido entre los años 2007 y 2011, tratadas con la técnica quirúrgica de Bosworth en un seguimiento mínimo de 6 meses.

Resultados: Evaluamos el resultado de estos pacientes objetivando la funcionalidad articular, el tiempo de recuperación, las complicaciones neurovasculares, o las reintervenciones por distintos motivos.

Comentarios y conclusiones: Con esta revisión queremos mostrar nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico mediante la técnica de fijación de Bosworth, las complicaciones aparecidas y los posibles aspectos de mejora. Creemos que siguiendo una correcta indicación, técnica de reducción y fijación, es posible una recuperación favorable y temprana, obteniendo buenos resultados funcionales.

CC-324. USO DEL SPEED-FIX EN ROTURAS PARCIALES DEL SUPRAESPINOSO

J. Hernández López, A. Murcia Asensio, R. Lax Pérez, F. Ferrero Manzanal, F. Vera Repullo, J. Álvarez González y A. Meroño García

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia.

Introducción y objetivos: El manejo de las roturas parciales del supraespinoso es motivo de controversia en cuanto a realizar un desbridamiento y acromioplastia frente a reparar la misma. Es este estudio, en pacientes con síntomas de suficiente duración e intensidad, en los que ha fracasado el tratamiento conservador, y asocian roturas bursales > 3 mm (grados 2 de Ellman) o > 33% del espesor según Burkhart, se completa la rotura y se realiza una fijación transósea con el sistema Speed-Fix, restableciendo la integridad y el foot-print del tendón lesionado.

Material y método: Se realiza la técnica en 28 pacientes, diagnosticados por la exploración física y confirmados por RMN, de los cuales 21 son varones y 7 mujeres, con media de edad de 46 años y un rango entre 38 y 58 años. Todas las reparaciones se llevaron a cabo mediante técnica arcos oliva y en decúbito lateral. Las escalas de medición utilizadas son el Constant score y la escala de Oxford, tanto preoperatoriamente, como después de la intervención al mes, a los tres y seis meses.

Resultados: La grado de satisfacción de los pacientes fue de muy bueno a excelente en 22 casos, regular en 4 casos y malo en 2 casos. La escala de Constant pasó de 51 en el preoperatorio a 63 al mes, 77 a los tres meses y 81 a los 6 meses.

Comentarios y conclusiones: El empleo del sistema Speed-Fix para la reparación de lesiones parciales del supraespinoso es una opción sencilla, reproducible y con buenos resultados a medio y largo plazo en pacientes seleccionados con rotura bursal superior al 33% de espesor.

CC-325. RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL TERCIO MEDIO DE CLAVÍCULA

J. Villodre Jiménez, X. Bertó Martí, V. Zarzuela Sánchez, J. Balaguer Andrés y A. Bru Pomer

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y objetivos: Las fracturas de clavícula suponen alrededor del 3% de las fracturas del adulto, afectando el 80% a la diáfisis. Tradicionalmente, las fracturas diafisarias de clavícula muy desplazadas se trataban de forma conservadora. Sin embargo, estudios actuales atribuyen mejores resultados funcionales y menores tasas de pseudoartrosis al tratamiento quirúrgico. El propósito de este estudio es comparar los resultados a corto plazo obtenidos en el tratamiento de las fracturas de tercio medio de clavícula en nuestro Hospital y exponer las principales complicaciones.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo incluyendo 25 pacientes con fractura diafisaria de clavícula tipo 2B según la clasificación de Edimburgo, con edades comprendidas entre 16 y 65 años, desde 2006 hasta 2011 y un seguimiento medio de 28,59 meses. Recibieron tratamiento quirúrgico (osteosíntesis con placa) aquellos casos de fractura abierta, sufrimiento de la piel, lesión neurovascular asociada, acortamiento mayor de 1,8 cm o diastasis de los fragmentos. El

resto fue tratado mediante inmovilización con cabestrillo. Para evaluar los resultados utilizamos el cuestionario DASH score, una encuesta de satisfacción del paciente y el control radiológico del tiempo de consolidación.

Resultados: Los pacientes intervenidos tuvieron mayores tasas de consolidación (91% frente a 82%) en menor tiempo (de 2 a 4,5 meses con 2,5 de media). El DASH score medio también fue mejor en los operados (19,3 puntos frente a 23,4). El grado de satisfacción del paciente fue similar en ambos casos. La tasa de complicaciones quirúrgicas fue del 37%.

Comentarios y conclusiones: Los resultados del tratamiento quirúrgico en las fracturas diafisarias desplazadas de clavícula son buenos, con una menor tasa de pseudoartrosis que los no intervenidos. No obstante, existe una elevada tasa de complicaciones quirúrgicas que hemos de tener en cuenta al decidir el tratamiento óptimo de estas lesiones.

CC-326. TRATAMIENTO CONSERVADOR EN FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL

L. Pelaz Berdullas

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de húmero proximal son fracturas muy frecuentes. Presentan una incidencia aproximada de 73/100.000 personas. El 75% de los pacientes superan los 60 años de edad y son más frecuentes en mujeres que en hombres (3:1). La mayoría de las fracturas de húmero proximal son fracturas no desplazadas o mínimamente desplazadas y responden satisfactoriamente al tratamiento conservador. **Objetivo:** valorar los resultados funcionales del tratamiento conservador en los pacientes incluidos en el estudio con fracturas de húmero proximal e identificar factores de riesgo que puedan condicionar peores resultados funcionales.

Material y método: Estudio prospectivo en el que se incluyen 44 pacientes revisados entre septiembre de 2010 y julio de 2011 en las Consultas Externas de la Unidad de Miembro Superior B de Cirugía ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario La Paz, con fractura de húmero proximal que cumple los criterios de inclusión en el estudio. De ellos 27 completaron el estudio (61,4%). El tiempo mínimo de evolución ha sido de 8 semanas. 19 de los pacientes eran mujeres. La edad media era de 67,26 años (rango 18-91). La mayor parte de los pacientes (13/27) presentaban fracturas no desplazadas en una parte según la clasificación de Neer, 12 pacientes presentaban fractura en dos partes y en 3 casos la fractura presentaba tres partes. Se ha valorado el dolor residual, la satisfacción, el grado de movilidad, la fuerza y la funcionalidad para actividades diarias a través de la escala DASH. Además se han comparado los resultados en función del sexo y la edad del paciente, la dominancia, la presencia de comorbilidades, el grado de desplazamiento de la fractura, la presencia de fracturas asociadas y la realización de rehabilitación supervisada.

Resultados: Los resultados funcionales en los pacientes de este estudio son, en general, buenos, observándose peores resultados en cuanto a dolor y movilidad en pacientes que superan los 65 años (p 0,009 y 0,02 respectivamente) y menos balance articular tras la consolidación de la fractura en pacientes con fracturas en tres fragmentos. La valoración mediante la escala DASH mostró mejores resultados en pacientes mayores de 65 años (p 0,01) y pacientes con fracturas no desplazadas (p 0,02).

Comentarios y conclusiones: Los resultados obtenidos en esta serie confirman que el tratamiento conservador de las fracturas de húmero proximal obtiene buenos resultados funcionales, teniendo en cuenta que la edad avanzada, la presencia de lesiones asociadas y comorbilidades pueden condicionar el mismo.

CC-327. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FRENTE AL ORTOPÉDICO EN LAS FRACTURAS DE EXTREMO PROXIMAL DEL HÚMERO

L.E. Hernández Castillejo, B. González Montero, P. Jiménez Ortega, R. Delgado Mateo, N. Gaspar Aparicio, G. Guerrero Álvarez, D. Ruíz Picazo y J. Pérez Martínez

CHUA Albacete.

Introducción y objetivos: Valorar los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico frente al tratamiento ortopédico en las fracturas proximales del húmero en 3 y 4 fragmentos.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de 100 pacientes con fractura de extremos proximal de húmero en 3 y 4 fragmentos entre los años 2007-2011. En la mitad de los pacientes se optó por tratamiento quirúrgico y en la otra mitad por tratamiento ortopédico. Las fracturas se distribuyeron según la clasificación de Neer. Nuestra hoja de recogida de datos incluye: Datos demográficos, lateralidad, tratamiento realizado, fecha de alta, días de hospitalización, comorbilidades, complicaciones y reingresos

Resultados: La valoración se realizó mediante la escala de Constant. Ambos grupos pueden encontrar mejoría clínica significativa en función de las características del paciente, del tipo de fractura y de la calidad de la reducción.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de las fracturas de extremo proximal de húmero ha evolucionado en los últimos años en función del desarrollo de los tratamientos que ofrece la cirugía. Conocer los resultados que presentan un tratamiento quirúrgico frente al tratamiento ortopédico, nos puede ayudar a tomar una decisión más acertada en función de las características de la fractura y del paciente.

CC-328. ESTABILIZACIÓN DE OS ACROMIALE INESTABLE. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

L.F. Robledo Riaño, C. Roselló Labrada, M. Torres Coscoyuela, J.M. Nieto Carrizosa, E.J. Salvador González, J. Suárez Fernández, A.M. de Paz Nieves y P. García Ibáñez

Hospital General de Móstoles. Madrid.

Introducción y objetivos: El os acromiale es una causa rara de dolor de hombro. Los síntomas pueden deberse a un meso-acromion inestable, que puede causar impingement del fragmento libre, asociarse a ruptura del manguito de los rotadores o movimientos bruscos del os acromiale. El tratamiento inicial es no quirúrgico, con fisioterapia, AINES e inyecciones subacromiales con corticoides. La cirugía se reserva para los pacientes que no responden al tratamiento conservador. Hay varias opciones de tratamiento quirúrgico en el os acromiale, como son la escisión del fragmento (si este es pequeño), la RAFI (reducción abierta + fijación interna) o descompresión artroscópica. Realizamos una revisión de la literatura a propósito de un caso tratado mediante RAFI + sutura directa de supraespinoso en el servicio.

Material y método: Hemos realizado una revisión bibliográfica actualizada, basada en literatura disponible en bases de datos (Pubmed - Mesh database) acerca del tratamiento quirúrgico del os acromiale. Ilustramos dicha revisión con un caso práctico tratado en nuestro servicio.

Resultados: El dolor en el hombro es una causa frecuente de consulta en traumatología. A su vez es una patología limitante, con morbilidad importante asociada. La patología relacionada con el os acromiale, aunque es una causa poco frecuente de dolor en hombro, puede ser controlada con un adecuado tratamiento. Presentamos un caso tratado de tratamiento quirúrgico mediante síntesis de os acromiale inestable sintomático.

Comentarios y conclusiones: Acorde con lo encontrado en la literatura el tratamiento mediante RAFI ha sido efectivo, encontrando una mejoría clínica y radiológica.

CC-329. PATOLOGÍA CERVICAL Y DEL HOMBRO

P. Zuñil Acosta, J.M. Fernández Arroyo, G. Muñoz Sánchez, J.V. Peralta Molero, B. Ruiz Nieto, A.I. Simón Carrascal, H. Mínguez Pérez y R. de los Santos de la Cruz

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: El hombro es una articulación compleja que al lesionarse origina distintos tipos de dolor referido. De ahí la importancia de realizar una exploración física completa así como una correcta solicitud de pruebas complementarias

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 31 años con clínica de dolor cervical irradiado a miembro superior. La paciente fue estudiada en un centro privado donde se realiza RNM de columna cervical que objetiva hernia discal medial C5-C6 con impronta anterior sin mielopatía. Se realiza intervención quirúrgica con discectomía C5-C6 con artrodesis cervical a ese nivel. Tres años después persiste la clínica dolorosa. Tras nuevos estudios de imagen se evidencia movilidad del segmento cervical decidiéndose reintervención con nueva artrodesis. Tras ambas intervenciones, la paciente no encuentra mejoría, por lo que acude a nuestro centro. Tras valoración clínica, se le realizó RNM de hombro derecho sin patología de manguito pero con una cápsula articular tipo III.

Resultados: Se realiza artroscopia de hombro con retensado capsular. Tras la cirugía la clínica desapareció.

Comentarios y conclusiones: La inestabilidad gleno-humeral en mujeres laxas es una patología frecuente. El hombro adopta una postura en antepulsión y contractura del pectoral mayor lo que puede producir afectación nerviosa y provocar una clínica de cervicobraquialgia que confunda el diagnóstico.

CC-330. EXPERIENCIA Y COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL CON PLACA PHILOS

S. Gálvez Sánchez-Rando, C. Moreno Verdulla, A. Fernández Palomero, F. Aguiar García y M.L. Merino García

Hospital de la Axarquía. Málaga.

Introducción y objetivos: Estudio retrospectivo para evaluar los resultados y complicaciones de las fracturas de húmero proximal tratadas con placas Philos.

Material y método: Se revisan de forma retrospectiva 37 pacientes intervenidos de fractura proximal de húmero entre 2008-2011 mediante placa Philos (Synthes). Las variables de estudio entre otras fueron demográficas, tipo de fractura (según clasificación AO), lesiones asociadas, características de la placa Philos, complicaciones inmediatas, tiempo de rehabilitación, consolidación y valoración funcional del hombro mediante la escala Constant.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 62 años, 23 mujeres y 14 varones, en su mayoría tipo B de AO, con un seguimiento medio de 8 meses. El tiempo medio de consolidación fue de 10 semanas. Se presentaron complicaciones a largo plazo en un 24% de casos. La valoración funcional del hombro según la escala de Constant tuvo resultado medio de 50/100.

Comentarios y conclusiones: En nuestra serie encontramos una disociación clínico-radiológica: resultados radiológicos satisfactorios en la mayoría de los casos, sin una respuesta funcional acorde a estos resul-

tados. Cabe preguntarse si estamos sobreindicando la cirugía en este grupo de pacientes.

CC-331. HOMBRO FLOTANTE. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS Y REVISIÓN

U. García de Cortazar Antolin, I. Cearra Guezuraga, F.M. Silió Ochandiano, R. García Melgosa, M.E. Tovío Torres, M. Arroyo Blázquez, E. Castrillo Carrera e I. Gorostiaga Mendia

Hospital de Basurto. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presentan dos casos de hombro flotante, tras traumatismo de alta energía, atendidos en nuestro hospital en los últimos meses. Se trató en ambos casos de pacientes jóvenes que sufrieron un accidente de tráfico. Estos casos dan pie a revisar una entidad cuya definición y límites son aún difusos, y fuente de controversia.

Material y método: En uno de los casos se consideró la lesión susceptible de tratamiento quirúrgico, y en el otro caso se siguió un tratamiento conservador. Realizamos en el presente trabajo una breve revisión de la bibliografía publicada acerca de esta entidad.

Resultados: Los resultados a corto y medio plazo han sido en ambos casos muy satisfactorios, con buena recuperación funcional. Han sido publicados, asimismo, distintos sistemas de clasificación y diversos criterios de indicación quirúrgica. Existen todavía hoy áreas de controversia, por estudiar.

Comentarios y conclusiones: El concepto de hombro flotante ha variado a lo largo de los últimos años, pudiéndose considerar como vigente el modelo de doble disrupción del complejo suspensorio descrito por Goss, aunque con ciertos matices. La bibliografía consultada muestra en estudios retrospectivos resultados buenos tanto para tratamiento quirúrgico como para tratamiento conservador, cobrando en este contexto especial importancia una mayor concreción de los criterios de inestabilidad que nos orienten a seguir uno u otro tratamiento.

CC-332. REVISIÓN DE LAS PSEUDOARTROSIS HUMERALES PROXIMALES TRATADAS MEDIANTE OSTEOSÍNTESIS MÁS INJERTO

X. Solernou Soler, J. Huguet Boqueras, M. Yuguero Rodríguez, V. Ros Munné, M. Valls Mellado, F. Fillat Gomà y P. Torner Pifarré

Hospital Universitari Parc Taulí. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas humerales proximales son una patología frecuente constituyendo el 10% del total de las fracturas, siendo las terceras en frecuencia después de las fracturas de cadera y las del extremo proximal del radio. Está descrito en la literatura que hasta un 20% de estas presentan una mala unión si se han tratado de forma conservadora. También se ha observado que un 1,1% de estas fracturas evolucionan hacia una pseudoartrosis, y que tratadas quirúrgicamente el número puede aumentar hasta un 2,5%.

Material y método: Presentamos 4 casos clínicos de pseudoartrosis en fracturas humerales proximales diagnosticadas y tratadas en nuestro centro entre los años 2006 y 2011. En tres de los casos se realizó inicialmente un tratamiento conservador con cabestrillo, y la otra mediante un enclavado elástico tipo Kapandji pero en los seguimientos posteriores se objetivó la presencia de una pseudoartrosis. En todos los casos se realizó tratamiento quirúrgico mediante la valoración de la movilidad cefálica, limpieza y avivamiento de los focos de fractura, identificación del sangrado vital de la cabeza humeral, aporte de injerto óseo estructural y de chips de esponjosa y osteosíntesis con placa de estabilidad angular.

Resultados: Todos los casos presentaron una evolución posterior favorable después de la cirugía de rescate consiguiendo la consolidación y no se registró ningún caso de infección.

Comentarios y conclusiones: Múltiples causas han sido descritas como posibles causantes de la pseudoartrosis humeral proximal como el grado de desplazamiento inicial, la conminución metafisaria, la interposición de partes blandas o procesos que dependen del paciente como la edad, las comorbilidades y el uso de corticoides entre otras. Muchas de estas pseudoartrosis son bien toleradas, pero las que son sintomáticas pueden requerir una intervención quirúrgica mediante una osteosíntesis o una artroplastia si el fragmento articular no es vital. El uso de injerto óseo permite aportar osteoinducción y osteoconducción para favorecer el proceso de consolidación. Las pseudoartrosis humerales proximales son un reto importante para al cirujano del hombro. Las que son tributarias de tratamiento quirúrgico, es de vital importancia un diagnóstico preciso para valorar la viabilidad y la movilidad del fragmento cefálico y el grado de osteopenia / osteoporosis. El dolor es el principal motivo de consulta, mucho más que la limitación funcional que ocasiona.

INFANTIL (CC-333-CC-415)

CC-333. TRANSPOSICIÓN DEL TIBIAL ANTERIOR Y YESOS TIPO PONSETI COMO TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE AGRESIVO EN SECUELAS DE GUILLAIN-BARRÉ

A. Núñez Medina, A. Fernández Fernández-Arroyo, A. Núñez García, G. de Cabo Tejerina, A. Rodrigo Alonso y M. González Murillo

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Guillain-Barré presente en niños deja como secuelas la aparición de una espasticidad rígida que condiciona el desarrollo de un pie equino y aducto rígido. El tratamiento de este pie neurológico consiste en la triple artrodesis del tarso evitando la evolución a equino.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 15 años, que presentó como secuela de un Guillain-Barré la presencia de forma bilateral de pies equinos rígidos a la edad de 10 años.

Resultados: Se decidió tratar, por medio de tenotomías percutánea del Aquiles para la corrección del equino, seguido de tratamiento con yesos durante 3 semanas. Se consiguió que el paciente volviera a caminar con sus propios medios durante 5 años, pero de forma progresiva se reprodujo la deformidad dando lugar a un pie equino varo bilateral. Tras rechazar los padres la realización la triple artrodesis del tarso se opta como alternativa menos cruenta por la transposición del tibial anterior y alargamiento del tendón de Aquiles por medio de la técnica de Vulpus. Colocándose en el postoperatorio yesos tipo Ponseti durante 3 semanas, consiguiendo que el paciente deambulara de nuevo, manteniendo esta vez una ortesis tipo KAFO diurnas y rancho de los amigos nocturnas.

Comentarios y conclusiones: Gracias a nuestra buena experiencia en el tratamiento de los pies Zambos con yesos tipo Ponseti que se maneja en la unidad, hemos comenzado a usar dicha técnica en pies neurológicos que en ocasiones realizamos tras inyección de toxina botulínica. En los pies zambos que no toleran férula de Dennis Brown realizamos tras la corrección transposición del tibial anterior a 3 cuña que fijamos con arpón reabsorbible. Por ello pensamos que la corrección con yesos tipo Ponseti y transposición del tibial anterior supone una buena alternativa en estos pacientes.

CC-334. IMPOTENCIA FUNCIONAL EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO TRAS PARTO NO INSTRUMENTADO

A. Aguilar López, J. Downey Carmona, A. Pérez Sánchez, C. Zarzuela Jiménez, P. Rodríguez Huguet y J. Acero Caballero

Hospital de Jerez. Cádiz.

Introducción y objetivos: Las lesiones físicas que tienen lugar durante el trabajo del parto han descendido durante los últimos años gracias al avance de las técnicas obstétricas, como la cesárea electiva y la disminución del uso del fórceps, llegando a situar su prevalencia entre el 2 y el 7% de los RN vivos. El diagnóstico precoz de estas lesiones resulta fundamental para evitar posteriores secuelas.

Material y método: Se presenta el caso de un RN varón de 24 horas de vida que presenta dificultad para la movilización espontánea del MSD tras parto no instrumentado. A la inspección, se observa importante asimetría en la movilización activa de ambos miembros superiores, con miembro superior derecho en actitud de aducción y supinación. A la movilización pasiva del brazo derecho se demuestra aparición de dolor, que se acompaña de empastamiento leve a la palpación sobre el codo derecho. Tras examinar las radiografías AP y Lateral de codo derecho se sospecha epifisiolisis distal de húmero, por lo que se solicita ecografía urgente, en la que se comprueba una separación completa de la epífisis distal de húmero, que se encuentra luxada hacia posterior. Bajo anestesia general se procede a realización de artrografía y reducción cerrada seguida de inmovilización con férula braquial a 90° en P/S neutra.

Resultados: Tras 3 semanas de inmovilización se revisa en consulta con nuevas radiografías de control en las que no se observan nuevas incidencias. Se procede a retirada de yeso, comprobándose ausencia de dolor a la palpación y movilización pasiva y activa completas no dolorosa, por lo que se procede al alta.

Comentarios y conclusiones: El desprendimiento condroepifisario de húmero distal es una patología poco frecuente que resulta difícil de diagnosticar mediante la radiología simple, resultando imprescindibles para su adecuado diagnóstico y tratamiento otras técnicas de imagen como la ecografía y artrografía.

CC-335. RESULTADOS DE LA REPARACIÓN DE ROTURAS DE LCA EN MENORES DE 15 AÑOS

A.M. Martín Fuentes, L. Díez Berrio, M. Mellado Romero, L. Bravo Giménez, L. García Lamas, R. Martí Ciruelos, C. Martín López y A. Curto de la Mano

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Analizamos nuestra experiencia en el tratamiento de roturas de LCA mediante ligamentoplastia en menores de 15 años.

Material y método: Estudio retrospectivo de 10 pacientes con nivel deportivo medio-alto, intervenidos en nuestro hospital entre 2007-2010. Hubo igual distribución por sexos y lateralidad. La edad media en la cirugía fue de 14 años y 7 meses. Todos los pacientes fueron intervenidos una vez comprobado el cierre de las fisis. En 7 de ellos la cirugía se demoró más de 6 meses, realizando tratamiento rehabilitador hasta entonces. La ligamentoplastia se practicó con técnica Endobutton. Los resultados se evaluaron mediante la escala de Lysholm.

Resultados: La escala de Lysholm mejoró de 62,1 a 88,9 (66-99) con resultados excelentes en 9 rodillas (75%). En 3 pacientes se practicaron meniscectomías parciales en la misma intervención y en otro paciente a los 2 años poscirugía por nueva lesión. En 3 de estos pacientes se había demorado la cirugía hasta madurez esquelética. Hubo 2 complicaciones que requirieron reintervención por artrofibrosis. En el seguimiento más actual 8 de los pacientes han recuperado el mismo nivel deportivo.

Comentarios y conclusiones: La demora de la reconstrucción del LCA en niños con fisis abiertas hasta alcanzar la madurez, obtiene buenos resultados funcionales pero no está exenta de complicaciones.

CC-336. SINOVITIS VELLONODULAR PIGMENTADA DE RODILLA EN PACIENTE DE EDAD INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.D. Jover Mendiola, J. Sous Sánchez, C.E. Cobo Cervantes, F.M. Morán Asensi, C.A. Cardona Londoño y J.A. Velasco Medina

Hospital de Torrevieja. Alicante.

Introducción y objetivos: La sinovitis vellonodular pigmentada es una patología benigna rara en niños, por un desorden proliferativo en las articulaciones, inserciones tendinosas y bursa. Es importante establecer un diagnóstico diferencial con patología reumática. No hay suficiente literatura que describa una técnica quirúrgica mínima invasiva estandarizada para su tratamiento.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 14 años, con antecedentes de dolor de rodilla informada como SVP tras RMN. Manejado conjuntamente con el Servicio de Reumatología, la evolución de la rodilla no fue favorable. Se practicó una sinovectomía artroscópica con muestras a Anatomía Patológica, que informó como diagnóstico principal de una sinovitis crónica hiperplásica con marcados signos secundarios de hemartros. En febrero 2012 empeoró. Se le realizó una nueva RMN que informó como nuevo episodio.

Resultados: La SVP cursa con una tríada típica de dolor, inflamación e hidroartrosis, con diagnóstico normalmente erróneo, por lo que es importante establecer un diagnóstico diferencial con patología de carácter reumático (artritis reumatoide, artropatía hemofílica, tuberculosis, neoplasias). Una prueba complementaria eficiente es la RMN. Las imágenes radiológicas dan resultados negativos en la mayoría de los casos. El diagnóstico de confirmación lo establece la toma de muestras para biopsia.

Comentarios y conclusiones: Se trata de una patología de carácter multidisciplinar. Hay que establecer diagnósticos diferenciales con enfermedades de carácter reumatológico. Puede pasar desapercibida ante pruebas convencionales como imágenes radiológicas. El diagnóstico de confirmación se obtiene a través de una biopsia. Una prueba complementaria de gran utilidad es la RMN. Es bien conocido que una garantía hacia el fracaso es la demora en el diagnóstico.

CC-337. TRATAMIENTO DE FRACTURA-LUXACIÓN DE MONTEGGIA INVETERADA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

A. Núñez Muñoz, J. Roca Silva y A.M. Comasolives Arumí

Centro Médico Teknon. Barcelona.

Introducción y objetivos: Fractura descrita originariamente en 1814 por Giovanni Batista Monteggia, consiste en la fractura del tercio proximal del cúbito, asociado a la luxación de la cabeza radial. Es una lesión poco común en los niños con una incidencia del 0,4-5% de todas las fracturas del antebrazo, en edades de los 4 a los 10 años y que a menudo pasan desapercibidas.

Material y método: Presentamos 2 casos, de niñas de 4 y 6 años, vistas a las 6 semanas del traumatismo, y que presentaban deformidad plástica del cúbito y luxación anterior de la cabeza radial. Tratamiento: se realizó osteotomía de apertura cubital con osteosíntesis endomedular con Kirschner, reducción de la cabeza radial y bloqueo con Kirschner transcondileo.

Resultados: Consolidación de la osteotomía. Congruencia radio-humeral. Movilidad completa e indolora.

Comentarios y conclusiones: Patología poco frecuente. Fracturas tipo I Bado y tipo A Letts. Síntesis poco habitual. Adaptada a la edad del paciente. No realización de plastia de contención de la cúpula radial. Sutura restos ligamento anular. Buen resultado funcional y radiológico.

CC-338. FRACTURA-LUXACIÓN DE MONTEGGIA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

C. Argüelles Rodríguez, R. Iglesias Pañeda, S. Ramos García, J.F. Muñoz González, I. Fernández Bances, J. Paz Aparicio, P.A. López Fernández y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La fractura-luxación de Monteggia es una lesión rara en la edad pediátrica. Se trata de una fractura del cúbito asociada a una luxación radio-capitellum. Hasta la mitad de las luxaciones radio-capitellum pasan desapercibidas en el momento agudo, diagnosticándose de forma subaguda o crónica. Una reducción anatómica es importante para evitar cirugías secundarias correctivas y el descubrimiento de lesiones crónicas de la cabeza radial en el futuro.

Material y método: Se presenta un caso de un niño de 7 años que sufre una caída casual con traumatismo sobre codo izquierdo. Presenta deformidad, hematoma, dolor a la palpación e impotencia funcional en el mismo, y en la radiografía se objetiva una fractura de cúbito proximal asociada a una luxación cúpula radial. De urgencia se realiza una reducción abierta y fijación interna de la fractura con un oblenque sobre 2 agujas endomedulares, reduciéndose la cúpula radial de manera espontánea. El paciente es alta hospitalaria a las 48 horas de la intervención con una férula braquiopalmar que se mantiene dos semanas.

Resultados: Tras dos meses de la cirugía se observa una consolidación anatómica y una función completa sin dolor, excepto por un déficit de extensión de 5°. Ha desarrollado un queloide a nivel de la herida quirúrgica. A los cuatro meses se realiza la retirada del material de osteosíntesis reseccándose además la cicatriz hipertrófica. Tras dos meses de la extracción del material, el paciente presenta una movilidad y función completas.

Comentarios y conclusiones: Es importante reducir completamente la fractura cubital para que así reduzca también la luxación del radio proximal. La reducción mediante manipulación cerrada e inmovilización con yeso resulta extremadamente difícil; siendo necesaria la cirugía, que será abierta en la mayoría de los casos. El uso del enclavado endomedular nos va a facilitar la reducción y a proporcionar una osteosíntesis adecuada.

CC-339. REVISIÓN A LARGO PLAZO DE UN CASO DE DESEPIFISIODESIS DISTAL DE TIBIA SEGÚN LA TÉCNICA DE LAGENSKIÖLD

C. Argüelles Rodríguez, T.J. Moreno Guerrero, J.A. Diáñez Raimúndez, S. Antón García, J.F. Muñoz González, R. Iglesias Pañeda, C. Fernández Álvarez y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La epifisiodesis es un cierre precoz de la fisis de crecimiento, cuya causa principal son los traumatismos. Supone una reducción de la longitud del hueso sin deformidad angular si es completa y una deformidad angular progresiva si es parcial. A veces no se evidencian hasta meses o años después, de ahí la importancia del seguimiento de los pacientes.

Material y método: Se presenta un caso de un paciente de 7 años de edad que tras un accidente de tráfico, tuvo una fractura metafisaria y epifisaria de tibia y peroné distales abierta grado IIIB de Gustilo. El tratamiento de la fractura fue ortopédico y fueron necesarias varias cirugías para conseguir una cobertura cutánea adecuada. La consolidación de la fractura evolucionó satisfactoriamente al inicio. Sin embargo se apreció con el paso del tiempo una varización progresiva a nivel del tobillo que llegó a alcanzar los 30° como consecuencia de un cierre fisario parcial medial. Se realizó una desepifisiodesis según la técnica de Lagenskiöld, interponiendo cemento acrílico con el fin de mantener la corrección. La evolución fue favorable objetivándose una corrección progresiva del varo debido a un hipercrecimiento

medial de la fisis, y un distanciamiento progresivo entre el cemento y el cartilago de crecimiento.

Resultados: El paciente ha sido revisado clínica y radiológicamente para ver la evolución a largo plazo (23 años) de la desepifisiodesis. Se encuentra asintomático, con movilidad y fuerza completa, realizando actividad deportiva. Las radiografías muestran una buena alineación, sin apreciarse signos degenerativos.

Comentarios y conclusiones: Existen diversos estudios que nos permiten afirmar que una barra ósea puede researse satisfactoriamente para restablecer el crecimiento e incluso corregir las deformidades angulares. La técnica descrita inicialmente por Lagenskiöld consiste en resear la barra ósea vía metafisaria y la interposición de material para evitar la reproducción de la misma y permitir crecimiento en anchura de la placa fisaria.

CC-340. ROTURA DE NERVIO RADIAL POR FICHA DE FIJADOR EXTERNO EN FRACTURA DIAFISARIA DE HÚMERO

C. González Roldan, S. García Mata, M. Brun Sánchez, M. Menéndez García, I. Sancho González y P. Mateo Sebastián

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La parálisis del nervio radial acompaña a las fracturas diafisarias de húmero entre el 6-15% de las ocasiones (en niños es menos frecuente). Habitualmente se trata de neuroaparaxia por contusión del nervio o atrapamiento en la fractura y englobado en el callo. El signo de Tinel precoz tiene valor pronóstico. Se impone una exploración quirúrgica si hay ausencia de signos clínicos de recuperación pasados 4 meses.

Material y método: Describimos el caso de una paciente varón de 12 años que presentó una fractura cerrada diafisaria de húmero derecho y fue tratada en otro centro mediante un fijador externo Hoffmann durante 3 meses. El paciente presentó una parálisis radial completa post-cirugía. El estudio EMG revela datos de lesión severa del nervio radial con pérdida axonal. Ante la ausencia de signos clínicos de recuperación y pasados 8 meses de la fractura, se realiza una exploración quirúrgica donde se aprecia una sección subtotal del nervio radial con neuroma proximal de gran tamaño. Se practica resección de zona lesionada e injerto de nervio sural ipsilateral. Posteriormente se colocó una férula braquiopalmar cuatro semanas.

Resultados: Actualmente se encuentra en fase de recuperación y fisioterapia y los EMG control muestran datos de reinervación.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de la fractura diafisaria cerrada de húmero en pacientes con esqueleto inmaduro es habitualmente conservador. En niños mayores, se puede realizar enclavado elástico retrógrado con la intención de acortar el tiempo de inmovilización. El uso de fijadores externos está casi restringido a las fracturas abiertas y en estos casos se aconseja la exploración quirúrgica del nervio.

CC-341. ¿HAY QUÉ OPERAR LA DEFORMIDAD DE KIRNER?

C. González Roldan, M. Brun Sánchez, S. García Mata, J. Ruiz Ruiz, M. Ercilla Oyarzábal y T. Martínez Jiménez

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La deformidad de Kirner está caracterizada por una curvatura progresiva de la falange distal del quinto dedo en dirección palmar-radial. Se desarrolla en la niñez tardía y adolescencia. Su incidencia es baja y la etiología es desconocida. Produce muy poca limitación funcional. El tratamiento habitualmente es conservador mediante ortesis. La indicación de cirugía es limitada y persigue la restauración de la apariencia más que la función del dedo.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 14 años con deformidad de Kirner del quinto dedo de la mano dcha. La limitación funcional era escasa pero al paciente le afectaba la aparien-

cia del dedo. Realizamos una doble osteotomía volar correctora en la falange, previa resección ungueal y fijación con una aguja de Kirschner, según descripción de N. Carstam en 1970. A los siete días se aprecia una infección de la herida quirúrgica que se trata con antibióticos y curas. La evolución no es satisfactoria y en la radiografía se aprecia un foco de osteomielitis de la falange distal que requiere extracción de la aguja, limpieza, curetaje y relleno con colágeno impregnado con gentamicina. Las curas siguientes muestran una evolución satisfactoria.

Resultados: La evolución posterior es favorable, y a pesar de la curación de la infección cutánea y ósea, se ha producido una ligera retracción cutánea lateral-radial que aparenta una ligera recidiva de la deformidad inicial que era la preocupación del paciente y motivo de la intervención.

Comentarios y conclusiones: Las indicaciones de corrección quirúrgica esta deformidad son muy limitadas y en casos muy concretos, como músicos o programadores de ordenadores. En caso de hacerla, hay que tener en cuenta las posibles complicaciones, algunas graves, que pueden ensombrecer el resultado final.

CC-342. SIMBRAQUIDACTILIA BILATERAL ASOCIADA A DEFORMIDAD DE KIRNER. INDEPENDIZACIÓN TARDÍA

C. González Roldan, S. García Mata, M. Brun Sánchez, J. Mondragón Rubio y D. Manrique Cuevas

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La simbraquidactilia o dedos cortos y fusionados, es un espectro de deficiencias que comienza con una segunda falange corta, se extiende hasta la ausencia de los radios centrales y termina en la ausencia de la totalidad de la mano. La deformidad de Kirner está caracterizada por una curvatura progresiva de la falange distal del quinto dedo en dirección palmar-radial. Se desarrolla en la niñez tardía y adolescencia. Su incidencia es baja y la etiología es desconocida.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 12 años, de origen asiático, que acude a nuestra consulta por una simbraquidactilia bilateral de tipo monofalángico, con pulgares libres y en la mano derecha el meñique libre presenta una deformidad de Kirner asociada. Se realiza independización de los dedos, mediante colgajos triangulares según la descripción de Brennen en 2004 e injerto cutáneo de muñeca y antebrazo. La deformidad de Kirner de la mano derecha no le molesta y además le ayuda a realizar la pinza con el pulgar.

Resultados: El paciente presenta una movilidad completa de los dedos independientes intervenidos, con funcionamiento correcto de la musculatura intrínseca.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de la simbraquidactilia depende del grado de supresión digital. En nuestro caso, el paciente presentaba una movilidad de las falanges limitada por la unión cutánea. La independización de los dedos se realiza, por lo general, a edades más precoces, pero en nuestro caso, a pesar de la edad más tardía, el resultado es muy satisfactorio.

CC-343. ESCOLIOSIS DORSOLUMBAR DEL ADOLESCENTE TRATADA CON FIJACIÓN POSTERIOR D3-L4

D. Barahona Lorenzo, P. Doménech Fernández, M. Montes Falcón, M.L. Román López, B. Romero Pérez, J. Caballero Martel, J. Nuez García y S. Barroso Rosa

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: La etiología más frecuente de la escoliosis dorsolumbar es la idiopática. Puede ser de aparición temprana (menores de 5 años) o tardía. Las escoliosis toracolumbares pueden tener complicaciones como deformidad, dolor, sintomatología neurológica,

alteraciones de la marcha, imposibilidad para la práctica deportiva, y otras más graves como enfermedad restrictiva pulmonar.

Material y método: Paciente varón de con escoliosis toracolumbar idiopática: curvatura mayor dorsal con convexidad derecha (ángulo de Cobb 56°, vértebra apical D8) y curvatura menor lumbar con convexidad izquierda (40°, vértebra apical L3). Ausencia de cifosis dorsal y lordosis lumbar. El paciente presentó durante todo su crecimiento un percentil de peso y talla mayor del 98%. En el momento de la cirugía, con 14 años, medía 1,81 m, pesaba 95 kg (IMC 29), y se encontraba en un Risser 4. Se realizó artrodesis instrumentada posterior mediante tornillos pediculares y barras corrigiendo la deformidad en los tres ejes del espacio. Instrumentación desde D3 a L4.

Resultados: Columna prácticamente recta en plano coronal. Cifosis dorsal de 10° y lordosis lumbar de 20°. Disminución de la giba costal. Ausencia de dolor y sintomatología neurológica. Al 14° día del postoperatorio el paciente comienza a deambular.

Comentarios y conclusiones: Las escoliosis del adolescente pueden suponer una grave afectación de la calidad de vida. En pacientes que han completado su crecimiento y que por lo tanto no se prevé un gran aumento de la deformidad, y que presentan curvaturas mayores de 45°-50° según el ángulo de Cobb, la cirugía sería el tratamiento idóneo. Existen numerosas técnicas, siendo la fijación posterior transpedicular la que mayores correcciones consigue y mejor biomecánica presenta. La controversia reside en fijar la curvatura mayor y la menor o sólo la mayor. La corrección espontánea de la curvatura menor puede aparecer una vez fijada la mayor. Esto da lugar a columnas menos rígidas pero disminuiría el grado de corrección.

CC-344. DEFORMIDAD EN RODILLA DEL RECIÉN NACIDO

D.M. Dussan Arango, S.F. Silva Mancera, J.A. del Fresno Molina, J. Ruiz Sanz y J.A. Abad Lara

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: La luxación congénita de rodilla es una malformación extremadamente rara. Se produce por una malposición intrauterina y se asocia con otras anomalías como displasia del desarrollo de caderas, agenesias de ligamentos cruzados, desviaciones de los pies, deformidades de la caja torácica, luxación de codo y contractura de cuádriceps.

Material y método: deformidades de la caja torácica, luxación de codo y contractura de cuádriceps. Presentamos un caso de una recién nacida primogénita, con presentación de nalgas durante todo el embarazo. El parto fue por cesárea y no hubo complicaciones perinatales. La paciente presentaba una pérdida de relación entre las superficies articulares de fémur y tibia de la rodilla izquierda clasificada por Leveuf y Pais como grado 2 con 25° de hiperextensión y con flexión hasta 90°.

Resultados: Se realizó tratamiento con yesos seriados durante 6 semanas hasta conseguir la flexión completa de la rodilla. Tras un año de seguimiento la paciente deambula sin ayuda de dispositivo ortopédico.

Comentarios y conclusiones: Como conclusión, es necesario un conocimiento adecuado de esta patología puesto que un mal tratamiento provocará graves problemas funcionales a la vez que descartar otras patologías asociadas que puedan llamar menos la atención.

CC-345. HEMIHIPERTROFIA DE MIEMBRO INFERIOR EN PACIENTE AFECTO DE NEUROFIBROMATOSIS DE TIPO 1

E. Corella Abenia, L. Ezquerro Herrando, A. Castillo Palacios, R. Estella Nonay, A. Torres Campos, A. del Bosque Herrero, B. Seral García y J. Albareda Albareda

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Paciente de 12 años de edad que presenta antecedentes de neurofibromatosis de tipo 1 con manchas café con

leche axilares e inguinales, neurofibromas plexiformes en extremidades, múltiples hamartomas cerebrales, así como trastorno de la conducta con déficit de atención. El paciente es revisado anualmente desde los 2 años de edad, con controles telemétricos de las extremidades inferiores con una dismetría de unos 6 cm a expensas de la tibia derecha. Presentaba un diámetro de 28,4 cm en la pierna izquierda y un diámetro de unos 33,5 cm en la derecha. Aquejaba dolor a la palpación de las partes blandas del tobillo y de la pierna, sin limitaciones en la movilidad.

Material y método: Rx telemétricas: dismetría de unos 6 cm a expensas de la tibia derecha. RM de pierna derecha: numerosas formaciones nodulares que comprometen los planos subcutáneo y muscular, compatibles con neurofibromas. Cumpliendo los criterios descritos de neurofibromatosis y tras realizar el estudio genético, el paciente es diagnosticado de neurofibromatosis de tipo 1 o enfermedad de Von Recklinghausen.

Resultados: El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante una epifisiodesis de la tibia proximal utilizando grapas de Blount, así como una epifisiodesis de la tibia y del peroné distales mediante tornillos canulados realizada en el momento prepuberal tras calcularse el crecimiento residual esperable a nivel de dicha tibia derecha y con el objetivo de igualar la longitud de ambos miembros inferiores.

Comentarios y conclusiones: La neurofibromatosis de tipo 1 es una enfermedad autosómica dominante que afecta a 1 de cada 3.000 personas en el mundo. Las manchas café con leche y los neurofibromas son las manifestaciones clínicas más reconocidas; sin embargo, esta enfermedad afecta a multitud de órganos y sistemas, de forma que para su tratamiento es necesario un abordaje multidisciplinar. El sobrecrecimiento de algunos tejidos de una determinada región del cuerpo es uno de los rasgos de esta enfermedad y puede conllevar una dismetría de dicha extremidad. Tal sobrecrecimiento es descrito como una hipertrofia unilateral y segmentaria o incluso un gigantismo. El crecimiento óseo subperióstico conducirá hacia un irregular alargamiento del hueso. La cirugía ortopédica efectuada deberá intentar cumplir dos premisas fundamentales: la mejoría estética y de la función.

CC-346. LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA. CASO CLÍNICO

E. Rodrigues Ribeiro, B. Pereira Alpoim, A.J. Félix, A. Alves Alves y A. Marques Campos

Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Portugal.

Introducción y objetivos: La luxación congénita de la rodilla (LCR) es una enfermedad rara (1,7/100.000), a menudo asociada con otras anomalías (mielodisplasia, artrogriposis, síndrome de Larsen). Se caracteriza por dislocación anterior de la tibia proximal en el fémur con recurvatum, asociada a subluxación rotacional o en el plano frontal. En el 70% al 100% de los casos hay también luxación de cadera ipsolateral. Se clasifica en función del grado de anteversión: Grado I (< 20°), grado II (subluxación 20 < 45°), Grado III (luxación completa). El tratamiento es obligatorio y debe ser precoz. Empieza después del nacimiento a través de la flexión de la rodilla y la inmovilización pasiva con yeso cruropédico en el mayor grado posible de flexión, y la maniobra se repite semanalmente hasta lograr la flexión completa. La cirugía está indicada para los fracasos con el tratamiento conservador. Consiste en la capsulotomía anterior, el alargamiento del tendón del cuádriceps y la reconstrucción del ligamento. Se debe realizar antes de los seis meses de edad.

Material y método: Niña recién nacida que presenta LCR izquierda con 40° de anteversión (grado II), y pie zambo en la extremidad contralateral. No hay antecedentes familiares de interés u otros hallazgos en el examen físico. Tratamiento conservador con manipulaciones semanales e inmovilización con yeso cruropédico en flexión máxima y el método de bota de yeso (Ponsetti) para el pie zambo. A los 10

meses se detectó luxación congénita de la cadera derecha. Se sometió a tratamiento quirúrgico -reducción quirúrgica y la fijación con aguja Kirchner, tenotomía del aductor y espica.

Resultados: El resultado final fue excelente, con corrección de las deformidades.

Comentarios y conclusiones: El diagnóstico precoz y el tratamiento de la LCR se asocia con un mejor pronóstico de esta rara enfermedad. Es indispensable la investigación de deformidades asociadas.

CC-347. LUXACIÓN METACARPO-FALÁNGICA COMPLEJA DE 2.º DEDO EN EDAD PEDIÁTRICA

F. Trell Lesmes, F.J. Fernández Doral, M. Martínez Maside, P. Benavente Rodríguez, C. López Orosa, S. Pascual del Hoyo y F.J. García Lázaro

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: Ante un traumatismo, en la edad pediátrica hay que tener en cuenta, la presencia de placas fisarias abiertas, que suponen zonas anatómicas más débiles y más propensas a sufrir fracturas-epifisiolisis que luxaciones articulares. Esto se debe a que la zona fisaria, localizada entre la capa hipertrófica y la de calcificación, es más débil que la cápsula articular y los ligamentos, por lo que es poco frecuente encontrar literatura con grandes series de luxaciones puras en este grupo de edad.

Material y método: Los autores presentan un caso clínico de un varón de 9 años de edad, que acude a urgencias por dolor, deformidad e impotencia funcional del 2º dedo de la mano derecha, tras sufrir un traumatismo en un accidente deportivo. A la exploración física presenta una actitud en hiperextensión de la MTC-F del 2º dedo con flexión de las IFP e IFD, así como una imbricación del pliegue palmar distal a nivel del 2º dedo. No refiere alteraciones sensitivas y presenta buen relleno capilar distal. Se realiza un estudio radiológico en donde se objetiva una luxación de la articulación MTC-F del 2º dedo. Bajo anestesia regional se realiza suave maniobra con flexión de muñeca y presión dorsal sobre la base del 2º dedo sin conseguir la reducción articular. Se procede a realizar una reducción abierta mediante un abordaje volar, objetivándose la interposición del flexor y paquete vasculo-nervioso a través de un ojal de la cápsula a nivel volar-radial impidiendo la reducción cerrada. Se amplía el ojal capsular para sacar la cabeza del metacarpiano, y retirar el paquete V-N y el flexor para lograr la congruencia articular. Tras la reducción y comprobar el movimiento se comprueba el recorrido y la estabilidad. Se completa con una inmovilización con una férula dorsal en posición de "intrínseco plus" durante 3 semanas.

Resultados: Se realizó un control radiológico a la semana conservando la reducción concéntrica. La férula se mantuvo durante 3 semanas, obteniéndose un buen resultado radiológico y funcional final.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones metacarpo-falángicas son lesiones poco frecuentes y su diagnóstico se basa en una sospecha clínica tras un traumatismo. La existencia de edema, limitación de la movilidad y la deformidad, junto con el estudio radiológico con dos proyecciones ortogonales, confirman el diagnóstico. Muchas veces es difícil el realizar un correcto estudio radiológico, y junto con la falta de osificación del esqueleto inmaduro, puede dificultar la interpretación de las imágenes, y el diagnóstico se sospecha por un ensanchamiento o un estrechamiento articular, pudiendo realizar radiografías oblicuas de la misma mano y/o contralaterales comparativas. Para el tratamiento de las luxaciones simples se precisa de una reducción urgente de la articulación, si es posible por métodos cerrados bajo anestesia regional o sedación. Una vez reducida la articulación debe de evaluarse la estabilidad y la congruencia articular mediante pruebas de estrés y radioscopia. En los casos de luxaciones complejas, que se sospechan por reducciones no concéntricas o de luxaciones irreductibles por la presencia de interposición de

partes blandas debido a la formación de un ojal o la interposición de tejidos como pueden ser la placa palmar, sesamoideos, flexor profundo, ligamentos, fragmentos osteocondrales u otros tejidos, se debe de realizar la reducción abierta en quirófano. En estos casos la imbricación del pliegue palmar distal es un signo patognomónico. Es importante señalar, que ante la presencia de este signo, debe de evitarse el intento de reducción mediante tracción simple del dedo, ya que esta maniobra cerraría aún más el ojal de tejidos blandos en donde se encuentra atrapada la cabeza del metacarpiano, convirtiéndola en irreductible, necesitando de la reducción abierta, bien mediante una vía palmar, dorsal o lateral según preferencias del cirujano. El abordaje palmar es el elegido por la mayoría de los cirujanos, ya que tiene la ventaja de ser un abordaje directo de las posibles estructuras que atrapan a la cabeza del metacarpiano, a pesar de que existe un mayor riesgo de lesión del paquete vasculo-nervioso por esta vía. En el abordaje dorsal las estructuras vasculo-nerviosas están más alejadas y se visualiza bien la placa palmar interpuesta así como los posibles fragmentos osteocondrales. El manejo postoperatorio consiste en la inmovilización durante 3 semanas en posición de "Intrínseco plus", seguido de una movilización precoz funcional. En general, en las pocas series y casos descritos los resultados funcionales son buenos, y solo existen malas evoluciones cuando ha existido un diagnóstico tardío que ha originado la presencia de importantes retracciones capsulares y deterioro del cartilago articular, o cuando no se han realizado reducciones concéntricas y estables en todo su recorrido articular.

CC-348. COJERA EN UN NIÑO AUTISTA. FRACTURA TRANSCERVICAL DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN

F. Requena Sánchez, B. Manzano López y E. López Herrada

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Las fracturas del cuello del fémur en la edad pediátrica están asociadas a una alta tasa de complicaciones entre las que destaca la necrosis avascular y la consolidación en varo. Rara vez pasan desapercibidas en nuestro medio. En esta presentación describimos el manejo, técnica y resultados del tratamiento de una fractura de cuello femoral en un niño de 15 años tras dos meses de evolución.

Material y método: Varón de 15 años con antecedente de autismo, sin alteraciones motoras. Dolor en rodilla izquierda de dos meses de evolución tras traumatismo de baja energía. Atendido en urgencias, las radiografías de rodilla que no mostraban lesión ósea. Exploración en consulta: marcha en Trendelenburg, MII acortado y en rotación externa, movilidad de la cadera limitada pero el paciente no expresa dolor. Radiografías simples y TAC de cadera izquierda muestran fractura transcervical no consolidada, imagen compatible con fractura patológica sobre quiste óseo esencial. Ángulo cervicodiafisario 120°. Técnica quirúrgica: reducción en mesa de tracción. Ángulo cervicodiafisario tras reducción 150°. Abordaje lateral estándar y fijación interna con sistema dinámico de cadera DHS (Synthes®) y un tornillo canulado 6,5 mm de esponjosa a compresión, aportando injerto autólogo de cóndilo femoral ipsilateral a través del orificio del tornillo cefálico, antes de la introducción del mismo.

Resultados: Seguimiento 6 meses. Consolidación clínica y radiográfica (ángulo cervicodiafisario 150°). Ausencia de necrosis avascular. Marcha sin cojera con balance articular completo. No dismetría.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de las fracturas del cuello femoral en niños pasa por la reducción y fijación evitando la malposición en varo. Algunos autores han reportado altas tasas de éxito asociando osteotomías valguizantes intertrocanterias o subtrocanterias. La reducción en mesa de tracción y fijación con DHS puede ser una alternativa a la osteotomía valguizante en estos pacientes.

CC-349. COJERA EN EL NIÑO. PASOS HASTA SU DIAGNÓSTICO

G. Calbet Montcusi, E. García Almagro, A. Rodríguez Gangoso, J. Coloma Saiz y A. Baduell Martí

Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Tarragona.

Introducción y objetivos: Los tipos de cojera pueden cursar con o sin dolor. Cuando hay dolor se observa paso corto y desviación del tronco. Sus causas son las traumáticas, infecciones, inflamaciones o tumores. La cojera no dolorosa suele ser por deformidades óseas o insuficiencia muscular.

Material y método: En la primera visita el paciente tiene 7 años. No presenta antecedentes patológicos de interés. Refiere cojera de 3 meses de evolución sin antecedente traumático. A la exploración aparece una limitación dolorosa para la flexión y rotación interna de la cadera derecha, Thomas positivo y se mantenía afebril. En la radiología simple inicial se observa imagen compatible con subluxación externa coxofemoral derecha y osteopenia de la epífisis proximal del fémur derecho. La primera sospecha diagnóstica es de enfermedad de Perthes en estadio inicial, pero en los controles radiológicos posteriores no se observan cambios. El estudio neurológico y reumatológico descarta otra patología asociada. Se ingresa al paciente para estudio realizando diferentes pruebas complementarias (analítica, PPD, ecografía de cadera y punción articular, resonancia magnética). Los resultados fueron normales y sólo se observó derrame articular coxofemoral derecho. Se realizó una segunda punción articular que dio positiva para *Stafilococo aureus* y con el diagnóstico de artritis séptica se inició tratamiento antibiótico endovenoso.

Resultados: Dos años después del inicio del dolor de cadera, después de periodos muy sintomáticos y otros sólo de cojera pero con mejoría de las molestias, y después de haberse tratado como una artritis séptica (dudosa, ya que cabe la posibilidad que la muestra estuviera contaminada ya que el paciente se mantenía afebril y los parámetros analíticos dentro de la normalidad), se realiza nueva RM, una TAC y RX. simple, que muestran un acetábulo displásico, coxa magna y la epífisis femoral con contornos irregulares y pérdida de la esfericidad. Con el diagnóstico de coxa valga con acetábulo displásico se propone un tratamiento quirúrgico realizando osteotomía derrotativa de anteverción más acetabuloplastia previa punción articular y cultivo para descartar infección.

Comentarios y conclusiones: La valoración diagnóstica de una cojera consiste en; historia clínica detallada, observación de la marcha, exploración física y pruebas de imagen. Entre los 5 y 10 años de edad la patología de cadera más frecuente es la sinovitis, enf. de Perthes, artritis o tumores.

CC-350. TENOTOMÍA PERCUTÁNEA DE AQUILES (TÉCNICA DE HOKE) EN PIE EQUINO VARO IDIOPÁTICO BILATERAL EN PACIENTE DE 11 AÑOS

T. Zbigniew Rumin, A. Curto de la Mano e I. Merino Gutiérrez

Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción y objetivos: Presentamos un varón de 11 años con pies equinos varos no flexible sin ninguna otra patología asociada.

Material y método: Paciente de 11 años que acude a nuestras consultas por caminar de puntillas de años de evolución. Había seguido tratamiento rehabilitador (ejercicios excéntricos y fisioterapia) sin ninguna mejoría. Valorado por neuropediatría que descarta patología neuromuscular. No taliza. Rigidez total de ambos Aquiles. No puede apoyar el talón en el suelo, porque al hacerlo, pierde el equilibrio. Dolor en cabeza M1 en el apoyo de forma bilateral. Bajo anestesia general se realiza tenotomía bilateral percutánea de Aquiles según técnica de Hoke. Se colocan yesos suropédicos a 90°.

Resultados: El postoperatorio inmediato curso con dolor controlado con analgesia IV y sin sangrado ni opresión por el yeso A los 2 meses

el paciente deambula sin muletas, taliza 10-15° bilateral, puede realizar apoyo plantígrado

Comentarios y conclusiones: A pesar de una edad tan avanzada, la técnica de tenotomía aquilea percutánea tipo Hoke ha resultado ser muy eficaz, tanto en el postoperatorio inmediato como en el tardío. No hay ningún estudio de una serie de casos con pacientes en la adolescencia con tenotomía percutánea de Aquiles.

CC-351. ¿CAMBIA NUESTRA ACTITUD TERAPÉUTICA CON LA RADIOGRAFÍA EN LA ENFERMEDAD DE SEVER?

T. Zbigniew Rumin e I. Merino Gutiérrez

Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Sever es una de las causas más frecuentes de dolor del talón en el niño principalmente tras la actividad deportiva que acude a nuestras consultas. De forma rutinaria procedemos a solicitar radiografías.... Objetivo: valorar la necesidad de radiografías en pacientes entre 7-12 años con dolor en el talón, ya que, en nuestra experiencia, no cambia la actitud terapéutica que seguimos.

Material y método: Presentamos 53 pacientes (dolor en 89 de los talones) acudieron en los últimos 6 meses a nuestra consulta. Todos ellos referían actividad deportiva intensa (fútbol en el 86% de los casos). Todos ellos valorados por el mismo traumatólogo. En todos ellos se solicitan radiografías ap y lat del pie en carga. Todos ellos referían actividad deportiva intensa (fútbol en el 86% de los casos). En todos los casos se recomendó cese temporal de la actividad deportiva y taloneras de silicona de 0,5 cm.

Resultados: Edad media 9,3 años. 13 niñas y 40 niños. Con el tratamiento antes expuesto, en un periodo de 2-3 meses el 92% de los pacientes referían desaparición casi completa de los síntomas, y en todos ellos referían mejoría de los síntomas.

Comentarios y conclusiones: La enfermedad de Sever se trata de un proceso autolimitado y el tratamiento es siempre conservador. ¿Nos cambia la actitud terapéutica las radiografías? En esta serie, en ningún caso la radiografía nos cambia la actitud. Nos orientamos más a que estamos hablando de un problema mecánico.

CC-352. HIPEROSTOSIS CORTICAL INFANTIL O ENFERMEDAD DE CAFFEY-SILVERMAN. REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Í. Cearra Guezuraga, M. Rotinen Díaz, R. Alonso Vidal, M. Abeal López, E. Castrillo Carrera, D. Martínez Ogalla, O. Espinazo Arce y J.L. Monasterio Vicente

Hospital de Basurto. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una niña de 2 años y 9 meses, con antecedentes de DDC y anorexia infantil, que consulta por cuadro rápido de cojera, dolor y deformidad en antecurvatum de la pierna derecha, sin fiebre u otra clínica asociada. A la exploración: afebril, bajo peso; edema, rubor, calor en pierna derecha con dolor a la palpación; cojera ostensible; deformidad de ambos antebrazos y pierna derecha. En exploración complementaria: rx simple mostrando engrosamiento cortical y deformidad en ambas piernas y antebrazos; analítica normal; gammagrafía hipercaptación en pierna derecha y peroné izquierdo. Tras tratamiento del trastorno alimentario y sintomático, evolución satisfactoria, con resolución espontánea del cuadro. Diagnóstico de hiperostosis cortical infantil o enfermedad de Caffey-Silverman. Actualmente en seguimiento.

Material y método: Se realiza diagnóstico diferencial ante la presentación clínica, principalmente en relación a déficit alimenticio, y revisión bibliográfica de la enfermedad de Caffey-Silverman.

Resultados: La paciente presenta una evolución favorable tras seguir tratamiento sintomático. Tras ir descartando las posibles patologías

que podrían presentar el cuadro descrito, se llega al diagnóstico de hiperostosis cortical infantil, enfermedad poco común pero probablemente infradiagnosticada.

Comentarios y conclusiones: La hiperostosis cortical infantil o enfermedad de Caffey-Silverman es una entidad rara pero probablemente infradiagnosticada por su tendencia al curso autolimitado. Descrita por primera vez en 1888, ha recibido múltiples nombres. Su etiología continúa siendo incierta, si bien su fisiopatología y clínica están ampliamente descritas, debutando habitualmente de forma brusca pero con tendencia a la resolución espontánea y recuperación ad integrum. Diagnóstico de exclusión y tratamiento sintomático, pero con necesidad de seguimiento, ante raras pero posibles recidivas y/o secuelas.

CC-353. TORTÍCOLIS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. CAUSAS NO CONGÉNITAS MÁS HABITUALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA (A PROPÓSITO DE UN CASO)

I. Lafuente Pérez, E. López Vinagre, C. Rubio Codina, I. Gongalez González, M. Cobos Pradas y C.A. Morales Marín

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La tortícolis es el 3^{er} diagnóstico más frecuentemente realizado en nuestras consultas. Sus causas pueden ser congénitas o adquiridas. En esta comunicación nos centraremos en identificar y revisar las causas adquiridas más frecuentes de tortícolis en el paciente pediátrico.

Material y método: Se revisan los casos tratados en el Hospital de Cruces en los últimos 3 años (2008-2011), determinando las etiologías más comunes, datos demográficos de los pacientes, presentación clínica, estudios llevados a cabo para su identificación y tratamientos empleados para cada caso, centrándonos en las tortícolis de causa adquirida. Como referencia de tortícolis adquirida presentamos el caso de un niño de 9 años con datos de tortícolis idiopática de 5 años de evolución. Durante este tiempo ha sido valorado por Oncología con la sospecha de fibromatosis del esternocleidomastoideo. Teniendo como referencia el antecedente de traumatismo banal que refiere la familia, se realiza un TAC en busca de una luxación facetaria a nivel cervical, que finalmente no se identifica.

Resultados: En nuestra consulta el gran grupo de tortícolis lo componen las tortícolis de causa congénita, aunque también nos encontramos en menor cuantía con tortícolis adquiridas por múltiples patologías como pueden ser las tortícolis oculares, secundarias a síndrome de Sandifer, síndrome de Grisel, abscesos retrofaríngeos o neoplasias, que requieren de estudios adicionales para su identificación. A nuestro paciente se le realizaron varias pruebas complementarias para identificar la causa de la tortícolis no llegándose a un diagnóstico concluyente a pesar del estudio. Actualmente está a la espera de realizar una liberación bipolar del EMC. Revisamos la bibliografía en busca de casos similares.

Comentarios y conclusiones: En nuestra práctica clínica es fundamental diferenciar la tortícolis muscular de la no muscular; el pasar por alto y no identificar correctamente una tortícolis no muscular puede traer consecuencias devastadoras y poner incluso en riesgo la vida del paciente.

CC-354. PÚRPURA GANGRENOSA. RESULTADO FUNCIONAL EN 2 PACIENTES PEDIÁTRICOS TRAS SUFRIR MÚLTIPLES AMPUTACIONES

I. Tamimi Mariño, L. Almudena Pérez, L.A. Rodríguez, J.J. Hidalgo Díaz, L.I. Méndez Pérez y F. Villanueva Pareja

HRU Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La púrpura gangrenosa (PG) es un proceso hemorrágico inusual que se asocia habitualmente a la sepsis menin-

gocócica y otros procesos infecciosos. Suele afectar a neonatos y a niños pequeños, y comienza como una infección benigna que progresa presentando fiebre alta, equimosis purpúrica, coagulopatía intravascular diseminada, necrosis y gangrena. El tratamiento de estos niños suele requerir la toma de decisiones difíciles, ya que el cirujano y los familiares deben plantearse la posibilidad de continuar con una línea de tratamiento agresiva que puede dejar múltiples secuelas mutilantes o seguir un tratamiento paliativo.

Material y método: En este estudio revisamos la presentación clínica, tratamiento y resultados funcionales de 2 casos de PG tratados en nuestro centro entre los años 2002 y 2005.

Resultados: Los niños presentados en este estudio tuvieron un buen resultado funcional a largo plazo y una calidad de vida aceptable.

Comentarios y conclusiones: La PG es un proceso patológico que puede dejar secuelas mutilantes. Los niños presentados en este estudio tuvieron una calidad de vida aceptable a pesar de haber sido sometidos a múltiples amputaciones.

CC-355. FRACTURA DE MONTEGGIA TIPO IV EN UN NIÑO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Coloma Saiz, E. García Almagro, A. Rodríguez Gangoso, G. Calbet Montcusí, P. Maltés Fernandois, A. Baduell Martí y A.M. Chiquillo Llauredó

Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Tarragona.

Introducción y objetivos: En 1814 Giovanni Battista Monteggia describió, inicialmente, una fractura del cúbito asociada a luxación anterior de la cabeza del radio, lo cual hoy se acepta como la forma más frecuente de lesión de Monteggia. La clasificación más popular fue descrita por Bado, en 1967, y divide esta lesión en 4 tipos: Tipo I: fractura cubital angulada anteriormente asociada a la luxación anterior de la cabeza radial. La más frecuente, 70% del total. Tipo II: fractura cubital con angulación posterior asociada a la luxación posterior de la cabeza radial. Se da en un 5%. Tipo III: fractura cubital con angulación lateral asociada a la luxación lateral de la cabeza radial. 25%. Tipo IV: fractura de ambos huesos y luxación asociada de ambos huesos. Es extraordinario.

Material y método: Niño de 10 años que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital, por dolor e impotencia funcional del brazo izquierdo, tras una caída con el brazo en extensión en un parque. A la exploración física, presenta dolor a la palpación del codo izquierdo. Tumefacción y deformidad del mismo, con desestructuración del triángulo de Nelaton. Impotencia funcional para la flexoextensión y pronosupinación. No se aprecia alteración vasculonerviosa. El resto de la exploración se encuentra dentro de la normalidad. Se realizan radiografías simples en proyecciones anteroposterior y lateral que evidencian una epifisiolisis proximal de cúbito asociada a epifisiolisis proximal de radio izquierdo, comportándose, de este modo, como una fractura de Monteggia tipo IV. Previo a la intervención quirúrgica se realiza un TAC con reconstrucción tridimensional de la lesión. Con el paciente en decúbito supino, sobre mesa de quirófano y bajo isquemia preventiva del miembro afecto, se realiza un abordaje posterior del olécranon, disecando por planos por borde lateral del mismo hasta exponer la cabeza del radio. Se introduce una aguja de Kirschner por metafisis distal radial, de 1'8mm, según la técnica de Metaizeau, consiguiendo, de este modo, la reducción de la cabeza del radio. Posteriormente se realiza una fijación, del olécranon, con sistema tirante (obenque). Se lleva a cabo cierre por planos y colocación de una férula posterior de yeso en pronosupinación neutra y 90° de flexión del codo.

Resultados: El postoperatorio fue satisfactorio y sin complicaciones, por lo que, a los 4 días de la intervención, se da el alta hospitalaria al paciente. A las 5 semanas de la intervención se retira el yeso y se inicia tratamiento rehabilitador. Una semana más tarde reingresa el

paciente para retirar la aguja de Kirschner. A las 8 semanas se observa buena consolidación, radiográfica, de las fracturas con una angulación de la epífisis radial proximal de aproximadamente 30° y sin desplazamientos secundarios respecto a controles previos. A las 12 semanas presenta un balance articular de 100° de flexión y -10° de extensión, con pronación completa y supinación de 10°. Ante esta limitación funcional se plantea la retirada del cerclaje y revisión de la articulación. Tras la retirada de material de osteosíntesis y rehabilitación intensiva durante un mes, actualmente, se observa un balance articular completo de la articulación sin bloqueos.

Comentarios y conclusiones: La fractura de Monteggia se trata de una lesión poco frecuente (7% de las fracturas de cúbito, 0,7% de las lesiones de codo en el adulto y 2% en el niño) pero potencialmente grave. A diferencia de en los adultos, en los niños, la gran mayoría de este tipo de fracturas se pueden tratar, de manera satisfactoria, mediante reducción cerrada e inmovilización con yeso durante 4-6 semanas. Debemos tener en cuenta que, en niños, si las fisis se hallan lesionadas, debemos realizar una reducción anatómica de la fractura para que el hueso crezca de manera correcta.

CC-356. PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA GENICULADA SUPERIOR LATERAL TRAS ARTROSCOPIA DE RODILLA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Riego Fernández, J.E. Gil Gómez, L. Quiroga Montes, A.E. Cubillo Martín, S. López Valverde y J.L. González López

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción y objetivos: La artroscopia de rodilla es un procedimiento común y seguro, con una tasa de complicaciones relativamente baja. La incidencia de lesiones vasculares o nerviosas recogidas en series largas, se sitúa entre el 0,56 y el 0,80%. El simple hecho de la baja incidencia de estas lesiones vasculares, provoca que cuando se presentan, sean infradiagnosticadas y tratadas de forma incorrecta. Sin embargo, estas lesiones deben ser diagnosticadas de forma temprana y tratadas de forma efectiva por el riesgo que entraña para el paciente y para la supervivencia del miembro afecto.

Material y método: CASO: Paciente varón de 13 años que ingresa procedente de Urgencias derivado desde otro centro por presentar anemia postquirúrgica temprana. Cinco días antes se le había practicado apertura de alerón rotuliano externo y plicatura del interno mediante cirugía artroscopia, por luxación recidivante de rótula derecha. A las 24h posteriores al alta presenta dolor intenso y rodilla a tensión por hemartros que es drenado vía artroscópica en su centro de origen. Mejoría clínica, presentando alteración analítica, con Hg de 7,4 mg/dl, por lo que es derivado a nuestro centro para estudio hematológico y control.

Resultados: Durante el primer día de ingreso en nuestro centro, presenta anemia progresiva, llegando a Hg de 6,5 mg/dl, aumento del dolor e importante tumefacción en rodilla. Es estudiado por el servicio de hematología y se le realiza un angio-TC de MI derecho, donde se objetiva un pseudoaneurisma traumático de rama colateral de la arteria poplítea, por lo que el servicio de Radiología Intervencionista realiza una arteriografía selectiva de la arteria femoral superficial derecha, constatando un pseudoaneurisma con sangrado activo de la rama genicular superior lateral y practicando una embolización con micro-coils. En el control angiográfico no se objetivan signos de hemorragia. El paciente presenta franca mejoría, con disminución del hemartros y aumento del balance articular, manteniéndose estables los valores analíticos. Es alta al sexto día con una Hg de 10,2.

Comentarios y conclusiones: Los pseudoaneurismas de la rodilla son complicaciones poco comunes de las cirugías artroscópicas, de las sinoviectomías, artroplastias totales, osteosíntesis proximales de tibia o enclavados intramedulares de tibia. La arteria poplítea es la más afectada, seguida de las arterias geniculadas superior e inferior. El

pseudoaneurisma se puede presentar como una masa pulsátil, un hemartros o un gran hematoma. En ocasiones provocan clínica neurológica por compresión de nervios vecinos. Si la masa no está presente inicialmente, se puede retrasar el diagnóstico, incluso confundirlo con una TVP. El retraso entre la lesión y el diagnóstico se sitúa entre una semana a tres meses de media según las publicaciones. Cuando existe sospecha clínica, la primera prueba complementaria a realizar es una ecografía, seguido de la arteriografía para la confirmación diagnóstica. Los resultados de la embolización son buenos, pero la mayoría de los autores prefieren la cirugía con resección del pseudoaneurisma y reconstrucción de la pared en el caso de la arteria poplítea, o ligadura en el caso de las geniculadas.

CC-357. FRACTURA DE ESTRÉS EN TIBIA EN PACIENTE DE 10 AÑOS

J.I. Eugenio Díaz, M.L. Galadí Fernández, D. Gallo Padilla y R.M. Rodríguez Espejo

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Indicar la importancia de un equipo especializado para el diagnóstico y tratamiento de posibles lesiones tumorales.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 10 años de edad sin antecedentes personales de interés, que de manera progresiva comenzó con dolor e impotencia funcional a nivel de la pierna derecha sin sd. constitucional asociado. En radiografía se observó una reacción perióstica a nivel de tercio proximal de tibia derecha. Se realizó una RMN en centro privado que informó de la existencia de una lesión hipointensa en T1-T2 en la metáfisis proximal tibial, el aspecto posterior, asociada a edema de la médula ósea de la metáfisis proximal y diáfisis proximal tibial. Reacción periosteal con evidencia de cargación de contraste en el periostio y tejidos blando adyacentes, específicamente en el músculo tibial posterior. No se observó destrucción de la corteza. El diagnóstico diferencial incluía la existencia de Sarcoma de Ewing's, linfoma, osteosarcoma y osteomielitis. También se realizó una gammagrafía ósea que informó de cambios compatibles con un incremento focal de la actividad osteoblástica de intensidad moderada a nivel del tercio superior de la tibia compatibles con lesión tumoral de baja agresividad. Tras presentar el caso en sesión clínica nos pareció que dicha lesión era más sugestiva de una posible fractura de stress por lo que solicitaron nuevas pruebas diagnósticas.

Resultados: TAC: se confirma la existencia de una reacción perióstica continua en el extremo proximal de la tibia derecha asociado a un trazo horizontal de fractura incompleta que afecta a la cortical posteroexterna. Los hallazgos son compatibles con fractura de stress. Se decidió no realizar biopsia ni otras pruebas diagnósticas. Tras 6 semanas de descarga, la paciente comenzó a deambular de manera progresiva. En el momento actual se encuentra asintomática.

Comentarios y conclusiones: Con este caso indicamos la importancia de la existencia de unidades de tumores compuestas por traumatólogos, radiólogos y oncólogos entre otras especialidades para el diagnóstico y tratamiento de este tipo de patologías.

CC-358. ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA PACIENTE CON LUXACIÓN RECIDIVANTE DE CADERA Y SÍNDROME DE DOWN

J.I. Eugenio Díaz, M.L. Galadí Fernández, D. Gallo Padilla y R.M. Rodríguez Espejo

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Mostrar una alternativa para el tratamiento de la luxación recidivante de cadera en pacientes con síndrome de Down.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 10 años de edad, con antecedentes personales de síndrome de Down e hipotiroidismo autoinmune, que había presentado varios episodios de luxación de cadera derecha. En radiografía se observa una coxa valga bilateral acentuada. En 5 años el paciente había presentado varios episodios de luxación de cadera izquierda tratados mediante reducción cerrada. Los episodios se producían fundamentalmente por la noche y se habían convertido en indolores. En los últimos meses el paciente presentó dos episodios seguidos de luxación de cadera con una semana de diferencia, así que se realizó una búsqueda bibliográfica para encontrar el tratamiento más adecuado del paciente. Se decidió un tratamiento conservador. Tras reducción cerrada en quirófano se colocó un yeso pelvipédico que el paciente llevo durante 4 semanas. Tras esas 4 semanas se diseñó una ortesis de abducción que el paciente llevó 24 horas más durante otras 4 semanas (dicha ortesis le permitía al paciente asearse sin complicaciones) Tras 8 semanas el paciente pudo comenzar a cargar progresivamente con ayuda de la ortesis que se mantuvo por las noches durante 4 semanas más.

Resultados: En el momento actual, tras 1 años de seguimiento el paciente no ha vuelto a presentar ningún nuevo episodio de luxación de cadera y se encuentra totalmente asintomático.

Comentarios y conclusiones: Con este póster pretendemos indicar una buena alternativa al tratamiento quirúrgico de la luxación recidivante de cadera en pacientes con síndrome de Down donde la cirugía puede ser dificultosa por sus patologías concomitantes y características anatómicas particulares.

CC-359. AVULSIÓN DE LA ESPINA ILÍACA ANTERO-INFERIOR EN MUJER ADOLESCENTE DURANTE LA PRÁCTICA DEPORTIVA

J.J. Romero Cáceres, L. Cáceres Sánchez, B. García Benítez, F.J. Barrionuevo Sánchez y M. Villa Gil-Ortega

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: La fractura por avulsión de la espina ilíaca antero-superior es una lesión estable del anillo pélvico poco frecuente que rara vez precisa de tratamiento quirúrgico. Suele presentarse en pacientes adolescentes en relación con la práctica deportiva. Habitualmente el tratamiento es conservador.

Material y método: Paciente mujer de 14 años que acude a Urgencias de nuestro centro por dolor de inicio súbito durante la clase de gimnasia del colegio y que refiere como sensación de “pinchazo” en zona ilíaca e inguinal derecha. A la exploración presenta dolor a la palpación en cresta ilíaca derecha, dificultad para la flexión de la cadera y rotaciones de cadera muy dolorosas con clara limitación funcional. Se realiza radiografía simple AP de pelvis apreciándose avulsión de espina ilíaca antero-superior derecha. Se decidió tratamiento conservador mediante reposo y descarga. Se solicitó TAC para valorar grado de desplazamiento.

Resultados: A las cuatro semanas se autorizó marcha parcial asistida con un bastón y se derivó a rehabilitación. Tras diez meses de seguimiento la paciente se encontraba sin dolor, realizaba vida normal y se hallaron signos radiográficos de consolidación.

Comentarios y conclusiones: La avulsión de las espinas ilíacas suele producirse en pacientes con un esqueleto inmaduro por la contracción brusca de la musculatura durante ejercicios excéntricos como dar una patada o carreras de velocidad. Se caracteriza por su asociación a la práctica deportiva en pacientes adolescentes. Generalmente el tratamiento es conservador, aunque en aquellos casos en los que el desplazamiento es importante (mayor de 2 cm) o se requiere una convalecencia corta se puede plantear la reducción abierta con fijación interna. En nuestro caso se realizó tratamiento conservador y seguimiento exhaustivo. Los resultados finales fueron excelentes, lográndose una completa recuperación de la vida cotidiana sin secuelas.

CC-360. COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS DE CADERA EN EDAD PEDIÁTRICA

J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, R. Llombart Blanco, J. Duart Clemente, Í. Crespo Cullel, P. Díaz de Rada Lorente y J.L. Beguiristain Gurrpide

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La fractura de cadera en el niño es poco frecuente, asociada a traumatismos de alta energía. En la evolución se presentan una alta tasa de complicaciones graves.

Material y método: Revisión retrospectiva. Criterios de inclusión: Pacientes menores de 16 años, que hubieran sufrido una fractura de fémur proximal no patológica, con un seguimiento mínimo de un año y que presentaron una complicación durante el seguimiento. Se recogió los datos referentes a la edad, genero, mecanismo de lesión, tipo de descripción de la lesión según la clasificación de Delbet, el tratamiento realizado, las lesiones asociadas, las complicaciones y la evolución. Los casos que presentaron necrosis avascular fueron clasificados según la escala de Ratliff.

Resultados: Nueve pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Edad media en el momento de la lesión fue de 8,5 años (6-15 años). De acuerdo a la clasificación de Delbet se observó una fractura tipo I, tres tipo II, cinco tipo III y ninguna tipo IV. Las complicaciones fueron; cinco pacientes evolucionaron con necrosis avascular (3 Ratliff tipo A y 2 Ratliff tipo B), dos coxa valga, una coxa vara y una artritis séptica. Seis pacientes con dismetría residual de extremidades inferiores (1-5 cm). Los pacientes con peor resultado funcional a largo plazo fueron los que presentaron NAV. Seguimiento medio de 6,3 años (1,3-25).

Comentarios y conclusiones: Tras una fractura de fémur proximal en niños es aconsejable la valoración y tratamiento precoz. La NAV se asocia a un resultado funcional pobre, y su tratamiento es poco satisfactorio.

CC-361. INESTABILIDAD DE CADERA EN EL SÍNDROME DE DOWN. EL VALOR DIAGNÓSTICO DEL TAC

J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, R. Llombart Blanco, J. Duart Clemente, J.M. Bondia Gracia, P. Díaz de Rada Lorente y J.L. Beguiristain Gurrpide

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La incidencia de inestabilidad de cadera en los niños con síndrome de Down se encuentra ente 1,3% y 7% siendo la evolución natural hacia la luxación. Varios autores han sugerido que la posición de descanso nocturno (flexión, aducto y rotación interna) puede influir en el desarrollo de una luxación posterior, pero no se ha descrito el sustrato anatómico de las mismas. El objetivo del trabajo es describir los cambios anatómicos en las caderas de pacientes con inestabilidad asociada a síndrome de Down.

Material y método: Hemos revisado las TAC de los pacientes afectados de síndrome de Down, que presentaron luxación posterior de cadera, intervenidos en nuestro centro mediante OVR (anteversión) y plicatura capsular anterior.

Resultados: De los 7 pacientes (10 caderas) intervenidos en nuestro centro, tres (1 mujer y 2 hombres) presentaban TAC de caderas (2 TAC bidimensionales con reconstrucción tridimensional prequirúrgicos y 1 postquirúrgico bidimensional a los 8 años de la cirugía). En todos los TAC se observó la presencia de lesión lineal vertical (surco) localizada en región epifisaria, atravesando la fisis, anterointerna en aquellas cabezas femorales que habían presentado episodio de luxación. También se observó la lesión en una cadera que no había presentado luxación. En el caso del TAC postquirúrgico (tras OVR), se identificó la lesión en una localización más externa.

Comentarios y conclusiones: Creemos que la posición descanso nocturno, que característicamente adoptan los pacientes afectados de sín-

drome de Down, puede producir una hiperpresión de la cabeza femoral sobre la ceja acetabular posterior, resultando en lesión que puede ser objetivada en la TAC. La presencia de esta lesión puede ser sugestiva de inestabilidad subclínica de cadera en ausencia de episodio de luxación.

CC-362. SECUELAS ORTOPÉDICAS DE LA SEPSIS MENINGOCÓCICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

J.E. Gil Gómez, J. Riego Fernández, A. Villa García,
S. López Valverde, A. Martínez Serrano y J.L. González López

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y objetivos: La sepsis resultante de infección meningocócica es una enfermedad devastadora que afecta a los niños. Los que sobreviven pueden desarrollar secuelas ortopédicas como consecuencia de la afectación de la placa de crecimiento, con las consiguientes deformidades complejas.

Material y método: Presentamos el caso de un varón que padeció una sepsis meningocócica con 3 años. Durante la fase aguda de la enfermedad fue necesaria la amputación de varios dedos de las manos y de los pies como consecuencia de episodios isquémicos. Posteriormente, durante el seguimiento en consultas externas, el paciente desarrolló dificultad progresiva para la actividad física y dolor de características mecánicas a nivel de ambos tobillos y muñecas. Las pruebas complementarias evidenciaron una desviación en varo de ambos tobillos y un acortamiento de los radios. Se realizaron osteotomías correctoras en los tobillos y en la muñeca izquierda.

Resultados: Actualmente, con 7 años, el paciente no tiene deformidad clínica ni radiológica a nivel de los tobillos. Deambula de forma autónoma y sin dolor. La muñeca intervenida presenta un balance articular disminuido pero libre de dolor. Sin embargo, persisten las molestias a nivel de la muñeca derecha, por lo que ha sido incluido en lista de espera quirúrgica (procedimiento similar a la muñeca contralateral).

Comentarios y conclusiones: Los pacientes afectados de sepsis meningocócica requieren un seguimiento a largo plazo para reconocer y tratar de forma precoz la aparición de deformidades esqueléticas.

CC-363. RECUPERACIÓN TRAS CRISIS ASMÁTICA DE LESIÓN NEUROLÓGICA GRAVE POR FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE CODO EN NIÑO

J.J. González Fernández, P. Casas Ramos, A. Álvarez Castro,
A. Alonso Recio, M.P. Cuesta Fuente y O. Fernández Hernández

Hospital de León.

Introducción y objetivos: La afectación neurológica periférica por fractura supracondílea de húmero en niños está bien documentada y es relativamente frecuente. Aunque la mayoría de estas lesiones son neuroapraxias que se resuelven espontáneamente, existen autores que recomiendan la exploración neurológica en casos seleccionados. La duda nos surge a lo hora de decidir el momento para la exploración quirúrgica y los factores que debemos tener en cuenta para tomar esta decisión. El objetivo es presentar el caso de un paciente de 7 años que sufre fractura supracondílea desplazada de codo izquierdo y lesión severa de nervios mediano y cubital. A los 4 meses de evolución y tras una crisis asmática que precisa ingreso y tratamiento corticoideo, experimenta gran mejoría y se suspende la intervención quirúrgica que estaba programada para exploración neurológica. La recuperación funcional y sensitiva final es completa.

Material y método: Paciente de 7 años de edad que sufre, tras caída casual, una fractura desplazada de húmero distal de codo izquierdo tipo III de Gartland. De Urgencia se le realizó reducción cerrada bajo anestesia general y osteosíntesis percutánea con 2 agujas de Kirschner

cruzadas. Al alta hospitalaria presenta buena movilidad y sensibilidad a nivel de muñeca y mano izquierdas. Al cabo de una semana es revisado en Consultas externas apreciándose buena movilidad de dedos con hipoestesia en territorio cubital (5º dedo mano izquierda). Se retira el yeso a las 3 semanas de evolución previa comprobación radiológica de consolidación parcial de la fractura, manteniendo las agujas (que se retiran a la semana siguiente). Es valorado por el Servicio de Rehabilitación, comenzando tratamiento.

Resultados: En sucesivas revisiones se objetiva una recuperación funcional del codo izquierdo completa y una consolidación total de la fractura. Sin embargo, ante la persistencia de la hipoestesia cubital a los 2 meses de evolución, se solicita electromiograma (EMG) que evidencia neuropatía segmentaria de nervios mediano y cubital izquierdos de muy grave intensidad a nivel del codo izquierdo. En la revisión de los 2 meses y medio se aprecia hipoestesia clara de territorio cubital y mediano, asociando déficit motor de su respectiva musculatura (flexores 2º a 5º dedos, oponente 1º dedo e interóseos). Se solicita interconsulta al Servicio de Neurocirugía que considera oportuno la exploración quirúrgica de los nervios afectados, incluyendo al paciente en lista de espera. En un EMG de control a los 4 meses de evolución se mantiene la severidad de las lesiones con signos de reinervación de territorios musculares proximales. Dos semanas antes de la intervención programada (tras 5 meses de evolución de la fractura) ingresa en el Servicio de Pediatría por crisis asmática, recibiendo tratamiento con salbutamol nebulizado y corticoides por vía oral. Evoluciona favorablemente y es dado de alta a los cuatro días. En la siguiente semana es revisado por nuestra parte y se aprecia una gran mejoría motora y sensitiva, refiriendo sólo ligeras parestesias en pulpejo de 4º dedo. La madre comenta que el inicio de la recuperación coincidió con el ingreso Hospitalario, por tanto es de suponer que la medicación recibida ha contribuido en gran medida a la recuperación neurológica. Comentado con el Servicio de Neurocirugía se decide suspender la exploración quirúrgica. En el EMG de control al año de evolución se aprecian signos importantes de reinervación en ambos nervios y no existe ningún tipo de alteración sensitiva.

Comentarios y conclusiones: Es indudable la necesidad de una reducción anatómica inmediata de una fractura supracondílea de húmero en el niño y de su fijación estable. Sin embargo, los autores difieren en la postura a adoptar cuando existe una afectación neurológica. La mayoría de estudios hablan de un excelente pronóstico en las lesiones nerviosas por fractura supracondílea con recuperación espontánea en un plazo de unos 6 meses. Sólo unos pocos hacen hincapié en la necesidad de cirugía en casos seleccionados cuando no existe una recuperación clínica o electromiográfica, siendo el tiempo medio de espera para la intervención de unos 6-8 meses. Los nervios radial e interóseo anterior (rama motora del nervio mediano) son los más frecuentemente dañados por la propia fractura, pero en el caso de lesión iatrogénica el nervio cubital es el más afectado. La dirección del desplazamiento de la fractura se correlaciona con el tipo de afectación neurológica, así los desplazamientos posterior puro y posterolateral, como en el caso clínico expuesto, produce mayor afectación de mediano y cubital, mientras el desplazamiento posteromedial afecta sobre todo al nervio radial. La relativa posición cubital del nervio interóseo anterior y su escasa movilidad son los factores que más influyen en su afectación en las fracturas con este desplazamiento. Las indicaciones para la exploración neurológica tras un traumatismo serían: lesión neurológica durante la reducción y estabilización de la fractura, particularmente ante la presencia de reducción inadecuada o incompleta; dolor neuropático; lesión completa con parálisis simpática; fractura abierta; isquemia asociada y agudización progresiva de la lesión entre las 8 y 12 horas. Como conclusión podemos decir que la mayoría de las fracturas supracondíleas están en condiciones de ser reducidas por métodos cerrados y estabilizadas percutáneamente con agujas de Kirschner. Las lesiones nerviosas son relativamente frecuentes pero la mayoría recuperan espontáneamente sin secuelas. Se recomienda solicitar un electromiograma si no existen signos de recuperación nervio-

sa en un plazo de unas 8 semanas. Sólo los casos en los que no se evidencia recuperación clínica o electromiográfica tras 6-8 meses requieren exploración quirúrgica y neurolisis, con buenos resultados si existe continuidad nerviosa. La mayoría de autores no hacen referencia a la posibilidad de instaurar un tratamiento médico para la recuperación clínica neurológica. En nuestro caso está claro que el paciente, de no haberse producido la crisis asmática, hubiera sido sometido a una intervención quirúrgica que nosotros consideramos totalmente justificada, dada la severidad de la afectación neurológica y el tiempo de evolución transcurrido.

CC-364. DOLOR EN HOMBRO COMO PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

J.J. González Fernández, J. Díez Romero, R. Mesa Marcos,
O. Guerra Álvarez, O. Fernández Hernández y M.P. Cuesta Fuente

Hospital de León.

Introducción y objetivos: La patología osteoarticular es una de las causas más frecuentes de consulta médica. A este respecto la radiología convencional sigue siendo la exploración básica en el área esquelética, dado que es la que más se utiliza y la que mayor rendimiento produce en general. Sin embargo requiere un profundo conocimiento de la anatomía y de sus variantes. En cualquier población y más en la infantil, una exploración con radiaciones ionizantes debe estar justificada y es importante conocer las diferentes opciones o proyecciones en cada zona anatómica y solicitar las más adecuadas dependiendo de la patología sospechada. Una buena técnica es el 50% del diagnóstico, dado que una proyección defectuosa puede generar falsas apreciaciones u ocultar determinadas patologías. El objetivo es presentar el caso de una niña de 5 años que acude a Urgencias por dolor e impotencia funcional de hombro izquierdo, de 6 días de evolución, sin referir traumatismo alguno y que no cede con tratamiento antiinflamatorio. Tras estudio clínico y radiológico se diagnosticó de leucemia linfóide aguda. Hacemos hincapié en la importancia de realizar un estudio de imagen ante un paciente con dolor articular, aun sin antecedente traumático, para el diagnóstico de formas de presentación atípicas de diversas patologías como la leucemia aguda.

Material y método: Presentamos el caso clínico de una niña de 5 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital de León por dolor e impotencia funcional de hombro izquierdo, de 6 días de evolución, sin referir traumatismo previo. No refiere mejoría con reposo y tratamiento médico antiinflamatorio. A la exploración física se objetiva tumefacción a nivel del hombro y limitación funcional moderada, sobre todo de la rotación interna. El resto de la exploración es normal. Ante la duda diagnóstica se realiza estudio de imagen (radiografía simple), apreciándose una lesión lítica en metáfisis proximal de húmero.

Resultados: Tras su ingreso en el Servicio de Pediatría se realiza un hemograma donde se aprecia un aumento de los leucocitos a expensas de un mayor número de linfoblastos, anemia y plaquetopenia. El diagnóstico de confirmación (leucemia linfoblástica aguda) se realizó tras una biopsia de médula ósea, que permitió ver una proporción de linfoblastos superior al 30%. Se inició tratamiento con poliquimioterapia.

Comentarios y conclusiones: La leucemia linfoblástica aguda (LLA) comprende un grupo de neoplasias malignas que afectan los precursores (blastos) de los linfocitos en la médula ósea. Ocurre con gran frecuencia en la primera década de vida, siendo la forma más común de leucemia infantil y el tipo más común de cáncer infantil. El que los linfocitos estén incapacitados para ejercer sus funciones, predispone al paciente a las infecciones. La sobrepoblación linfoblástica en la médula ósea deja poco espacio físico para la producción de otras líneas celulares, por lo que es frecuente ver anemia y trombopenia. Entre los principales síntomas se encuentran: pérdida de apetito, sen-

sación de debilidad y fatiga, fiebre, dolores óseos, articulares y musculares, hematomas en brazos y piernas. El dolor articular por afectación ósea es una forma infrecuente de presentación. El dolor óseo es producido, inicialmente, por expansión medular con aumento de la presión intraósea por la infiltración blástica la que luego progresa y alcanza el periostio; en general se produce en las zonas con mayor irrigación sanguínea y con mayor crecimiento metafisiario. En la primera etapa no hay alteraciones radiológicas pero posteriormente se encuentran bandas metafisiarias, lesiones osteolíticas, osteopenia y osteoesclerosis. Estas alteraciones pueden aparecer antes que se altere el hemograma. El tratamiento se determinará en cada caso teniendo en cuenta, la edad, el estado general del paciente y las características de las células leucémicas. La base fundamental sigue siendo la quimioterapia.

CC-365. FRACTURA-AVULSIÓN DE LA TUBEROSIDAD TIBIAL EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.J. López Martínez, J.P. Puertas García-Sandoval, J.P. García Paños,
F.J. Carrillo Piñero, S. Illán Franco, M. López Antón,
J. Martínez Ros y J.J. Parrilla Riera

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La fractura-avulsión de la tuberosidad anterior de la tibia en el adolescente es una lesión infrecuente, siendo de mayor prevalencia en varones, ocurriendo en una zona en que las condiciones de inmadurez ósea son favorables para que una tracción brusca del tendón rotuliano genere la lesión. El tratamiento habitual de este tipo de lesión consiste en la inmovilización mediante una férula cruropédica o en la reducción abierta y osteosíntesis si hay un mayor grado de desplazamiento o imposibilidad a la extensión.

Material y método: Presentamos el caso clínico de un varón adolescente de 13 años, hábito pícnico, valgo de rodillas y antecedente de enfermedad de Osgood-Schalatter, sin antecedentes familiares de interés. Presenta un dolor brusco en su rodilla tras una hiperextensión forzada de su miembro inferior derecho, con dolor elevado, impotencia funcional a la extensión y tumefacción global de rodilla. Acude a servicio hospitalario de urgencias donde se diagnostica mediante radiografía anteroposterior y lateral de ambas rodillas de fractura-avulsión de la tuberosidad tibial anterior grado IIIB de Ogden y patela alta. Se le realiza intervención programada a las 24h, en la cual se realiza, mediante abordaje longitudinal anterior, reducción de la fractura y anclaje de toda la tuberosidad tibial anterior mediante 2 tornillos canulados de rosca distal con arandela y sutura perióstica, colocando férula cruropédica postoperatoria.

Resultados: El paciente es revisado a las 3 semanas, momento en el cual se le retira la férula cruropédica para comenzar con la carga parcial, ejercicios de flexo-extensión de rodilla e isométricos de cuádriceps. El paciente presenta una extensión completa y flexión de 80°. A las 8 semanas, con una extensión completa y flexión de 100° se le permite la carga completa. Actualmente, 6 meses después de la lesión inicial, el paciente se encuentra asintomático, con una flexo-extensión completa y realiza una actividad deportiva sin limitaciones.

Comentarios y conclusiones: La fractura-avulsión de la tuberosidad tibial anterior es una lesión infrecuente en el adolescente, constituyendo el 3% de las epifisiolisis. Aumenta su prevalencia en varones con moderado sobrepeso y se da aproximadamente en un 60% sobre una enfermedad de Osgood-Schlatter de base. Las lesiones de esta región en el adolescente habitualmente se clasifican según Ogden, clasificación que nos guía hacia un tratamiento conservador o quirúrgico. Se opta por el tratamiento mediante férula en las lesiones tipo IA, IB y IIA, optándose habitualmente por la cirugía en las lesiones tipo IIB, IIIA y IIIB. El tipo de tratamiento quirúrgico varía según el centro, nosotros optamos por una osteosíntesis rígida mediante tornillo canulados con arandela para permitir una rehabilitación precoz, la cual considera-

mos esencial para obtener un buen resultado funcional. Otras complicaciones de relativa frecuencia comprenden la calcificación del tendón rotuliano, abultamiento de la tuberosidad tibial anterior, laxitud anteroposterior, recurvatum o la patela baja.

CC-366. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO URGENTE EN ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.J. López Martínez, C. Salcedo Cánovas, A. Alarcón Zamora, R. Rodríguez Martínez, J. Martínez Ros, M. López Antón, J.J. Parrilla Riera y C. Clavel Sainz

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La artritis séptica de cadera en la infancia es una entidad que representa una urgencia terapéutica cuyo diagnóstico radica en la exploración clínica, apoyada por las pruebas de imagen y laboratorio, mediante la cual se ha de realizar su diagnóstico diferencial con múltiples patologías, siendo la más frecuente la sinovitis transitoria. El objetivo principal del caso expuesto radica en mostrar la actuación a seguir en los casos de sospecha de esta grave patología, que puede dejar graves secuelas en el paciente.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 13 meses con único antecedente de infección vías respiratorias altas 3 semanas antes, que acude a Urgencias de nuestro hospital por un cuadro de 3 días de evolución de fiebre e impotencia funcional de su miembro inferior derecho. El paciente había acudido previamente en 2 ocasiones a urgencias, siendo diagnosticado de sinovitis de cadera derecha. En ambas visitas previas, la exploración refirió leve coxalgia a la bipedestación y a la flexión y rotación externa de cadera derecha, con fiebre vespertina de 37,5 °C y PCR de 20 mg/l, que aumentó a PCR de 40 mg/l en su segunda atención, y ecografía que informaba en ambas ocasiones de leve aumento de líquido intraarticular de cadera derecha con probable diagnóstico de sinovitis de cadera. Se pautó tratamiento antiinflamatorio y reposo relativo, informando a la familia que debían regresar al hospital si los síntomas no cedían. El tercer día del cuadro, el paciente acude a Urgencias con un cuadro de mal estado general e irritabilidad con llanto continuo, con fiebre de 39 °C e impotencia funcional a la bipedestación. A la exploración, se aprecia dolor agudo de cadera derecha, con actitud de cadera en rotación externa, flexo y abducción. Además, presenta leve eritema alrededor de la articulación y aumento de temperatura. Realizamos una radiografía anteroposterior y axial de caderas, en la que se puede apreciar un mínimo ensanchamiento de cadera derecha, y se realiza una petición urgente de analítica sanguínea que nos muestra una PCR de 70 mg/l, con 15.000 leucocitos. Con los cuatro criterios de Kocher cumplidos (fiebre = 38 °C, imposibilidad para el apoyo del miembro, leucocitos = 12.000/ml y PCR = 20 mg/l o VSG = 40 mm/h) y con una probabilidad del 99,6% de artritis séptica, se decidió el tratamiento quirúrgico del paciente de manera urgente mediante artrotomía para limpieza exhaustiva de la articulación. Para la misma, colocamos al paciente en decúbito supino para realización de abordaje anterior de cadera, realizando una incisión de 2 cm, en el plano de clivaje entre el tensor de la fascia lata y el sartorio. En la intervención quirúrgica se apreció gran contenido intraarticular purulento que se mandó a cultivo, en el cual se evidenció como patógeno al *Staphylococcus aureus*. Se realizó un lavado profuso de la articulación con colocación de drenaje articular durante 48 horas y se comenzó con antibioterapia intravenosa mediante cloxacilina iv 30 mg/kg/6 h y cefotaxima iv 50 mg/kg/6h, la cual se mantuvo de forma parenteral durante 3 semanas para proseguir de forma oral durante 3 semanas más.

Resultados: En las radiografías realizadas a las 3 semanas se pudo apreciar una moderada necrosis epifisaria que puede ser clasificada como un grado IIA de la clasificación radiológica de Hunka (deformidad de cabeza femoral con placa de crecimiento intacta), actualmente pendiente de valorar su evolución en el tiempo.

Comentarios y conclusiones: La artritis séptica de cadera en la infancia es una entidad cuya dificultad diagnóstica en estadios iniciales, la baja especificidad de las pruebas complementarias y la elevada frecuencia de secuelas de gran gravedad por demora en el tratamiento nos deben hacer enfocar esta patología de manera más agresiva, con estrecho control del paciente y la realización de una artrotomía articular o artrocentesis articular unidas a una antibioticoterapia intravenosa en los casos de probabilidad elevada de su existencia.

CC-367. SINOSTOSIS RADIOCUBITAL PROXIMAL TIPO II. TRATAMIENTO MEDIANTE FIJACIÓN EXTERNA

J.J. López Martínez, C. Salcedo Cánovas, A. Alarcón Zamora, F.J. Carrillo Piñero, M. López Antón, J.J. Parrilla Riera, R. Rodríguez Martínez y C. Clavel Sainz

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La sinostosis radiocubital es una anomalía congénita poco frecuente, y a menudo bilateral (60%), originada por una detención del desarrollo de la segmentación longitudinal del cartílago único del que se originan el cúbito y el radio, provocando un fallo de separación de la parte proximal de estos esbozos cartilaginosos. Es una entidad con una incidencia similar entre mujeres y hombres, en la cual se distinguen tres tipos según la clasificación de Rudolph: Tipo I: con la cabeza del radio y las partes proximales del radio y cúbito completamente unidas. Tipo II: con la cabeza del radio malformada y a menudo luxada en sentido posterior, estando la parte proximal del radio unida al cúbito. Tipo III: con el radio y cúbito firmemente unidos entre sí por un grueso ligamento interóseo, sin que exista entre ellos una verdadera sinostosis ósea. La cabeza del radio está malformada y desplazada en sentido posterior.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 8 años que acude a consultas externas por un déficit de supinación en ambos brazos, siendo algo más evidente en el miembro superior izquierdo, manteniendo la pronación del antebrazo completa, con un arco de pronosupinación de 90°. Además se evidencia a la exploración una insuficiente rotación interna y externa de la articulación glenohumeral para suplir los defectos de la pronosupinación, siendo en la mayoría de ocasiones el signo clínico que nos lleva a la sospecha diagnóstica. Se solicitan radiografías de ambos codos donde se evidencia la presencia de una sinostosis radiocubital proximal congénita tipo II bilateral, con la cabeza radial luxada hacia posterior y deformada y una sinostosis ósea radiocubital proximal. Ante el déficit funcional severo a la supinación, se le plantea el tratamiento quirúrgico de su patología congénita, optándose por comenzar por el miembro superior izquierdo. Se interviene en flexión de 90° y con isquemia del miembro, realizando una incisión posteroexterna mediante la cual seccionamos posteriormente la aponeurosis superficial del antebrazo y el músculo anconeus. Tras una disección subperióstica se realiza la osteotomía transversal cubital proximal mediante sierra eléctrica, colocando dos fichas de hidroxapatita a nivel proximal en cúbito y dos fichas distales en diáfisis radial, rotando el miembro hasta la posición de supinación y realizando la fijación mediante fijador externo tipo Hoffmann Compact. Es de capital importancia vigilar estrechamente, en las horas siguientes a la intervención los pulsos distales y el estado vascular de la extremidad para que, en el caso de que exista un compromiso circulatorio, volver a colocar el antebrazo en la posición de pronación que tenía antes de ser intervenido, no siendo necesario en nuestro paciente ante el buen estado neurovascular postoperatorio.

Resultados: El control radiológico postoperatorio fue correcto y el paciente fue dado de alta hospitalaria al 4º día. Las revisiones a las 3, 6, 12 y 24 semanas se desarrollaron sin incidencias, mostrando el paciente su satisfacción debido a la ganancia de supinación. Finalmente, retirando el fijador externo el paciente muestra una pronación de 45° que sumada a una supinación completa nos muestra una amplitud

de pronosupinación de 135°, con una gran ganancia funcional. Ante este buen resultado, el paciente queda programado para la intervención de su miembro superior derecho en un futuro próximo.

Comentarios y conclusiones: La sinostosis radiocubital congénita es una infrecuente patología, hereditaria en algunos casos con herencia autosómica dominante y distintos grados de expresividad, siendo una entidad de difícil tratamiento que numerosos autores optan por el tratamiento conservador debido a que se compensa parcialmente por las rotaciones en la articulación glenohumeral. En los casos de insuficiente compensación glenohumeral se opta por un tratamiento quirúrgico que debe ser individualizado en cada paciente según la amplitud de pronosupinación y su miembro dominante, siendo las osteotomías desrotacionales el tratamiento quirúrgico más aceptado en las sinostosis radiocubitales congénitas tipo II. En nuestro centro optamos por realizar dicha osteotomía rotacional con el uso de la fijación externa como elemento estabilizador, dadas las escasas complicaciones obtenidas y la gran satisfacción por parte del paciente.

CC-368. FÉMUR CORTO CONGÉNITO. ALARGAMIENTO MEDIANTE FIJACIÓN EXTERNA MONOLATERAL

J.J. López Martínez, C. Salcedo Cánovas, A. Alarcón Zamora, J.J. Parrilla Riera, J. Martínez Ros, M. López Antón, J.M. Moreno Fernández y C. Clavel Sainz

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El fémur corto congénito (FCC) es una rara y compleja deformidad, de etiología desconocida en la mayoría de los casos, normalmente de afectación unilateral. Es una patología que, aún con controversia, es incluida habitualmente dentro del grupo de las deficiencias focales femorales proximales (DFFP). Dentro de la clasificación clínica de Gillespie y Torode corresponde al grupo A. Los pacientes con FCC presentan una flexión moderada de caderas y rodillas con limitación a la rotación interna y abducción de la cadera, aunque la estabilidad de la cadera está conservada. La dismetría con el miembro contralateral es moderada, teniendo el fémur radiológicamente un aspecto bulboso, bien formado y un grado variado de coxa vara, pudiendo asociarse también con ausencia del ligamento cruzado anterior, pseudoartrosis del cuello femoral, displasia acetabular, hipoplasia del cóndilo femoral, valgo de rodillas e hipoplasia rotuliana.

Material y método: Presentamos el caso de un escolar de 8 años con fémur corto congénito izquierdo, con 6 centímetros de acortamiento respecto al miembro derecho. Ante la elevada dismetría y la consecuente afectación funcional se propone el tratamiento quirúrgico para realizar el alargamiento del fémur izquierdo. Dicho tratamiento fue realizado mediante osteotomía femoral a nivel de 1/3 medio-1/3 distal sin corrección de deformidades rotacionales por su no existencia, enclavado de Rusch y el uso de fijación externa monolateral con anillo a nivel de rodilla para la artrodiástasis profiláctica de la misma. Tras una semana de hospitalización y sin apenas dolor tras la cirugía, el paciente fue dado de alta a domicilio, explicando a la familia la necesidad de realizar el alargamiento con un ritmo de 1 mm cada 24 horas.

Resultados: Se realizaron controles radiológicos postoperatorios, a las 3, 6, 12, 24 y 36 semanas, con muy buena evolución tras la cirugía y evidencia de formación de callo óseo en zona de osteotomía a partir de las primeras semanas. En la semana 10, una vez concluido el período de distracción, se permitió la movilidad de la rodilla dejando únicamente el fijador externo monolateral. El fijador externo se retiró a la semana 30 de la cirugía permitiendo al paciente desde el alta el apoyo de miembro y la realización de sus tareas cotidianas, con muy buena aceptación por su parte. Se consiguió un alargamiento de miembro de 6 cm al final del tratamiento, estando el paciente asintomático, sin precisar el uso de alza.

Comentarios y conclusiones: El fémur congénito corto constituye una entidad poco frecuente, con buen pronóstico funcional en comparación con el resto de tipos de deficiencias focales femorales proximales. El tratamiento se debe de decidir en función del grado de dismetría presente y de la probable asociación con otras patologías. El tratamiento por el cual optamos en nuestro centro es el alargamiento femoral mediante el uso de un fijador externo monolateral, protegiendo la rodilla mediante una artrodiástasis de la misma. Siempre y cuando la aceptación psicológica por parte del paciente y su familia sea la adecuada, y asumiendo las posibles complicaciones tales como la infección de los pines, rigidez articular, fractura del segmento elongado o una regeneración ósea lenta, consideramos esta técnica como una opción terapéutica para pacientes con FCC con excelentes resultados a largo plazo.

CC-369. EPIFISIODESIS TIBIAL PROXIMAL POSMENINGOCOCEMIA. TRATAMIENTO MEDIANTE FIJACIÓN EXTERNA

J.J. López Martínez, C. Salcedo Cánovas, A. Alarcón Zamora, S. Illán Franco, J. Martínez Ros, S. Vela Pardo, R. Rodríguez Martínez y C. Clavel Sainz

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Una deformidad angular de miembros inferiores consiste en una desviación en los planos coronal o frontal con respecto a su eje mecánico que, a su vez, se puede asociar a una deformidad rotacional. Su origen puede darse en cualquier etapa del crecimiento y por distintas causas como osteomielitis, encondromas, epifisiodesis tras epifisiolisis III-IV-V, secuelas de Perthes, raquitismo, etc. Para su diagnóstico nos basamos en: examen visual en bipedestación: deformidad angular de la extremidad. Telemetrías en bipedestación: que incluyan cadera, rodilla y tobillo. Mediante ellas determinamos la deformidad y longitud de los miembros inferiores, la orientación articular con el trazo de los ejes mecánicos (centro cabeza femoral a centro tobillo) y anatómicos (en fémur 6° en valgo con respecto a eje mecánico, en tibia paralelo) y el/los centros de rotación de la deformidad o CORA (punto de intersección del eje anatómico proximal y distal de un mismo segmento óseo). En función de las medidas obtenidas, se plantea el tratamiento quirúrgico de manera individualizada.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 9 años con antecedente de sepsis meningocócica al nacimiento, con secuela de epifisiodesis tibial proximal medial grave con desviación angular en varo muy severa (30°), con una dismetría de 4.5 cm. Tras una meticulosa planificación preoperatoria, realizamos el tratamiento quirúrgico del paciente dividido en 3 pasos, comenzando con 2 pasos y planificando un tercer paso según la evolución del paciente: 1. Colocación del fijador externo (FE): elegimos el FE monolateral Orthofix en T por su configuración ortogonal en la mordaza proximal y bisagra para convertir el movimiento distractor longitudinal del FE en otro rotacional para la deformidad. El resto de fichas se colocan perpendiculares al eje diafisario tibial. Aplicamos una velocidad de distracción de 1,5 mm/día, con una transformación de 1,5 mm de longitud a 1 grado circunferencial ($2 \times 0,75 \text{ mm/día}$; $2 \times 3/4$ de vuelta/día). 2. Osteotomía tibial de apertura a través del centro de rotación de la deformidad o CORA, con osteotomía de peroné para alargamiento y fijación tibia-peronea distal con tornillo suprasindesmal.

Resultados: El paciente, ante un satisfactorio control postoperatorio, fue dado de alta al 6° día tras la intervención, siendo revisado cada 2 semanas para valorar la evolución de su corrección angular. A los 2 meses tras la intervención y una vez conseguida la corrección angular deseada, se comienza la fase 3 del tratamiento en la cual se realiza el cambio a un FE Orthofix de sólo distracción para realizar la elongación del miembro, a ritmo de 1 mm cada 24 horas. Posteriormente, y tras un control postoperatorio satisfactorio, se continúa revisando al paciente cada 2 semanas, consiguiendo la corrección deseada.

de la dismetría a las 5 semanas de la segunda intervención, manteniendo el FE sin realizar distracción durante 1 mes más para consolidación del callo óseo de alargamiento. Se decide la retirada definitiva del fijador externo en la semana 20 tras la primera intervención ante la buena evolución radiológica, con una corrección completa de la deformidad angular en varo, dismetría leve de 1,5 cm compensada con alza y una función completa con > 130° flexión y extensión 0° de rodilla. El paciente mostró una gran satisfacción con el resultado funcional obtenido.

Comentarios y conclusiones: El uso de la fijación externa en aquellos casos de deformidades angulares de los miembros muestra una serie de desventajas como la larga duración del tratamiento, una probable intolerancia a las fichas, posibles rigideces articulares secundarias o hiper o hipocorrección, que son suplidas por las ventajas que nos proporciona esta técnica quirúrgica: menor invasividad quirúrgica (técnica percutánea), preservándose la circulación y la capacidad osteogénica de la zona de osteotomía. Movilización y carga precoz, evitándose atrofas musculares y afecciones articulares. Corrección ajustable durante el tratamiento. Posibilidad de elongación simultánea. Menor riesgo de lesión neurovascular por elongación. Menor riesgo de síndrome compartimental. Gran versatilidad actual para todo tipo de correcciones y alargamientos. Anclaje biológico ficha-hueso y menor porcentaje de aflojamiento e infecciones con las fichas de hidroxipatita. En nuestro centro optamos por el uso de esta técnica ante el elevado porcentaje de buenos resultados, siendo la técnica elegida en las deformidades angulares de los miembros.

CC-370. LESIONES ÓSEAS PSEUDOTUMORALES POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

L. Zorita Urricelqui, O. Campos Alonso, E. López Vinagre, M. Cobos Pradas y O. Martínez de la Llaná

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Identificación de lesiones óseas producidas por micobacterias atípicas que inicialmente son catalogadas como lesiones tumorales, pero que presentan granulomas en el estudio histológico y responden adecuadamente al tratamiento antibiótico habitual empleado en estos casos.

Material y método: Se presentan dos casos clínicos registrados en nuestro servicio en los últimos 6 meses. El primero de ellos trata de una niña de 2 años con lesión quística destructiva a nivel de 1^{er} metatarsiano del pie derecho, con gran componente de afectación de partes blandas. Con el diagnóstico inicial de osteosarcoma telangiectásico, se biopsia la lesión obteniéndose granulomas en la misma. El segundo de los casos presenta una niña de 9 meses con lesión ósea de bordes mal definidos a nivel de fémur proximal izquierdo y gran tumefacción de la musculatura en torno a ella. Es valorada por el servicio de Oncología que plantea como diagnóstico de sospecha el sarcoma de Ewing. La biopsia de la lesión ratifica la presencia de granulomas y descarta la sospecha inicial de neoplasia.

Resultados: Pese a la no identificación del germen y no encontrar vía de entrada del mismo, las pacientes evolucionan favorablemente a la terapia antibiótica empleada habitualmente en las infecciones por micobacterias atípicas. En ambos casos se registra una clara mejoría clínica y radiológica de las lesiones a las pocas semanas de haber comenzado el tratamiento. Se revisa la bibliografía en busca de casos similares.

Comentarios y conclusiones: La infección ósea por micobacterias es un diagnóstico poco frecuente pero a tener en cuenta en la valoración de lesiones óseas destructivas con aspecto neoplásico en la infancia. Esto apoya la necesidad de cultivar todo lo que se biopsia y viceversa, con el objetivo de identificar el germen y aplicar el tratamiento antibiótico lo más tempranamente posible.

CC-371. HIPOPLASIA POSTAXIAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

M. González Murillo y A. Bueno Sánchez

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: Dada la complejidad del diagnóstico y el tratamiento en las malformaciones congénitas de miembros inferiores, profundizaremos en su clasificación y estudio a propósito de un caso.

Material y método: Revisión de un caso clínico en seguimiento, por la sección de ortopedia infantil del H.U. Getafe, desde su nacimiento. Análisis de las diferentes pruebas de imagen realizadas y valoración de las distintas opciones de tratamiento en relación a las malformaciones congénitas asociadas.

Resultados: Descripción de un paciente con malformaciones congénitas (acortamiento del miembro inferior derecho y agenesia de los dos radios externos del pie) que se podría enmarcar en el tipo descrito por Caskey en 2004: hemimelia peroneal tipo 0.

Comentarios y conclusiones: Existen varios tipos de hipoplasia postaxial del miembro inferior (hemimelia peroneal). Podemos clasificar por tipo 0 de Caskey aquellas malformaciones que incluyan al menos dos manifestaciones de la hemimelia peroneal con un peroné normal (acortamiento unilateral, agenesia radios externos del pie, coalición tarsal, tobillo "ball and socket"). El tratamiento propuesto debe ser individualizado.

CC-372. ARTRORRISIS SUBASTRAGALINA EN PIE PLANO

M. Pardo Coello, F. Doñate Pérez, G. Guerrero Álvarez, N. Gaspar Aparicio, I. Jiménez Pina y P. Jiménez Ortega

Hospital General de Albacete.

Introducción y objetivos: Analizar los resultados clínicos y radiológicos del tratamiento quirúrgico del pie plano flexible sintomático, mediante la utilización de la endoprótesis subastragalina.

Material y método: Presentamos 16 casos de pacientes intervenidos en nuestro servicio entre los años 2007 y 2010, a los cuales se les realizó una artrorrrisis subastragalina, con un seguimiento mínimo de un año. Y una media de edad de 9.8 años. La indicación quirúrgica fue el pie plano flexible con deformidad clínica y radiológica, acompañado de dolor persistente y limitación funcional tras el tratamiento conservador, principalmente en grados III y IV. Se ha estudiado tanto la evolución clínica, como la radiológica en los ángulos de Costa Bartani, de declinación talar, astrágalo primer metatarsiano y altura del talón, en proyección lateral y del ángulo astrágalo calcáneo en la proyección dorsoplantar.

Resultados: Se observa una mejoría clínica y radiológica con respecto al estado previo, destacando principalmente el ángulo de Costa Bartani, con una corrección media de 12°. No se han encontrado alteraciones óseas ni de la movilidad en las articulaciones implicadas, a pesar de ello aparece en algunos casos una regresión al año de la intervención, aunque sin repercusión funcional.

Comentarios y conclusiones: Consideramos que este procedimiento quirúrgico es un tratamiento eficaz y seguro en el niño con pie plano sintomático que no responde al tratamiento ortopédico.

CC-373. USO DE FÉRULAS PARA INMOVILIZACIÓN DE TOBILLO EN ORTOPEDIA INFANTIL. ESTUDIO COMPARATIVO DE FÉRULAS SIMPLES CON FÉRULAS CON REFUERZO DE FÉRULA EN "U"

M.C. Rubio Álvaro, A. Vergara Ferrer, I. Martínez Caballero y T. Epeldegui Torre

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Conocer la utilidad de un método de tratamiento, utilizado a diario en los servicios de urgencias de traumatología.

logía infantil, como es la férula posterior suropédica. Ésta se usa para mantener la extremidad inmovilizada pero con frecuencia nos encontramos con férulas en mal estado, que no cumplen su objetivo al comenzar a permitir cierto movimiento de flexo-extensión o producir problemas cutáneos a los pacientes.

Material y método: Estudio comparativo, prospectivo y observacional sobre el uso de férulas posteriores suropédicas versus férulas posteriores con refuerzo de férula en "U"; realizado en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid entre los meses de octubre a diciembre de 2010. Los pacientes incluidos en el estudio fueron aquellos que presentaban una lesión en tobillo o pie y que precisaban una inmovilización aproximada o revisión a las 2 semanas (epifisiolisis, esguince, etc.). Se excluyeron pacientes con fracturas o patología neurológica. El total de pacientes revisados fue de 48.

Resultados: Del total de pacientes (48) un 60,41% fueron férulas posteriores y el 39,59% restante férula con refuerzo de férula en "U". Todos los pacientes fueron revisados en el hospital a los 15 días del comienzo de tratamiento y se apreció que el 50% de las férulas eran móviles a nivel de la flexura (20 posteriores y 4 con refuerzo en "U"). En un 47,91% de los casos los pacientes presentaban eritema en el talón y erosiones en el 4,16% de los casos.

Comentarios y conclusiones: La férula posterior suropédica es un método de inmovilización usado a diario en los servicios de urgencias de traumatología. En muchas ocasiones la retirada de esta inmovilización se realiza por los pediatras y se desconoce la verdadera utilidad, cumplimiento del tratamiento o complicaciones que puede suponer el uso de este método.

CC-374. RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ASTRÁGALO VERTICAL CONGÉNITO

M. Mellado Romero, B. Bravo Giménez, J. Pretell Mazzinni, L. García Lamas, A. Martín Fuentes, R. Martí Ciruelos y A. Curto de la Mano

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: El astrágalo vertical congénito es una deformidad poco frecuente, presente desde el nacimiento, que se traduce en un pie plano rígido con convexidad de la bóveda plantar. Existe mucha controversia respecto a su tratamiento realizándose desde procedimientos quirúrgicos agresivos de inicio hasta tratamientos ortopédicos iniciales combinados con cirugía sobre partes blandas. El objetivo de este estudio es evaluar nuestra experiencia en el tratamiento del astrágalo vertical congénito, basándonos en resultados clínico-radiológicos y analizando las complicaciones.

Material y método: Estudio retrospectivo de 30 pacientes (37 pies) con diagnóstico de astrágalo vertical congénito, intervenidos entre 1989 y 2011. La edad media de tratamiento fue de 2,8 años. Un 50% de casos fue de etiología idiopática con predominio del sexo masculino y afectación bilateral en 7 casos. El seguimiento medio fue de 6 años con mínimo de 1 año. En un 66% de casos se emplearon procedimientos ortopédicos (enyesado seriado) asociado a síntesis percutánea con agujas; dicho procedimiento se asoció a pacientes de menor edad y etiología idiopática. Los procedimientos combinados de liberación de partes blandas con transferencias tendinosas fueron empleados fundamentalmente en los casos de etiología neurológica (segunda en frecuencia). También se emplearon procedimientos óseos como la escafoidectomía y la triple artrodesis.

Resultados: En la mayoría de casos los pacientes presentaban dolor que no interfería con las actividades de la vida diaria. Según los padres se observó un cambio importante en la funcionalidad de los pacientes tras el tratamiento fundamentalmente ortopédico asociado con síntesis percutánea en los pacientes más jóvenes. No se observaron casos de necrosis astragalina asociada a liberación extensa de partes blandas

Comentarios y conclusiones: La edad del paciente y su etiología van a determinar la opción terapéutica, siendo los procedimientos ortopédicos asociados a intervenciones quirúrgicas poco agresivas sobre partes blandas, en niños pequeños, el tratamiento de elección.

CC-375. FRACTURA DE CÚBITO ASOCIADA A EPIFISIOLISTESIS DESPLAZADA DE CABEZA RADIAL EN UN NIÑO

M. López Antón, F. Martínez Martínez, S. Illán Franco, R. Rodríguez Martínez, J.J. López Martínez, J.P. García Paños, J. Martínez Ros y F.J. Carrillo Piñero

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Las fracturas-luxaciones de Monteggia son un grupo de lesiones complejas, que incluye luxaciones de la cabeza radial en múltiples direcciones y combinaciones lesionales del cúbito y húmero distal. Es una lesión común en el niño. Bado en 1962 clasificó dicha lesión en cuatro tipos de lesiones de Monteggia verdaderas y lesiones equivalentes.

Material y método: Niña de 3 años politraumatizada con TCE sin pérdida de consciencia y traumatismo sobre codo izquierdo tras caer de un vehículo en marcha. A la exploración presenta gran deformidad en codo izquierdo con pulsos distales presentes y movilidad distal conservada. Radiográficamente apreciamos una fractura de cúbito desplazada en la unión del tercio medio-proximal y una epifisiolisis G-II de Salter y Harris de la cabeza del radio. La paciente fue intervenida realizándose reducción cerrada con control radioscópico intraoperatorio y estabilización con agujas de Kirschner intramedulares de 1,6 mm, colocando primero la aguja del cúbito por vía proximal y posteriormente la del radio por vía distal respetando la fisis. Finalmente se inmovilizó con una férula de yeso braquio-palmar.

Resultados: Se realizó control radiográfico semanalmente hasta el primer mes, comprobando la buena evolución y la formación de callo óseo. A las 3 semanas se liberó el codo para comenzar la movilización pasiva y activa y a las 6 semanas se retiraron las agujas intramedulares tras la consolidación completa de la fractura.

Comentarios y conclusiones: La lesión descrita no es clasificable según la clasificación de Bado, puesto que en ella no se menciona la epifisiolisis de la cabeza radial. Sin embargo, el manejo terapéutico es similar. En el niño debe optarse por la reducción cerrada mediante manipulación en primer lugar, y estabilización de la fractura, subrayando la importancia de la reducción de la cabeza radial, ya que el fracaso en ésta determinará los resultados a largo plazo. En caso de no ser posible la reducción o de ser inestable debe realizarse una reducción abierta y fijación interna.

CC-376. CODO VARO SECUELA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA

M. Martínez Vázquez, D. Farrington Rueda, A. Tatay Tatay, J. Downey Carmona y E. Macías Macías

Hospital Infanta Elena. Madrid.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso clínico de una fractura supracondílea Gartland III de húmero distal izquierdo que evoluciona presenta deformidad en cúbito varo a los 6 años de su seguimiento y requiere osteotomía valguizante supracondílea.

Material y método: Se interviene de urgencias realizándose reducción cerrada con control Rx y osteosíntesis percutánea con dos agujas de Kirschner cruzadas. A los 10 días se aprecia fijación precaria por lo que se decide nuevo intento con reducción cerrada y fijación percutánea con 2 AK. Rx control: ad latum menor 50%: satisfactoria. Recupera progresivamente balance articular de flexo extensión y prono-supinación. Con 6 + 1 año refiere en su revisión sensación de parestesias en miembro superior y aumento de la deformidad. A la exploración se aprecia cúbito varo. Las pruebas de imagen confirman el diagnóstico

y se propone para intervención quirúrgica. Con 6 + 5 años se realiza osteotomía valguizante y osteosíntesis con dos tornillos canulados.

Resultados: En su última revisión 6 + 8 se encuentra asintomático, sin deformidad y con balance articular completo.

Comentarios y conclusiones: La etiología habitual de la deformidad en cúbito varo es la consolidación viciosa del fragmento humeral distal con rotación en el plano coronal e hiperextensión, más que el cierre fisario. Algunos autores apuntan a la necrosis avascular de la tróclea o de la porción medial el fragmento humeral distal como causa subyacente de la deformidad. El aspecto radiológico de la deformidad en cúbito varo es característico. En la proyección AP, el ángulo de la fisis del cóndilo lateral (ángulo de Baumann) se encuentra más horizontalizado de lo normal. En la proyección lateral, se aprecia el signo de la luna creciente o semiluna, por la superposición del capitellum sobre el olecranon. Los efectos funcionales de la deformidad en cúbito varo suelen ser mínimos, siendo la principal indicación para la corrección de una deformidad en varo mejorar el aspecto del codo más que mejorar la función. Si existe posibilidad de complicaciones asociadas que también justifican la intervención como la aparición de parálisis tardías del nervio cubital, por el desplazamiento de la fosa olecraniana a la región cubital húmero distal, pudiendo así comprimirse el nervio cubital contra el epicóndilo medial, estrechando el túnel cubital y provocando una neuropatía crónica. En nuestro caso optamos por la cirugía correctora ya que las expectativas de remodelación espontánea en este segmento esperable sería inapreciable (este segmento del húmero crece un 20% del total, lo que en nuestro paciente supondría menos de 2 mm por año). La osteotomía es la única manera de corregir con una alta probabilidad de éxito una deformidad en cúbito varo. Las complicaciones más frecuentemente descritas son la rigidez, la lesión neurológica y la deformidad recurrente. La realización de la técnica con el paciente en decúbito supino permite una fácil comprobación de la corrección conseguida. En general, se corregirá la deformidad mediante una osteotomía lateral de cierre en cuña con una bisagra medial, mediante un simple abordaje lateral. La correcta planificación preoperatoria sitúa el vértice de la osteotomía próxima al nivel de la deformidad, obteniendo el mejor resultado anatómico. En una radiografía AP del húmero con el antebrazo en supinación completa, se determina el tamaño de la cuña y la corrección angular que se requiere. Se realiza una osteotomía lateral de cierre en cuña "incompleta" manteniendo una pequeña bisagra medial de hueso indemne. No existe razón alguna por la que trasponer el nervio cubital, aunque debe prestarse atención a no penetrar la cortical medial con la sierra. Puede emplearse la fijación con agujas de Kirschner colocadas lateralmente o con tornillos canulados en los adolescentes o en ausencia de una bisagra medial intacta. Se preserva el músculo, lo que permite una rápida rehabilitación tras la consolidación. En pacientes que presentan una importante deformidad en extensión, optaríamos por la combinación de una osteotomía en cúpula y una osteotomía lateral de cierre en cuña a través de un abordaje posterior con el paciente en decúbito prono.

CC-377. COEXISTENCIA DE ENFERMEDAD LEGG-CALVÉ PERTHES Y EPIFISIOLISIS CONTRALATERAL DE CABEZA FEMORAL EN PACIENTE DE 8 AÑOS DE EDAD

M. Martínez Vázquez, F.J. Downey Carmona, D.M. Farrington Rueda, A. Tatay Tatay y E. Macías Macías

Hospital Infanta Elena. Madrid.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 6 años que presenta enfermedad de Perthes en cadera derecha grado I de Caterall que se trató con descarga y potenciación muscular. A los dos años presenta cojera en cadera contralateral provocada por epifisiolisis grado II de cabeza femoral.

Material y método: La enfermedad de Perthes se trató de forma conservadora y la epifisiolisis II con reducción y osteosíntesis con dos agujas de Kirschner.

Resultados: El paciente evoluciona desarrollando un balance articular limitado en las rotaciones internas (derecha a 0° e izquierda a 15°) y abducción (derecha a 30° e izquierda a 40°) y desarrolla una marcha en Trendelenburg por insuficiencia glútea.

Comentarios y conclusiones: Si bien estas dos entidades son bastante bien conocidas, la coexistencia de ambas en un mismo paciente es una entidad infrecuente. Realizamos una búsqueda bibliográfica y sólo encontramos pocos casos clínicos: En 1935, Suto presenta un caso de su serie de epifisiolisis de cabeza femoral. En 1972, Markheim et al presenta detalles de su caso clínico; Crawford en 1975, describe el caso. Rouff et al recogen un cuarto caso en el que coexisten ambas patologías contralateralmente en el mismo paciente y Graziano et al recogen una serie con 3 casos a lo largo de 18 años (entre 1972 y 1985). Ambas patologías coinciden en factores predisponentes hormonales y metabólicos (déficit de hormona del crecimiento, obesidad, hipotiroidismo, hipogonadismo, enfermedad de Gaucher o la anemia de células falciformes, osteodistrofia renal), si bien, en los casos recogidos en la bibliografía, no se encuentra soporte que las relacione. En 1998 se publica un estudio que relaciona el desarrollo de enfermedad de Perthes, epifisiolisis de cabeza femoral y escoliosis rápidamente progresiva con niños con déficit de hormona del crecimiento. En nuestro caso no hubo alteración en el estudio analítico y hormonal, por lo que sólo la obesidad podría considerarse como predisponente. El método escogido para tratamiento del Perthes, tampoco parece influir o precipitar en el desarrollo o no de SCFE. Lo que queda de manifiesto es que no son dos entidades mutuamente excluyentes. En la actualidad sigue siendo una incógnita la patogenia de estas enfermedades tan frecuentes en la ortopedia infantil.

CC-378. A PROPÓSITO DE UN CASO: FRACTURA DE GALEAZZI EN CÚBITO PLUS

M. Romero Gómez, K. Fraga Lavía y D. Gutiérrez de la Iglesia

Hospital de Terrassa. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las lesiones fisarias suponen el 15% de todas las fracturas que ocurren en los huesos largos durante la infancia. Existen unos periodos de mayor incidencia que coinciden con las etapas de crecimiento rápido del primer año de vida y durante el brote prepuberal. La placa epifisaria del radio distal es la localización de desprendimiento epifisario más frecuente seguida de cúbito distal y cóndilo externo del codo.

Material y método: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 15 años que acude a urgencias por presentar caída casual, con deformidad e impotencia funcional en la muñeca izquierda. En el estudio radiológico inicial se aprecia fractura de tercio distal de radio y cúbito izquierdos, angulada y con luxación del extremo distal cubital. Se procede a reducción abierta y osteosíntesis con agujas de Nancy, con buen curso postoperatorio.

Resultados: Durante el seguimiento, se aprecia consolidación de la fractura a los 3 meses de la lesión, con movilidad en flexo-extensión correcta. También destaca un bloqueo completo de la supinación y dolor a la desviación cubital en la zona cúbito-carpiana. En el estudio radiológico de control se aprecia "cubitus plus" con subluxación dorsal del mismo. Revisando el historial clínico del paciente destaca antecedente de epifisiolisis tipo II (Salter y Harris) de radio distal izquierdo a los 10 años de edad, que requirió reducción cerrada y evolucionó a epifisiodesis completa de radio distal, pasando inadvertida durante el seguimiento. En este momento, debido a las molestias y el bloqueo en supinación, se realiza un acortamiento cubital y síntesis con placa de pequeños fragmentos. La evolución postquirúrgica es correcta, desapareciendo el dolor por "impingement cubital", mejorando la supi-

nación un 40% y con una mejoría estética evidente en dorso de la muñeca.

Comentarios y conclusiones: Aproximadamente, el 10% de los traumatismos de la placa epifisaria cursa con trastornos significativos del crecimiento. El problema clínico producido por cese prematuro del crecimiento depende de diversos factores, que incluyen, hueso afecto, extensión de la afectación de la placa epifisaria y la cantidad de crecimiento remanente que se espera de la placa epifisaria afecta. Si la totalidad de la placa epifisaria cesa de crecer, el resultado es un acortamiento progresivo sin angulación. Sin embargo, si el hueso afecto es uno de los dos del antebrazo, la dismetría originada entre los dos huesos provocará una deformidad progresiva (varo o valgo) próxima a la articulación. Para evitar este problema existen varias opciones quirúrgicas, entre ellas, alargar el hueso corto o acortar el hueso largo a la vez que se realiza un frenado de la epífisis en crecimiento para prevenir la recurrencia de la deformidad.

CC-379. IMPINGEMENT FEMOROACETABULAR COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE EN LA LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE LA CADERA INFANTIL

M. Menéndez García, T. Martínez Jiménez, J. Ruiz Ruiz,
I. Sancho González, D. Manrique Cuevas, P. Mateo Sebastián,
J. Mondragón Rubio y S. García Mata

Complejo Hospitalario de Navarra B. Pamplona.

Introducción y objetivos: La luxación traumática de la cadera es una patología infrecuente en niños. Las principales secuelas de esta lesión, son la osteoartritis precoz, la rigidez de la cadera, la epifisiolisis del fémur proximal, y la osteonecrosis de la cabeza femoral. Sin embargo, la clínica de dolor compatible con un impingement tipo Pincer, secundaria a una fractura del reborde acetabular, no está descrita aún.

Material y método: Presentamos el caso de una niña de 9 años que sufrió una luxación coxofemoral tras caída de un caballo. A la exploración presentaba una actitud en acortamiento y rotación externa que sugería una luxación anterosuperior. En el estudio radiológico, se confirma la luxación y se aprecia una fractura anterosuperior del reborde cotiloideo. Se realiza reducción cerrada de urgencia, y se inmoviliza con una tracción de partes blandas con 1,5 Kg, durante 2 semanas aproximadamente. La reducción fue estable, y la paciente al alta, precisó muletas y descarga 1,5-2 meses.

Resultados: Después de dos años de evolución asintomática, acude de nuevo a consulta, por limitación de flexión-abducción-rotación externa de la cadera afecta, en comparación con la contralateral, y molestias con la actividad deportiva, que se exacerban y reproducen con la flexión-aducción-rotación interna. En las Rx, se aprecia una calcificación en el reborde cotiloideo anterosuperior, que ha ido progresando con los años, y que se corresponde con la fractura antigua del mismo. Progresivamente la paciente fue recuperando movilidad de la cadera y disminución del dolor.

Comentarios y conclusiones: El dolor inguinal exacerbado en flexión-aducción-rotación interna, asociado al reborde cotiloideo prominente, secundario a la fractura del mismo, produce un cuadro de choque femoroacetabular tipo PINCER, que es una complicación extremadamente rara de la luxación traumática de la cadera infantil.

CC-380. CORRECCIÓN ARTROSCÓPICA EN MENISCO DISCOIDEO

M. Natividad Pedreño y N. Cobo Valenzuela

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción y objetivos: Se considera el menisco discoideo como una malformación frecuente. Prevalencia 17%. + frec. en asiáticos. Bilateral en el 20% de los casos. 97% menisco externo.

Material y método: Presentamos el caso clínico de un paciente varón. 10 años de edad con caída casual con traumatismo hace 1 año y medio. Desde entonces dolor a nivel de interlinea articular externa. 2 episodios de bloqueo que se resolvieron con reposo y analgesia. Flexo de rodilla (-10°).

Resultados: Tras estudio radiográfico y de RMN se diagnostica como menisco discoideo externo completo asociado a rotura del mismo. Ante este diagnóstico se decidió intervención quirúrgica, consiguiéndose la regularización del mismo.

Comentarios y conclusiones: La técnica artroscopia consigue corregir este tipo de deformidad cuando la clínica es persistente.

CC-381. CORRECCIÓN QUIRÚRGICA EN POLIDACTILIA DEL PULGAR WASSEL TIPO IV

M. Natividad Pedreño y N. Cobo Valenzuela

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción y objetivos: El objetivo es realizar una revisión de la bibliografía en pacientes con polidactilia del pulgar Wassel IV y presentar un caso realizado en nuestro servicio.

Material y método: Paciente de 16 meses de edad con antecedente de pie zambo bilateral tratado mediante método de Ponseti y polidactilia preaxial de pulgar izquierdo Wassel tipo IV. Se procede a exéresis y sutura en base de F1 de 1° dedo de ligamento colateral radial y músculo abductor. Se procede a fijación con aguja de Kirschner que se retira a las 6 semanas.

Resultados: Resultado satisfactorio tanto estético como funcional (puede realizar pinza y presenta leve limitación a la flexión de IF de 1er dedos). Continúa en tratamiento rehabilitador.

Comentarios y conclusiones: La polidactilia del pulgar es el tipo más común de polidactilia de la mano. Se han realizado distintas técnicas pero parece que lo más importante es la estabilización del pulgar mediante la reinserción del ligamento colateral y el músculo abductor del pulgar. Presentamos un caso intervenido en nuestro servicio con muy buenos resultados.

CC-382. TRATAMIENTO DE TIBIA VARA POR ENFERMEDAD DE BLOUNT MEDIANTE FIJADOR EXTERNO EN PACIENTE DE 8 AÑOS

O. Campos Alonso, J.M. Rodríguez Palomo, E. López Vinagre,
O. Martínez de la Llana y M. Cobos Pradas

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso clínico de niño de 8 años que acude a nuestras consultas con deformidad angular en varo de tibia izquierda, leve torsión tibial interna y dismetría asociada de 1 cm. En la telerradiografía se objetivan 20° de varo en tibia proximal y se confirma diagnóstico de enfermedad de Blount.

Material y método: Planteamos como una posible alternativa terapéutica la valguización progresiva a través de distracción con cuña valguizante de adicción distal a fisis proximal con fijador externo tipo Orthofix. Se descarta distracción fisaria en este caso por la edad del paciente y el posible daño por cierre fisario al que nos expondríamos. Tampoco consideremos como posibilidad la hemiepifisiodesis con placas en ocho porque dejaríamos toda nuestra corrección a expensas de una fisis que por la propia enfermedad ya consideramos patológica.

Resultados: A los 2 meses de colocado el fijador conseguimos la corrección de los 20° de valguización en tibia proximal compensándose la dismetría asociada. El paciente realiza correcto cuidado de los pines del fijador y no aparecen complicaciones asociadas al mismo.

Comentarios y conclusiones: Planteamos la utilización del fijador externo como una posibilidad terapéutica en caso de tibias varas por enfermedad de Blount.

CC-383. DEFORMIDAD EN VARO EN TOBILLO DERECHO COMO CONSECUENCIA DE SEPSIS MENINGOCÓCICA EN PACIENTE DE 12 AÑOS TRATADA CON FIJADOR EXTERNO

O. Campos Alonso, J.M. Rodríguez Palomo, O. Martínez de la Llana, E. López Vinagre y M. Cobos Pradas

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta caso clínico de paciente de 12 años con deformidad angular de tobillo en varo de 35° como consecuencia de cierre fisario en tibia distal tras sepsis meningocócica.

Material y método: El paciente presenta en la exploración una deformidad severa en varo de tobillo derecho, dismetría de la extremidad afecta de 3 cm y amputación de falanges distales de todos los dedos del pie de la extremidad afecta, así como injertos cutáneos múltiples en pierna. En la radiología simple se miden 35° de varo tibial, cierre fisario completo en tibia distal y actividad en fisis de peroné distal.

Resultados: Se planifica intervención y se procede a la corrección progresiva mediante fijador externo Orthofix del varo tibial y la epifisiodesis de peroné distal con placa de tercio de caña. A los 2 meses se obtiene corrección completa sin presentar complicaciones asociadas al fijador.

Comentarios y conclusiones: Planteamos la utilización de fijador externo para la corrección progresiva de deformidades angulares en tobillo en paciente en edad pediátrica.

CC-384. EPIFISIOLISIS GRADO 2 DESPLAZADA EN NIÑO ADULTO QUE REQUIERE REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA CON TORNILLOS

P. Nicolás Gil, M. Hernández Torralba, S. Amor Jiménez, P. Sánchez Angulo, F. Cebrián Córdoba, V. Castillo Meseguer y A. Pérez García

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: En el niño adulto, las fracturas de extremidad proximal de húmero (EPH) suelen ocurrir por accidentes en vehículos o traumatismos deportivos (50%). Diagnóstico: radiografías, si no adecuadas, utilizaremos TC. Las clasificamos según Salter Harris. Por encima de los 11 años suelen ser tipo II. Y también las clasificaremos según su desplazamiento, grado IV será el desplazamiento total. Tratamiento: mayoría ortopédicamente, gran potencial de consolidación. Sólo suelen requerir tratamiento quirúrgico: asocian lesión neurovascular, asociadas a politraumatismos, intraarticulares desplazadas, las irreductibles y aquellas desplazadas en adolescentes mayores. El tratamiento quirúrgico suele ser mediante agujas de Kirschner, pudiendo también utilizarse tornillos a compresión.

Material y método: Varón de 15 años que sufre traumatismo jugando al fútbol. Acude con dolor e impotencia funcional y en la EF destaca equimosis intensa sobre zona anterior de deltoides y depresión que impresiona de trayecto de salida de hueso, sin llegar a atravesar piel. Rx: fractura compleja de EPH, se realiza TC para aclarar tipo de fractura. TC: Fractura desplazada de EPH. Con desplazamiento lateral y craneal de extremo diafisario, que se aloja en masa deltoidea. Se asocia angulación caudal del extremo proximal.

Resultados: Es intervenido de urgencia: se intenta reducción más fijación con AK, ante imposibilidad, se realiza abordaje deltoideo anterior, que coincide con zona donde se encuentra alojada la diáfisis. Hallazgos: partes blandas interpuestas que permiten reducción, deltoides desgarrado. Se procede a reducción más fijación con 2 tornillos canulados de 3,5. Revisión: tras rehabilitación ya alcanza todos los grados de movimiento y está comenzando con ejercicios de fuerza.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de EPH en niños suelen tratarse ortopédicamente, en algunas ocasiones deben ser intervenidas para reducirlas bajo anestesia y fijarlas con agujas de Kirschner. En raras ocasiones debido a imposibilidad de reducción, habrá que

abrir las y limpiar tejidos interpuestos. La fijación con tornillos canulados a nivel de diáfisis, sin atravesar fisis es una alternativa en la que la epifisiolisis de grado II, tiene un fragmento diafisario suficientemente graneado para ser atravesado con tornillos y fijado.

CC-385. QUINTO DEDO EN RESORTE EN UN NIÑO DE 3 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Igado Insa, A. Ferrer Frías, A.P. Borja Jara, E. García Castro y R. Goñi Robledo

Hospital Universitario Txagorritxu. Álava.

Introducción y objetivos: El dedo en resorte en los niños es una patología poco frecuente, su incidencia varía del 0,05% al 0,3%. En el 90% de los casos el dedo afectado es el pulgar. Su etiología no está clara, en los últimos años está ganando peso el posible origen adquirido frente al origen congénito. En aquellos casos en que el dedo afectado no es el pulgar, en la mayor parte de los pacientes la clínica no está presente desde el nacimiento, lo que hace pensar que el origen en estos casos es diferente que en el caso del pulgar en resorte. Presentan dolor y chasquido con la flexo extensión del dedo, pudiendo presentar nódulos palpables o incluso contracturas fijas en flexión que precisan de un estiramiento pasivo del dedo. Las opciones de tratamiento varían desde el tratamiento conservador con férulas y fisioterapia, hasta la intervención quirúrgica mediante cirugía abierta o cirugía con técnica percutánea.

Material y método: Presentamos el caso de un niño de 3 años que presenta dolor y engatillamiento del 5º dedo de la mano izquierda de meses de evolución en el que se palpa un nódulo a nivel de la base del 5º dedo en el trayecto de los flexores. Se valoró al niño en consulta, se explicó a los padres la necesidad de ejercicios de estiramiento pasivo y dada la persistencia del cuadro con engatillamiento que precisaba del estiramiento pasivo se decidió intervención quirúrgica mediante la apertura de la polea A1 bajo anestesia general.

Resultados: En seguimiento posterior en consulta, tras 10 meses, presenta buena evolución clínica sin recidiva hasta el momento de su patología.

Comentarios y conclusiones: El dedo en resorte en la edad pediátrica es poco frecuente y en la mayoría de los casos se afecta el pulgar. Las opciones de tratamiento varían desde el tratamiento conservador con férulas y fisioterapia, hasta la intervención quirúrgica mediante cirugía abierta o cirugía con técnica percutánea. La mayoría de la bibliografía habla del resultado del tratamiento en el caso de pulgar en resorte, existiendo casos de resolución espontánea, casos de resolución con tratamiento conservador mediante férulas y fisioterapia y casos que precisaron de intervención quirúrgica. Los autores coinciden en la necesidad de combinar el tratamiento conservador durante largos periodos de seguimiento junto con la estricta colaboración de los padres, de tal manera que concluyen que esta patología no precisa de una necesidad urgente de cirugía y se debe intentar previamente el tratamiento con férulas. No obstante, en aquellos casos en los que fracasa el tratamiento conservador hay que optar por técnicas de cirugía, pudiendo optar entre técnicas percutáneas o técnicas de cirugía abierta, siendo esta última una técnica sencilla en la que el riesgo de lesión neurovascular es pequeño y se consiguen buenos resultados con baja tasa de complicaciones y recidiva, no obstante precisa de una anestesia general y del uso de manguito de isquemia. Sin embargo, cuando el dedo afectado no es el pulgar el manejo del paciente varía, ya que se piensa que son patologías que no tienen el mismo origen. En estos casos el tratamiento conservador parece ser menos satisfactorio y la técnica quirúrgica utilizada diferente que en el caso del pulgar en resorte, de tal manera que, aunque existe poca literatura al respecto, algunos autores sugieren que no es suficiente con la liberación de la polea A1 y que es preciso un abordaje quirúrgico

ampliado para exponer bien los tendones flexores y descartar patologías asociadas para evitar así la recidiva. En nuestro caso, tras dos meses de tratamiento conservador mediante estiramientos sin ninguna mejoría, se optó por la cirugía, realizándose una técnica abierta con exposición de la polea A1 y liberación completa de la misma comprobándose una correcta liberación del engatillamiento, no presentando complicaciones ni recidiva hasta el momento.

CC-386. ¿PUEDE LA RNM DE CADERA PREDECIR LA EPIFISIOLISIS DE LA CADERA CONTRALATERAL? APORTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

R.J. Corrales Merinero, C. Muñoz Muñoz, R.I. Idiart Charrier y A. López García

Hospital de Antequera. Málaga.

Introducción y objetivos: La incidencia de epifisiolisis de la cadera contralateral después del episodio unilateral, así como la necesidad de su fijación profiláctica, es aún motivo de controversia en diferentes publicaciones. Por otra parte no está claro el papel que tiene la RNM en la detección precoz de estadios iniciales, particularmente en pacientes sin factores de riesgo elevados (ausencia de patología endocrina, etc.), en quienes la necesidad de fijación profiláctica de la cadera contralateral parecería menos indicada.

Material y método: Se presenta el caso clínico de un varón de 16 años con epifisiolisis de la cadera derecha, tratado quirúrgicamente mediante fijación in situ, que sufrió una epifisiolisis asintomática de la cadera contralateral días después de una RNM normal. Se realiza una revisión de la literatura.

Resultados: En el caso presentado la realización de una RNM no fue de utilidad en la prevención y diagnóstico precoz de la epifisiolisis de la cadera contralateral.

Comentarios y conclusiones: Los resultados publicados en la literatura sugieren que solo el seguimiento exhaustivo de las manifestaciones clínicas y la aparición de hallazgos radiológicos precoces son útiles para destinar la indicación terapéutica más adecuada en cada caso.

CC-387. DESPLAZAMIENTO EPIFISARIO FEMORAL PROXIMAL. TRATAMIENTO MEDIANTE LUXACIÓN ABIERTA DE CADERA

S. Illán Franco, C. Salcedo Cánovas, J.J. Parrilla Riera, M. López Antón, J.J. López Martínez, J. Martínez Ros, J.M. Moreno Fernández y J.P. García Paños

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El desplazamiento epifisario proximal es una patología que ocurre en niños entre los 8 y los 18 años con una prevalencia de aproximadamente 2 de cada 100.000. La afectación es más propia de varones entre 10 y 15 años y su presentación es más frecuente en lado izquierdo, aunque en algunas series se describe hasta un 40% de bilateralidad. Son múltiples factores los que pueden influir en el desarrollo de esta enfermedad, como sobrepeso, traumatismo previo, actividad física, trastornos metabólicos y endocrinos, quimioterapia, radiación o alteraciones previas de la cadera afecta o incluso de la contralateral. En esta patología la cabeza del fémur se desplaza hacia posterior, interno e inferior debido a una fractura a través del cartilago. La presentación puede ser aguda, crónica o aguda sobre crónica y la epifisiolisis puede ser estable si permite la deambulación o inestable.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 11 años remitido a nuestro centro por dolor y limitación funcional de cadera izquierda resistente a tratamiento médico. El paciente presenta una marcha antálgica que no puede prolongar mucho tiempo. Se observa limitación para la rotación interna y la abducción de cadera, y el signo de Howorth es positivo. Las pruebas de imagen confirman que se

trata de un desplazamiento epifisario de fémur proximal izquierdo. Tras planificar la cirugía el paciente es intervenido realizando un abordaje lateral con osteotomía de trocánter mayor y aplicando una técnica de Dunn modificada se procede a la luxación anterior de cabeza femoral para exéresis de callo hipertrófico, reducción y osteosíntesis mediante tres agujas roscadas. Posteriormente se reduce la articulación y se sintetiza el trocánter con tornillos canulados. Finalmente se fija la fisis contralateral para evitar disimetrías y como medida profiláctica de bilateralidad del cuadro.

Resultados: Tras un postoperatorio correcto el paciente fue dado de alta y en la actualidad está en seguimiento en consultas externas, aún con el miembro en descarga.

Comentarios y conclusiones: El desplazamiento epifisario de fémur proximal es una entidad clínica que debemos saber identificar para evitar que pase desapercibida. En este sentido la historia clínica del paciente va a ser la mayor ayuda de que disponga el facultativo, ya que no siempre las pruebas de imagen van a ser positivas. Con la patología identificada se puede ofrecer un tratamiento quirúrgico para aquellos cuadros que no sean estables, ya que ante todo debemos evitar las gravísimas complicaciones que esta enfermedad conlleva, como son la necrosis de cabeza femoral o la condrolisis y sus correspondientes consecuencias. El tratamiento consistirá generalmente en fijación de la fisis con agujas. Para aquellos casos evolucionados, con desviación de la cabeza femoral la técnica de luxación abierta de cadera es una buena opción para poder realizar la exéresis del cartilago hipertrófico y corregir la deformidad.

CC-388. EPIFISIOLISIS PROXIMAL FEMORAL EN PACIENTE AMBULANTE CON PCI

S. García Mata y C. González Roldan

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: El objetivo es mostrar el tercer caso de EPF en un paciente espástico, el primero con capacidad de deambulación.

Material y método: Varón de 13 años y 9 meses, afecto de retraso psicomotor severo, afecto de tetraparesia espástica de predominio derecho. GMFCS III. Fenotipo compatible con síndrome adiposogenital, analítica general normal, niveles adecuados para la edad de testosterona, estrógenos, hormonas tiroideas, calcio, fósforo y vitamina D. Caderas con coxa valga y anteversión del cuello femoral bilateral. Angulo poplíteo -30°, equino izquierdo de 10°, derecho de 15°, Thomas (+) 10° bilateral, Giba L izquierda GMFCS III. Su capacidad de marcha previamente era de 100 metros con apoyo en un familiar y 30 metros sin apoyo. Presentaba obesidad: Body Mass Index: 29,75. Cojera izquierda de tres semanas de evolución. Rx: epifisiolisis proximal femoral izqda.

Resultados: Se realizó fijación "in situ" izquierda. Coxa valga bilateral, con una mayor espasticidad derecha. No relación con mayor grado de espasticidad así como con la marcha. A los 14 meses de la intervención quirúrgica presentaba una RE bilateral de 75°, RI bilateral de 35°-40°, que evidenciaban una retroversión femoral: ¿factor predisponente? Dos años más tarde (todavía con Risser 4), presentaba marcha independiente 400 m, buen equilibrio de tronco, asintomático. Movilidad de caderas simétricas: RI 55°, RE 70°, evidenciando retroversión femoral. Tres años más tarde el paciente está asintomático no habiendo ocurrido afectación en la cadera contralateral, con una marcha final aceptable con ayuda similar a la marcha previa a la lesión. A los 3,5 años de la intervención presenta marcha autónoma, Risser 5 y Body Mass Index: 24,8 (peso 71 kg, talla 169 cm).

Comentarios y conclusiones: En los dos casos previamente descritos se valora la rareza y se especula la posibilidad de que la mera espas-

tividad provoque la EPF. Con el presente caso se establece la carga y sobrepeso como factores también coadyuvantes en los pacientes espásticos. Concluimos que, aunque de forma excepcional, tanto la espasticidad como el sobrepeso también son factor de riesgo en adolescentes afectos de PCI.

CC-389. ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES DE LA RESECCIÓN TUMORAL EN BLOQUE DEL PERONÉ PROXIMAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

T. del Olmo Hernández, C. Justo Astorgano, C. Hernández Galera, M.C. Sanz Pascual, H. Gómez Santos, F. Aranda Romero, S. Alonso Güemes y M.S. Gómez Gómez

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: El extremo proximal del peroné es una localización poco frecuente de tumores óseos primarios malignos. Su resección se precisa en las lesiones tumorales con malignidad local, como resección por ampliación de márgenes de una tumoración maligna de tibia proximal o fémur distal, o en tumoraciones benignas que causan sintomatología compresiva por su tamaño. Debido a las relaciones anatómicas de la cabeza del peroné, su resección no está exenta de complicaciones. Entre ellas se encuentran lesiones nerviosas del CPE, que en su mayoría son neuroapraxias que se recuperan espontáneamente. La inestabilidad de rodilla por afectación de la inserción del LLI y del bíceps femoral puede ser muy invalidante si no se reparan estas estructuras durante la intervención.

Material y método: Presentamos un caso clínico de un varón en edad pediátrica que presenta una tumoración en cara lateral de la rodilla de larga evolución no dolorosa. En los últimos meses comienza con dolor mecánico y a la palpación de la tumoración. La radiología, la gammagrafía ósea aportan el diagnóstico de presunción de quiste óseo aneurismático que se confirma con los resultados anatomopatológicos de la biopsia incisional. Se interviene con curetaje de la lesión que insufla la región metafisaria del tercio proximal del peroné distal a la zona fisaria. En tres meses, el paciente presenta nueva tumoración que sugiere recidiva. Se realiza resección en bloque del tercio proximal de peroné conservando la zona fisaria. Se añade osteosíntesis con tornillo en la articulación tibioperonea proximal con la inserción de LLE y de bíceps femoral. En el postoperatorio inmediato sufre una paresia del CPE, en el manejo postoperatorio mantiene una férula inguinopédica 3 semanas y posteriormente una ortesis antiequino. A las 6 semanas de la intervención el estudio neurofisiológico muestra signos de una grave neuropatía axonal del nervio ciático poplíteo externo derecho, con signos de regeneración activa en musculatura dependiente.

Resultados: La resección en bloque del peroné proximal tiene como principales complicaciones la lesión del CPE a su paso por la cabeza del peroné y la inestabilidad posterolateral de la rodilla por lesión del LLE y de la inserción del bíceps femoral. Para evitar la inestabilidad lateral de la rodilla la mayoría de los autores recomiendan la fijación del LLE en la meseta tibial externa a 20° de flexión e inmovilizar 3 semanas en esta posición. También recomiendan la reparación anatómica del bíceps femoral. En cuanto a la parálisis del CPE en esta técnica, está descrita hasta en un 8-10% de los casos según las series. La mayoría, alrededor del 60-70% de los casos se resuelve espontáneamente entre los 6 primeros meses hasta el año.

Comentarios y conclusiones: Los quistes óseos aneurismáticos en la mayoría de las ocasiones son tumoraciones benignas, pero en algunos casos pueden ser localmente agresivos y aumentar el número de recidivas. Las principales complicaciones de la resección en bloque del tercio proximal de peroné incluyen la lesión del CPE y la inestabilidad de la rodilla por afectación del LLE. Para evitar la inestabilidad de rodilla se debe reinsertar el LLE y reparar el bíceps femoral en las resecciones del peroné tipo II.

CC-390. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS EN EL SÍNDROME DE DI GEORGE. A PROPÓSITO DE UN CASO

T. del Olmo Hernández, H. Gómez Santos, C. Justo Astorgano, C. Hernández Galera, P.M. Carmen Sanz, F. Aranda Romero, J.C. Gutiérrez Gutiérrez y J. Burgos Flores

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: El síndrome de Di George es una enfermedad con base genética: delección en el cromosoma 22, región 22q11.2, producido por un error en la meiosis o también de forma autosómica recesiva, autosómica dominante o ligada al cromosoma X. El sexo masculino es dos veces más frecuente que en el sexo femenino. La edad del diagnóstico suele ser temprana. Se trata de una enfermedad poco frecuente, que asocia malformaciones cardíacas, escoliosis toracolumbar, alteraciones del sistema inmunitario y retraso mental. El tratamiento de éstos pacientes debe realizarse de forma individualizada. El tratamiento de la escoliosis en la mayoría de los casos debe ser quirúrgico por la elevada frecuencia de progresión de la curva, como en el caso que presentamos.

Material y método: Se presenta un caso clínico de un paciente varón de 15 años con escoliosis toracolumbar tratada mediante corsé de Boston durante 5 años con progresión de la curva. Además presenta otras malformaciones debidas al síndrome de Di George como comunicación interventricular y estenosis traqueal. Se interviene mediante artrodesis toracolumbar con tornillos pediculares y barras tras evidenciarse la progresión de la curva a pesar del tratamiento ortopédico.

Resultados: Se trata de una enfermedad poco frecuente, así que no se encuentran en la literatura series largas sobre el tratamiento adecuado de la escoliosis asociada. El grupo de Tzirikos describe un estudio retrospectivo sobre cuatro pacientes con síndrome de Di George con escoliosis asociada. Señalan que la deformidad vertebral en estos pacientes suele ser progresiva, asociándose a cifosis y frecuentemente precisa artrodesis (en su serie todos precisaron tratamiento quirúrgico). La mayoría de los artículos publicados hacen referencia al tratamiento de las alteraciones endocrinas, cardíacas e inmunológicas. El pronóstico vital depende fundamentalmente de la patología cardíaca y alteraciones de la función respiratoria.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de síndromes polimalformativos debe realizarse de forma multidisciplinar, interactuando especialidades como cardiología, pediatría, anestesia, traumatología y rehabilitación. El manejo del paciente es más complejo debido a la patología cardíaca asociada que aumenta la morbilidad, mortalidad y las complicaciones tanto intraoperatorias como postoperatorias. El seguimiento y los controles evolutivos de la escoliosis deben ser estrechos debido a la frecuencia de fracaso del tratamiento conservador. Las transfusiones sanguíneas son necesarias para evitar la anemia que pueda inducir una insuficiencia cardíaca, así como el manejo estricto de la volemia para evitar una sobrecarga.

CC-391. TRAUMATISMO EN HOMBRO EN EDAD PEDIÁTRICA

V. García Virto, F. Yagüe Solís, B. García Medrano, M. Brotat Rodríguez, M. Martínez Ibeas, J.M. Cortés Villar, C. Simón Pérez y P. Barrio Sanz

Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción y objetivos: Las epifisiolisis de húmero proximal son relativamente infrecuentes, representando el 0,45% de las fracturas pediátricas y el 4-7% de todas las lesiones fisarias. La mayoría están mínimamente desplazadas o anguladas. Se presenta el caso de una epifisiolisis de húmero proximal en edad pediátrica.

Material y método: Varón de 13 años, diestro, que refiere caída accidental de un columpio con traumatismo sobre hombro izquierdo. A la exploración presenta deformidad en hombro izquierdo, con dolor e impotencia funcional y brazo en posición antiálgica, con exploración neurovascular distal normal. Al estudio radiográfico presenta una epifisiolisis de húmero proximal tipo II de Salter-Harris con un desplazamiento tipo III de Neer. Se decidió reducción bajo anestesia general realizándose osteosíntesis con 3 agujas de Kirschner e inmovilización con vendaje tipo Velpeau.

Resultados: La inmovilización se mantuvo 4 semanas con posterior retirada del material de osteosíntesis, sin signos de infección en la zona de entrada de las agujas. Se indicó inicio de movilidad pasiva y activa, comprobándose en sucesivas revisiones la movilidad completa del hombro, sin existir signos radiográficos de angulación o malrotación, ni cierre fisario.

Comentarios y conclusiones: Las epifisiolisis tipo II de Salter-Harris predominan en los niños mayores de 11 años, con predominio de varones en una proporción de 3:1. El mecanismo de lesión es a menudo similar al responsable de producir una luxación de hombro en un adulto. Neer clasificó estas fracturas en los niños en cuatro grados, de acuerdo con la gravedad del desplazamiento: Grado I: menos de 5 mm. Grado II: hasta un tercio de la diáfisis. Grado III: hasta 2/3 de la diáfisis. Grado IV: más de 2/3 de la diáfisis. Tradicionalmente, las fracturas proximales de húmero en pacientes con esqueleto inmaduro han sido tratadas de forma conservadora debido al enorme potencial de remodelación y el amplio arco funcional de movimiento del hombro. Sin embargo, no hay recomendaciones de tratamiento claras para tratar las epifisiolisis humerales severamente desplazadas (grados III o IV), sobre todo en los adolescentes mayores (13 años o más) que tienen un potencial de remodelación mínimo. En un meta-análisis publicado para intentar demostrar cuál es la mejor opción de tratamiento, recomienda la división en 3 grupos de edad (< 10 años, 10-13 años, y > 13 años). En los niños por encima de 13 años de edad con capacidad limitada de remodelación con un desplazamiento importante (grados III o IV de Neer) se realiza reducción y fijación percutánea.

CC-392. DEFORMIDAD EN CODO Y MUÑECA POSTRAUMÁTICA

V. García Virto, F. Yagüe Solís, R. Hernández Ramajo, M. Plata García, V. Luengos Peña, B.F. Rodríguez-Monsalve Milano, L. García Flórez y Z. de Gregorio Álvarez

Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción y objetivos: La luxación de codo en edad pediátrica representa aproximadamente el 5% de las lesiones del codo, siendo la luxación más común de la edad infantil y generalmente ocurre en la 2ª década de la vida, cuando las fisis comienzan a cerrarse. Habitualmente se produce tras una caída, sobre la mano en extensión y con el codo parcialmente flexionado, aunque también puede ocurrir estando en hiperextensión. El objetivo del caso es presentar una lesión infrecuente que además se asocia con fractura a nivel de la muñeca y no del codo.

Material y método: Niña de 6 años de edad, zurda, con antecedentes de fractura supracondílea de húmero derecho intervenida hace 2 años, que acude a urgencias por dolor en codo y muñeca izquierdo tras caída accidental. A la exploración presenta deformidad en codo izquierdo, en posición semiflexionada, con dolor e impotencia funcional, presentando también dolor e inflamación en tercio distal del radio ipsilateral con exploración neuro-vascular distal normal. En el estudio radiológico se observa luxación posterior de codo y fractura en tallo verde de radio distal izquierdo. Se realizó reducción del codo bajo anestesia general e inmovilización con férula de yeso braquio-antebraquial e ingreso para control analgésico y antiinflamatorio.

Resultados: Se realizó revisión a los 10 días en la consulta con estudio radiológico, sin observarse fracturas asociadas a nivel del codo. Al mes del traumatismo se retiró la inmovilización con reinicio de la movilidad. En posteriores revisiones se ha comprobado la recuperación completa de la movilidad, sin objetivarse alteraciones angulares o en las fisis del codo.

Comentarios y conclusiones: La luxación posterior es la más frecuente, representa alrededor del 90% de los casos, se presenta con más frecuencia en varones y en codo izquierdo, cursando con fractura asociada en alrededor del 60% de los casos. El principal diagnóstico diferencial de la luxación de codo es la fractura supracondílea en extensión del húmero distal. En las luxaciones, se observa en las radiografías AP la mayor superposición del húmero distal sobre el radio y el cubito proximal, y en las Laterales, la coronoides se sitúa posterior a los cóndilos. Habitualmente la reducción cerrada, bajo anestesia general, es eficaz. El objetivo es que la coronoides y la cabeza del radio puedan deslizarse por encima del extremo distal del húmero. Debe de realizarse en primer lugar una maniobra de supinación, en las de desplazamiento lateral, a continuación se reduce el desplazamiento lateral y el desplazamiento posterior con tracción o empuje en eje. Debemos aprovechar la anestesia para valorar la estabilidad de la reducción. Posteriormente se inmoviliza en yeso alrededor de 3 semanas.

CC-393. FRACTURA SUBTROCANTÉREA DE FÉMUR TRAS ESTABILIZACIÓN DE EPIFISIOLISIS DE CABEZA FEMORAL SIN DESPLAZAR CON TORNILLO CANULADO

A. Suárez Ratia, M. García López, B.A. Batres Cid, C. Gebhard Lebrero, F. Chivato Vivanco, A. Arago Olaguibel, B. Morales Moreno y P. Sierra Madrid

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción y objetivos: La epifisiolisis de cabeza femoral es la patología más frecuente de la cadera del adolescente (incidencia de 10,8/100.000 niños). La literatura actual avala la fijación de una epifisiolisis sin desplazar de cabeza femoral. El riesgo de complicaciones como la condrolisis es inferior al de desplazamiento o necrosis. Las fracturas de fémur tras dicha fijación son una complicación muy poco frecuente estando normalmente asociado a traumatismos de alta energía o a patología concomitante; pudiendo suceder también tras la retirada del material. Las series publicadas muestran una incidencia muy variable desde el 0,32% al 3,61%. El tratamiento realizado suele consistir de reducción cerrada y osteosíntesis con retirada o no del tornillo canulado según el autor. La fijación múltiples tornillos es más controvertida debido al mayor riesgo de complicaciones.

Material y método: Estudiamos el caso de un paciente de 14 años con antecedentes de obesidad (IMC 30), factor claramente predisponente a la epifisiolisis de cabeza femoral, déficit de atención e hiperactividad y trastorno de la conducta que, siendo diagnosticado de epifisiolisis desplazada de la cabeza femoral derecha, fue tratada con éxito mediante fijación con tornillo canulado. Posteriormente inició con dolor en la otra cadera, que se diagnostica como epifisiolisis sin desplazar estable, por lo que se decidió fijarla antes de que se desplazara. Dos semanas tras la cirugía sufrió una caída por la que es trasladado a nuestro servicio de urgencias con dolor e impotencia funcional en cadera izquierda. En la exploración presenta intenso dolor y deformidad en región proximal del muslo con impotencia funcional y sin daño neurovascular apreciable. Se realiza estudio con radiografía simple antero-posterior de pelvis y axial de cadera izquierda donde se aprecia una fractura subtrocantérea. Dos días después se practica en quirófano reducción cerrada de la fractura con tracción en mesa con pelvistato, extracción del tornillo canulado y síntesis de la fractura

mediante enclavado intramedular (clavo T2 de fémur de Stryker) con tornillo proximal a la cabeza atravesando la fisis y tornillo de bloqueo distal estático. Se dejó al paciente en descarga con muletas durante 3 semanas, tras las cuales inició apoyo progresivo, restringiéndose la actividad deportiva.

Resultados: Tras seguimiento de 7 meses el paciente no tiene dolor. Deambula con normalidad y en breve iniciará práctica deportiva (natación). No ha existido reaparición del dolor de la epifisiolisis. En las imágenes radiográficas se observa buen callo óseo en la zona de fractura.

Comentarios y conclusiones: Nuestro caso es una fractura subtrocanterea como complicación de una fijación de epifisiolisis de cabeza femoral sin desplazar, una de las más raras de este tratamiento. Nosotros la hemos tratado mediante enclavado intramedular, sustituyendo el tornillo canulado de la fijación de la epifisiolisis por uno de los tornillos del propio clavo.

CC-394. FRACTURAS DE ESTRÉS EN TIBIA SINCÓNICAS EN GEMELAS HOMOCIGOTAS

A.M. Valverde Villar, J. Pallarés Sanmartín, L. Moraleda Novo y E.J. Ortiz Cruz

Hospital La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de estrés son fracturas producidas como consecuencia de una carga física repetitiva que altera el remodelado óseo interrumpiendo el equilibrio entre la formación y la resorción ósea. Suelen aparecer en personas muy deportistas y su incidencia en niños es desconocida aunque se sabe que está aumentando debido al incremento de participación en deportes organizados. Los huesos más afectados son la tibia y el fémur. Es importante el diagnóstico diferencial con tumores e infecciones. El objetivo de éste trabajo es relatar un curioso caso de 2 fracturas de estrés en tibia en dos niñas gemelas de 12 años al mismo tiempo.

Material y método: En nuestro trabajo describimos 2 casos clínicos de 2 niñas de 12 años, gemelas homocigotas bivitelinarias vistas en la Sección de Ortopedia Infantil del Hospital Universitario la Paz de Madrid. Ambas acuden a la consulta el mismo día presentando dolor en tibia proximal. El primer caso en tibia derecha, siendo ésta diestra y el segundo en rodilla izquierda, siendo ésta última zurda. En ningún caso el dolor había aparecido tras un traumatismo, no les despertaba por la noche y sí que era de características mecánicas, interfiriendo en su actividad física habitual, la cual consistía en 4h de ejercicio físico en el colegio semanales y 2h de bicicleta cada 15 días. El tiempo de evolución era de 5 semanas en el primer caso y de 2 semanas en el segundo. Las pacientes no referían ningún antecedente de interés.

Resultados: En la exploración física no se apreciaba deformidad ni signos inflamatorios en la zona dolorosa. Presentaban dolor a la palpación a nivel metafiso-diafisaria proximal de tibias con movilidad de rodillas y tobillos normal. No deformidades en el eje de los miembros inferiores ni deformidades en los pies. En la evaluación radiológica se apreciaba en las proyecciones anteroposteriores un aumento de densidad ósea a nivel metafiso-diafisario proximal de tibia y en las proyecciones laterales observamos reacción perióstica a nivel de la cortical posterior de la tibia, muy sugestivo de fracturas de estrés. Este diagnóstico es confirmado mediante RM en la que se apreciaban ambas fracturas sin desplazar con gran edema a dicho nivel. El tratamiento de ambas fracturas ha sido conservador con restricción de la actividad física y analgésicos, con buena evolución clínico-radiológica.

Comentarios y conclusiones: Revisando la bibliografía no hemos encontrado casos similares ni tampoco relación de este tipo de frac-

turas con alteraciones genéticas, a excepción de pacientes con enfermedades óseas como por ejemplo la osteogénesis imperfecta en las que se puede producir fracturas por insuficiencia. En nuestro caso pensamos que se puede deber a una coincidencia ya que las pacientes no presentan ninguna enfermedad del tipo mencionado previamente.

CC-395. PSEUDOARTROSIS DEL CÓNDILO EXTERNO DEL CODO INFANTIL

A. Falcón Sánchez, A. Leal Robles, Z. González Fernández, J. Cabrera Rosendo y S. Jiménez Martínez

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Introducción y objetivos: Las fracturas de cóndilo externo de húmero en niños son infrecuentes, correspondiendo al 10-20% de todas las lesiones a nivel del codo. Debido a que se presenta en la etapa de crecimiento y a su localización anatómica atravesando la fisis, son difíciles de diagnosticar y de determinar su gravedad. Esto provoca tratamientos inadecuados, incrementándose así el número de complicaciones. Entre las más frecuentes se encuentra la pseudoartrosis, que es más común en las fracturas con desplazamiento mínimo porque las desplazadas por lo general reciben un mejor cuidado terapéutico. Existen dos opciones respecto a su tratamiento: abstención terapéutica o tratamiento quirúrgico.

Material y método: Se presenta en sesión clínica el caso de un varón de 4 años sin antecedentes de interés, con una pseudoartrosis de cóndilo externo de codo izquierdo de 1 año de evolución. En marzo del 2010 sufre caída accidental y es diagnosticado de fractura supracondílea incompleta de codo izquierdo, siendo inmovilizado con férula posterior de yeso más sling, citándose en 2 semanas en consultas externas para revisión. En los controles radiográficos realizados en las sucesivas consultas (cada 3 semanas), se modificó el diagnóstico: fractura unicondílea sin desplazamiento y se mantiene la inmovilización durante 2 meses más. A los 4 meses es visto por primera vez en la Unidad de Hombro y codo, observándose fractura de cóndilo externo de la extremidad distal de húmero sin afectación del núcleo epifisario, que no ha consolidado y ha evolucionado con desplazamiento progresivo. En el momento de la consulta el paciente se encontraba sin dolor, con molestias leves a realizar esfuerzos importantes, con un mínimo incremento del ángulo de carga del miembro superior respecto al sano y una mínima limitación en los últimos grados de extensión. Se realiza una revisión bibliográfica en conjunto en septiembre del 2011, y dado el tipo de pseudoartrosis que presenta, la mínima limitación de la movilidad, la presunta evolución favorable a largo plazo, desde el punto de vista funcional y el riesgo de necrosis epifisaria en caso de intervención quirúrgica agresiva se decide, seguimiento clínico-radiológico periódico.

Resultados: En marzo de 2012, acude a consulta para una nueva revisión, clínicamente se mantiene sin cambios desde la última valoración, radiológicamente no se aprecian nuevos desplazamiento del fragmento del cóndilo externo ni aumento en el ángulo de transporte.

Comentarios y conclusiones: En este caso clínico un mal diagnóstico inicial llevo a un episodio de pseudoartrosis derivada de una fractura tipo II de Milch del cóndilo externo, con una movilidad casi normal y leve aprensión en esfuerzos. Este tipo de pseudoartrosis rara vez ocasionan síntomas incapacitantes a largo plazo, y ocasionalmente producen afectación cubital, precisando un seguimiento alejado en el tiempo para tratar precozmente dicha disfunción. La abstención está indicada cuando el fragmento metafisario es pequeño y/o está muy desplazado (en este caso menos de 5 mm) y cuando el ángulo de carga sea superior a 20 grados (en este caso es de 15°). Y especialmente si el paciente se encuentra sintomático. Aconsejamos seguimiento clínico y radiológico de forma semestral.

CC-396. QUISTE ÓSEO UNICAMERAL FEMORAL: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

B.L. Sotelo Sevillano, J.J. Domínguez Amador, L. Traverso Guerrero, Z. González Fernández, F.C. Moya Corral, N. Cachero Rodríguez, J. Quintana Cruz y D. Farrington Rueda

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: El quiste óseo esencial es una lesión benigna, de contenido líquido y a menudo expansiva que se presenta en el esqueleto inmaduro. Habitualmente se localizan en húmero proximal y fémur proximal donde se produce un adelgazamiento cortical que da lugar a un elevado porcentaje de fracturas patológicas. Se trata de una lesión autolimitada, siendo una de las lesiones benignas más comunes en la edad pediátrica. Aunque se han descrito múltiples métodos de tratamiento desde técnicas percutáneas mediante infiltraciones de corticosteroides o médula ósea autóloga hasta técnicas de cirugía abierta con curetaje de la lesión y aporte de diferentes sustancias, los resultados a largo plazo variables y muchos de los pacientes requieren una segunda intervención por la alta tasa de recurrencia o persistencia del quiste.

Material y método: El propósito de este estudio es evaluar la eficacia en el tratamiento de los quistes óseos unicamerales en fémur proximal mediante curetaje, fijación interna con placa LCP y aporte de matriz ósea desmineralizada. Se analizan de forma retrospectiva seis pacientes que presentaban un quiste óseo femoral proximal, tratados en nuestro servicio entre los años 2009 y 2011. La edad media de los pacientes en el momento de la intervención quirúrgica fue de 7,5 años y el periodo de seguimiento medio de 20 meses.

Resultados: Todos los pacientes regresaron a su actividad habitual libres de dolor y sin limitación funcional. No hubo ninguna fractura patológica tras la intervención quirúrgica. Un paciente presentó dismetría de 1,5 cm como complicación. La revisión de los estudios radiográficos puso de manifiesto que tres quistes habían consolidado completamente (estadio I de Neer). Un paciente presentaba una consolidación parcial (estadio II de Neer) mostrando signos de remodelación y engrosamiento cortical alrededor de los cuatro meses. Otro de los pacientes presentaba una curación incompleta del quiste (estadio III de Neer). Sólo un paciente presentó una recidiva del quiste (estadio IV de Neer).

Comentarios y conclusiones: El tratamiento mediante curetaje, fijación interna con placa LCP y aporte de matriz ósea desmineralizada es un método efectivo en el tratamiento del quiste óseo unicameral de fémur proximal obteniendo mayores tasas de curación que otros métodos de tratamiento.

CC-397. SINOSTOSIS RADIOHUMERAL CONGÉNITA

B. Bravo Giménez, C. García Espasa, C. Culaciati Tapia, J. Bonastre Julia, S. Álvarez García-Peñuela, C. Casado Sánchez, J.R. Martínez Méndez y A. Lovic Jazbec

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Los defectos congénitos del cúbito son muy poco frecuentes y se asocian a otras anomalías osteomusculares como la deficiencia focal femoral proximal, la agenesia de peroné, la focomelia y la escoliosis. El cúbito puede faltar total o parcialmente (primordio cartilaginoso). Los casos con peor función son aquellos con sinostosis radiohumeral y dedos aplásicos o rígidos. El tratamiento quirúrgico por lo general se centra en la corrección de la mano y hay pocas publicaciones y con pobres resultados en cirugías que intentan restablecer la movilidad. El objetivo es conseguir un codo funcional y estable.

Material y método: Paciente de 3 años sin antecedentes familiares de interés. Al nacimiento presenta acortamiento de miembro superior

derecho con codo en extensión e hipoplasia de 1^{er} y 5^o dedos y rigidez interfalángica de 3^{er} y 4^o. En la radiografía se observa una sinostosis radiohumeral tipo IV de Bayne con un vestigio cubital a nivel del tercio distal de brazo. No presenta otras deformidades osteomusculares asociadas. En la cirugía se comprobó la existencia de una alteración de la región cubital, rotada hacia anterior, con un nervio único mediano y cubital y el tendón del bíceps insertado en el primordio cubital. Mediante un abordaje combinado dorsal y volar realizamos una osteotomía desrotadora y una síntesis con 2 agujas de Kirschner intramedulares en posición funcional.

Resultados: Se mantuvo al paciente durante 4 semanas con una férula braquioantebraquial. Las agujas se retiraron tras controles radiográficos seriados satisfactorios.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de la sinostosis radiohumeral es complejo. Entre las opciones quirúrgicas encontramos la resección del vestigio cubital en casos de deformidad progresiva de la muñeca, las osteotomías de rotación, los alargamientos o el trasplante de una articulación libre que reconstruya el codo, opción de la que no existe ninguna publicación. Su tratamiento va a depender de la movilidad y posición del codo, la función y la estabilidad del antebrazo.

CC-398. CIFOPLASTIA EN PACIENTE DE 10 AÑOS CON SÍNDROME DE GORHAM

E. Carbó Laso, R. Vethencourt Koifman, T. Quevedo Narciso, P. Gil Martínez, J. Arnal Burró, J.P. Sánchez Shupis, O. Riquelme García y J.L. González López

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: El síndrome de Gorham es una enfermedad rara de etiología desconocida caracterizada por la proliferación endotelial localizada de vasos linfáticos anormales que produce la destrucción y la reabsorción de hueso de forma progresiva. Además del manejo de las fracturas, el tratamiento de este síndrome comprende la radioterapia, quimioterapia, fármacos antiosteoclasticos y el tratamiento de la hemangiomatosis. El objetivo de este póster es mostrar nuestra experiencia en el tratamiento de las lesiones óseas vertebrales en un paciente pediátrico.

Material y método: Presentamos el caso clínico de un varón de 10 años diagnosticado de síndrome de Gorham con osteolisis vertebral (D1-L5), hipercrecimiento del miembro inferior derecho, afectación de sacro, pala iliaca, isquion, pubis y dos tercios proximales del fémur derechos, isquion, pubis y dos tercios proximales de fémur izquierdos. Fue intervenido quirúrgicamente realizándose cifoplastia con balón y relleno con fosfato tricálcico de L3-L4 ante el elevado riesgo de fractura patológica a ese nivel. Además se realizó una epifisiodesis temporal femoral distal derecha con placa en ocho para controlar la dismetría.

Resultados: El postoperatorio cursó sin incidencias. Dos años después no ha desarrollado complicaciones de la cifoplastia y presenta buena evolución de la dismetría (actualmente 1,6 cm). En la última revisión (marzo 2012) refiere dolor en cadera derecha siendo compatible con empeoramiento de las lesiones líticas en región proximal de fémur derecho diagnosticadas previamente.

Comentarios y conclusiones: La afectación ósea en el síndrome de Gorham se caracteriza por una osteolisis intraósea progresiva que se traduce en fracturas patológicas, deformidades y diseminación a las regiones adyacentes al hueso afectado. La cirugía ortopédica es el tratamiento de elección en estos procesos. Nuestra experiencia en el tratamiento de la osteolisis vertebral infantil con cifoplastia con balón ha sido satisfactoria a los dos años de la cirugía, permaneciendo el paciente asintomático y no detectándose alteraciones en el crecimiento.

CC-399. TRATAMIENTO SIMULTÁNEO DE SUBLUXACIÓN DE CABEZA RADIAL Y DEFORMIDADES DE ANTEBRAZO Y MUÑECA MEDIANTE ELONGACIÓN ÓSEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

E. Díaz Gálvez, I. de Gálvez Aranda, A. González Segura, R. Casielles Javaloyes y F. Villanueva Pareja

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El acortamiento cubital provoca deformidades del antebrazo durante el crecimiento con incurvaciones en varo del radio que conducen a luxación de la cabeza radial. A largo plazo puede repercutir funcionalmente sobre las articulaciones de muñeca y codo. Presentamos nuestro resultado de la corrección y alargamiento cubital con fijador externo para mejoría funcional y estética, previniendo la luxación de la cabeza radial.

Material y método: Se estudian retrospectivamente 2 casos con deformidad del antebrazo secundarios a malformación congénita y osteocondroma con subluxación de cabeza radial. En un primer tiempo se realizó liberación de tejido fibroso cubital y osteotomía radial del primer caso y resección de osteocondroma del segundo. Posteriormente, se practicó en ambos casos alargamiento cubital y reducción gradual de la luxación de la cabeza radial con fijador externo. Se evaluaron dolor, apariencia subjetiva de muñeca y codo y resultados radiológicos (inclinación radial, varianza cubital, desplazamiento cubital del carpo).

Resultados: El tiempo de seguimiento ha sido de 6 meses a 3 años, la media de alargamiento cubital ha sido de 2,8 cm y el tiempo medio de colocación del fijador de 5,5 meses. Se obtuvo reducción progresiva de luxación de cabeza radial con mejoría de la movilidad en pronosupinación del antebrazo así como de los parámetros radiológicos de la muñeca.

Comentarios y conclusiones: La corrección en un solo tiempo con alargamiento cubital, corrección de la deformidad del antebrazo y reducción de la cabeza radial, conducen a un resultado satisfactorio funcional y estético sobre las articulaciones de muñeca y codo. La corrección temprana conlleva aún mejores resultados, aunque no hay que olvidar la posibilidad de recurrencia en pacientes esqueléticamente inmaduros.

CC-400. TUMORACIÓN EN CARA VOLAR DE FALANGE PROXIMAL DE TERCER DEDO DE LA MANO EN NIÑA DE 9 AÑOS

H.M. García Robledo, R. Martí Ciruelos y L. Díez Berrio

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Niña de 9 años que presentaba una tumoración en cara volar de falange proximal de 3^{er} dedo de la mano derecha de meses de evolución, sin dolor ni limitación funcional asociada. No antecedentes de fiebre, astenia, anorexia o pérdida de peso.

Material y método: Exploración física: lesión nodular de 3-4 cm para tendón flexor de 3^{er} dedo mano derecha. RX: sin hallazgos significativos, Ecografía (2009): Lesión redondeada 9 × 5 mm lateral al tendón flexor, hiperecogénica, sin vascularización en su interior. Revalorada a los 3 años, por no concurrencia observamos un aumento de tamaño de la lesión, móvil, no adherida a planos profundos y de consistencia dura. RM (2012): lesión ovoidea quística con contenido complejo de 1,3 × 1,1 × 0,5 mm en íntimo contacto con paquete vasculonervioso. La AP postquirúrgica: hallazgos compatibles con Condroma de partes blandas.

Resultados: Se intervino quirúrgicamente realizándose una resección de la lesión de 1,5 × 1,5 cm de consistencia dura, no adherida a planos profundos y que rechazaba lateralmente el nervio colateral radial. Se estableció diagnóstico de Condroma de partes blandas Evolución favorable hasta el momento sin ninguna recidiva local. No limitación funcional.

Comentarios y conclusiones: El condroma de partes blandas es un tumor benigno formador de cartilago, poco frecuente, benigno, bien delimitado, que no se adhiere al hueso y que compuesto predominantemente por cartilago hialino de tipo adulto donde pueden identificarse regiones de calcificación y osificación (33-70%) y menos frecuentemente fibrosis, cambios mixoides, áreas de proliferación granulomatosa, o zonas hipercelulares que se asemejan a un condroblastoma. Se presentan como una tumoración de partes blandas, habitualmente en manos y pies, de crecimiento lento, ocasionalmente dolorosa e hipersensible. Plantea diagnóstico diferencial con lesiones benignas como la tenosinovitis nodular y malignas como condrosarcoma extraesquelético.

CC-401. OSTEODISTROFIA HEREDITARIA DE ALBRIGHT: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

J.C. Saló Cuenca, J.M. Cardona Vernet, A. García Trujillo, S. Gros Aspiroz y B. Barriendos Miguel

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: Se denomina osteodistrofia hereditaria de Albright a un conjunto de alteraciones esqueléticas heterogéneas, entre las cuales se incluye al pseudohipoparatiroidismo tipo Ia y al pseudo-pseudohipoparatiroidismo. Se caracterizan por talla baja, obesidad, cara redonda. A nivel esquelético presenta calcificaciones heterotópicas y braquidactilia.

Material y método: Presentamos el caso de una niña de 2 años de edad diagnosticada en cribaje prenatal de hipotiroidismo congénito. Acude a nuestro Servicio de Urgencias por presentar calcificaciones extrarticulares en hombro izquierdo sin traumatismo previo. Igualmente presenta calcificaciones heterotópicas en codo derecho y metacarpofalángica izquierdo. Presenta fenotipo característico: braquimetacarpi, facies lunar, obesidad y baja estatura.

Resultados: El estudio metabólico confirmó la resistencia a la PTH (27,5 pmol/L). Calcio y fósforo séricos normales. Se realizó estudio genético siendo este positivo para OHA con mutación en heterocigosis en el exón 7.

Comentarios y conclusiones: La osteodistrofia hereditaria de Albright es una enfermedad poco frecuente, de herencia variable, en la mayoría de los casos AD, cuyo fenotipo incluye facies en "luna llena", obesidad, baja talla y braquidactilia.

CC-402. LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA. A PROPÓSITO DE UN CASO

K. Emilov Velev, S. González González, J. Campo Loarte y J.A. Quesada Rubio

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: Paciente niña de 16 meses, nacida en Marruecos, fue remitida a nuestra consulta por su pediatra para valoración de discrepancia longitudinal MMII y cojera AP: madre primípara embarazo-normal parto-normal a término. Peso Rn 3.500 g. Ef: cojera por acortamiento MID. Clara discrepancia MMII > MID Galeazzi + para la cadera d. Flexoabd-limitada cadera d. Cadera d irreducible en la exploración. Rx luxación congénita cadera derecha.

Material y método: Se aplicó tracción durante una semana y después se procedió a artrografía y reducción cerrada y de la cadera derecha, comprobando reducción concéntrica. Se añadió tenotomía percutánea de los aductores. Se colocó yeso pelvipédico durante 12 semanas, cambiando el yeso a las 6 semanas. Se mantiene ortesis en abducción de uso nocturno.

Resultados: Durante el seguimiento la paciente desarrolló necrosis de la cabeza femoral tipo I de Kalamchi y Macewen sin repercusión clínica que se evolucionó favorablemente. Actualmente a los 2 años de

evolución la paciente presenta marcha sin cojera, movilidad simétrica de ambas caderas. El seguimiento del índice acetabular mostró clara mejoría evolucionando de 36 grados antes de la cirugía hasta 24 en la última revisión.

Comentarios y conclusiones: La luxación congénita de cadera es una de las presentaciones de la displasia en el desarrollo de la cadera. La displasia en el desarrollo de la cadera es un término genérico que describe un espectro de anomalías anatómicas de la cadera que pueden ser congénitas o desarrollarse durante la infancia o la niñez. La mayoría de los autores recomiendan la reducción por métodos cerrados la luxación congénita de la cadera en el grupo entre 6 y 18 meses. En nuestra experiencia la artrografía es esencial para decidir entre reducción abierta o cerrada.

CC-403. NIÑO AFECTO DE ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN CON PSEUDOARTROSIS CONGÉNITA DE TIBIA. LARGO CALVARIO QUIRÚRGICO

L. Márquez Rodríguez, J.L. Jumilla Carrasco y M.A. Solano Medina

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: La neurofibromatosis o enfermedad de Von Recklinghausen es una afección hereditaria que afecta aproximadamente a uno de cada 2.500 recién nacidos vivos, provocada por una alteración del cromosoma 17. Clínicamente se caracteriza por manchas de café con leche y neurofibromas cutáneos. Dentro de las complicaciones que afectan a estos niños destaca la pseudoartrosis congénita de tibia, que se convierte en un problema de muy difícil solución. El objetivo de este caso es conocer la repercusión de nuestros actos quirúrgicos en este tipo de patología.

Material y método: Acude a las consultas de Ortopedia Infantil un varón de tres meses de edad, diagnosticado de neurofibromatosis tipo I, que presenta deformidad en el tercio distal de pierna izquierda. En las radiografías se observa una imagen de pseudoartrosis de peroné izquierdo y deformidad en varo y antecurvatum de tibia izquierda. A los tres años de edad, por imperativo familiar, se interviene quirúrgicamente realizándose una osteotomía de tibia y osteosíntesis con placa LCP con el objetivo de resolver la deformidad de la pierna. A lo largo de los 12 años de seguimiento se le han realizado múltiples intentos de osteosíntesis sin éxito y como último tratamiento se le realizó un injerto vascularizado de peroné con lo que se ha conseguido la consolidación de la zona afectada por la enfermedad.

Resultados: Como secuelas el paciente presenta una disimetría a nivel de la tibia enferma de unos 8 cm de longitud y una alteración de la articulación del tobillo. Está pendiente de un alargamiento de la pierna a partir de la zona proximal sana.

Comentarios y conclusiones: A pesar de la baja incidencia, la neurofibromatosis genera una gran comorbilidad, y el tratamiento de este tipo de patología sigue siendo un reto para el ortopedista infantil. El problema inicial es la evidente deformidad estética que el paciente presenta en la pierna, que induce a su familia a presionar al ortopeda para que enderece la tibia, y éste por desconocimiento a lo que se enfrenta, o a pesar de ello, cede a la presión e inicia el calvario de intervenciones.

CC-404. OSTEOTOMÍA DE DUNN MODIFICADA MEDIANTE LUXACIÓN QUIRÚRGICA DE CADERA

L. Traverso Guerrero, M. López Pelaez, A. Fernández Izquierdo, B. Sotelo Sevillano, E. Macías Moreno y D. Farrington Rueda

Hospital Universitario Nuestra Sra. de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La luxación quirúrgica de cadera permite al cirujano ortopédico obtener una mejor visualización del acetábulo y de la cabeza femoral, así como la realización de ciertas técnicas como

la osteotomía de Dunn modificada con un menor riesgo de necrosis ósea avascular (NOA).

Material y método: Describimos dos casos de epifisiolisis femoral proximal. Se utiliza el abordaje de Kocher-Langenbeck. A continuación, se realiza una osteotomía trocantérica, que permitirá la exposición amplia de la cápsula. Acto seguido, se practica la capsulotomía en forma de "Z". Tras la luxación cuidadosa de la cabeza, se corrige la deformidad mediante una osteotomía de Dunn modificada, finalmente osteosintetizada mediante tornillos canulados.

Resultados: En el estudio se ha valorado la sintomatología, el balance articular y las imágenes radiológicas con objeto de comprobar la restauración del ángulo cervico-diafisario, así como signos que sugieran el desarrollo de una NOA. El seguimiento es de 6 meses. Los dos casos son pacientes con clínica de más de 9 meses de evolución e importante limitación del balance articular y en los que se consiguió la mejoría clínica y normalización del ángulo cervico diafisario.

Comentarios y conclusiones: Aunque el periodo de seguimiento es corto y el tamaño muestral pequeño, consideramos que la osteotomía de Dunn realizada mediante luxación quirúrgica de la cadera es una técnica fiable y segura, con una baja tasa de NOA.

CC-405. DEFORMIDAD DE SPRENGEL GRAVE Y SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL CON ALTERACIÓN VASCULAR COMPLEJA. CONDICIONAMIENTO QUIRÚRGICO

M.M. Méndez Ojeda, C. García Fontecha, S. Haddad, E. Navarro Cano, F. Soldado Carrera, I. Barber Martínez y M. Aguirre Canyadell

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de una niña de 11 años afecta de deformidad de Sprengel bilateral y síndrome de Klippel-Feil que presenta un curso anómalo de la arteria subclavia izquierda, no descrito en la literatura y que condiciona la cirugía correctiva.

Material y método: Niña de 11 años afecta de deformidad de Sprengel tipo IV de Cavendish y síndrome de Klippel-Feil tipo III. Clínicamente presentaba cuello muy corto y gran elevación de ambas cinturas escapulares, movilidad cervical nula y abducción de hombros inferior a 90°. El estudio por TC mostró la presencia de hueso omovertebral bilateral. Dada la limitación funcional y la afectación estética se ofreció cirugía correctiva. El estudio por RM prequirúrgico mostró un origen de la arteria subclavia izquierda en la arteria vertebral a nivel de C5 con un trayecto descendente muy agudo. Se desestimó cirugía de descenso escapular por el riesgo vascular en arterias vertebral o subclavia y se decidió resección de hueso omovertebral y osteotomía escapular según técnica de Mears.

Resultados: No hubo ninguna complicación neurovascular durante ni después de la cirugía. La mejoría estética fue importante y la abducción del hombro a los tres meses es prácticamente completa.

Comentarios y conclusiones: La asociación de deformidad de Sprengel y síndrome de Klippel-Feil puede acompañarse de malformaciones vasculares que dificulten o supongan un riesgo para una cirugía correctiva. Recomendamos asociar un estudio vascular (ej. angio-RM) si se plantea tratamiento quirúrgico.

CC-406. FRACTURA BILATERAL DE CALCÁNEO EN EDAD PEDIÁTRICA

P. Rodríguez Huguet, S. Santana Ramírez, A. Pérez Sánchez, A. Aguilar López, E. Pastor de Ávila y M. Ramos Pérez

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción y objetivos: Las fracturas de calcáneo en niños son de escasa frecuencia debido a que este hueso tiene mayor

estructura cartilaginosa a esta edad, mayor elasticidad y hueso trabecular de más densidad. Estos factores disipan las fuerzas transmitidas a través de este hueso. Aquellas con desplazamiento intraarticular son aún menos frecuentes. Históricamente el tratamiento de las fracturas de calcáneo en niños ha sido ortopédico, obteniéndose resultados satisfactorios. El tratamiento quirúrgico de esas fracturas en edad pediátrica ha sido pobremente desarrollado por su poca frecuencia y existe gran controversia.

Material y método: Varón de 10 años es remitido al Servicio de Urgencias del Hospital tras caída casual de una altura aproximada de 3 metros, cayendo de pie según refiere. A la exploración física el paciente se muestra consciente y orientado. Tras exploración general destaca una tumefacción y hematoma a nivel de ambos talones acompañado de dolor e impotencia funcional para la marcha y movilización del tobillo. Movilidad y sensibilidad de los dedos conservada. Tras estudio radiológico de pelvis, tórax, columna y extremidades inferiores se diagnostica de fractura bilateral de ambos calcáneos, descartando patología concomitante a otros niveles. El estudio se complementó mediante la realización de una TC observándose fractura compleja de ambos calcáneos, con afectación de articulación subastragalina, aplastamiento y hundimiento de la superficie articular del tálamo, fractura del sustentaculum tali, del cuerpo de ambos calcáneos con múltiples fragmentos. Además en el lado derecho se aprecia afectación de la articulación calcáneo-cuboidea con imagen sugestiva de subluxación. En urgencias se procede a la inmovilización de ambas extremidades con dos férulas de escayola posteriores cruropédicas. Transcurridas 72 horas tras completar el estudio radiológico y comprobación del estado de las partes blandas, se procedió a la manipulación intraoperatoria de ambos calcáneos. En el izquierdo se apreció una aceptable reducción ósea por lo que se opta por inmovilizar con yeso cerrado. Sin embargo, en el derecho no se consigue dicha reducción por lo que se opta por una reducción según la técnica de Essex-Lopresti bajo control de escopia. Dicha técnica consiste en la introducción transfixiante del calcáneo de un Steinmann a nivel de su apófisis posterior y manipulación mediante tracción. Posteriormente se inmovilizó con yeso cerrado.

Resultados: El paciente estuvo inmovilizado con ambas escayolas durante 8 semanas. La evolución radiológica fue satisfactoria con conservación de las articulaciones subastragalinas y del ángulo de Böhler. Actualmente el niño realiza vida normal, asintomático, sin deformidad del pie ni dolor en el mismo.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de calcáneo en niños son de escasa frecuencia debido a que este hueso tiene mayor estructura cartilaginosa a esta edad, mayor elasticidad por tanto y hueso trabecular de más densidad. Estos factores disipan las fuerzas transmitidas a través de este hueso. Aquellas con desplazamiento intraarticular son aún menos frecuentes. Con un alto nivel de sospecha clínica y los avances en las técnicas de imagen, están siendo diagnosticadas más comúnmente. Los pacientes pediátricos con fractura intraarticular de calcáneo desplazada deben ser tratados ortopédicamente, aunque estudios recientes sugieren que la cirugía puede ser beneficiosa. Estos pacientes habitualmente tienen excelentes tejidos blandos. Habitualmente las fracturas pediátricas resultan en una pérdida del ángulo de Böhler, con un amplio fragmento posterior que puede ser fácilmente reducida y estabilizada. Las complicaciones de la fijación, conminución y de la herida quirúrgica típicamente es mínima en los niños. Su pequeño riesgo de complicaciones y la alta demanda funcional durante su desarrollo hasta la edad adulta, hacen de los niños pacientes candidatos a la intervención quirúrgica cuando presentan fracturas intraarticulares de calcáneo desplazadas. Los pacientes con bilateralidad refieren menor satisfacción con el resultado, sin tener en cuenta el tipo de tratamiento, que los pacientes con fracturas unilaterales.

CC-407. QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO EN COLUMNA CERVICAL

R.F. Vethencourt Koifman, E. Carbó Laso, R. Corral Díaz, O. Riquelme García, D. Crego Vita, A. Álvaro Alonso, C. Igualada Blázquez y J.L. González López

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: El quiste óseo aneurismático es una lesión osteolítica expansiva constituida por espacios de tamaño variable llenos de sangre, separados por tabiques de tejido conectivo, que contiene trabéculas de tejido osteoide y células gigantes de tipo osteoclastico. Suelen ser lesiones agresivas localmente, que en la columna vertebral condicionan inestabilidad, con riesgo de daño neurológico secundario. El objetivo de este póster es mostrar nuestra experiencia en el tratamiento del quiste óseo aneurismático mediante embolización y cirugía.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 11 años con el diagnóstico histológico de quiste óseo aneurismático en C7, que inicialmente había sido tratada mediante embolización, presentando como complicación colapso vertebral y luxación secundaria C6-T1. En enero de 2011 fue remitida a nuestro Centro, siendo intervenida realizándose embolización selectiva seguida a las 24 horas de resección macro y microscópica, aporte de autoinjerto y artrodesis circunferencial C6-T1 mediante un abordaje combinado anterior y posterior.

Resultados: En el postoperatorio inmediato presentó un síndrome de Horner, el cual evolucionó satisfactoriamente. Actualmente la paciente presenta una buena evolución clínica y radiológica.

Comentarios y conclusiones: El quiste óseo aneurismático representa el 1-6% de todas las lesiones óseas primarias. Es una lesión predominante de la infancia, con cerca del 76% de los casos diagnosticados antes de los 20 años y con una leve predilección por el sexo femenino. El compromiso vertebral está entre el 3 y el 20% de los casos, con mayor afectación sobre los elementos posteriores. Usualmente van a producir síntomas por compresión de las estructuras adyacentes o por fracturas patológicas e inestabilidad de la columna vertebral. La embolización arterial como único tratamiento puede llegar a ser insuficiente, presentando además complicaciones, como puede llegar a ser el colapso de la vértebra afectada y la luxación vertebral asociada. En nuestro caso se requirió de embolización más cirugía como tratamiento definitivo, con buenos resultados clínicos y radiológicos.

CC-408. DÉFICIT DE FLEXIÓN DE CODO SIN ANTECEDENTE TRAUMÁTICO EN EL NIÑO

R. Escudero Marcos, J. Minaya García, N. Alonso García, D. Pérez Bermejo, I. Aguado Maestro, E. Cebrián Rodríguez, F.J. Nistal Rodríguez y M.F. García Alonso

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción y objetivos: La rigidez de codo en el niño puede deberse a múltiples patologías, traumáticas o no. Se evalúa el diagnóstico diferencial de las causas de dicha rigidez en un niño de 7 años.

Material y método: Niño de 7 años que acudió por déficit de flexión del codo, progresiva, con dudoso traumatismo previo (se le cayó un niño encima un mes antes). Realizaba actividades de "lanzamiento" como balonmano y a la videoconsola (Wii). A la exploración presentaba balance articular de extensión completa, flexión de 100° y pronosupinación completa. La radiografía mostraba únicamente una imagen de fragmentación subcondral a nivel del capitellum, que no presentaba el codo contralateral. La resonancia magnética fue informada como artritis de codo y edema en el capitellum.

Resultados: Se diagnóstico de "enfermedad de Panner" y se procedió a la limitación de actividades de lanzamiento (tanto balonmano como Wii), observando mejoría progresiva en los meses siguientes con curación completa clínica a los 6 meses. La imagen radiológica de fragmentación subcondral fue progresando hacia la reosificación y cura-

ción, con una morfología discretamente alterada comparada con la contralateral.

Comentarios y conclusiones: La enfermedad de Panner se engloba dentro de las osteocondrosis del niño, siendo la edad más frecuente de presentación en menores de 10 años. Se ha asociado a actividad deportiva “de lanzamiento” junto con la osteocondritis de la epitroclea, constituyendo la “enfermedad de las ligas menores” de béisbol. En nuestro caso, la actividad realizada era balonmano y Wii (que también realiza el efecto de “latigazo” del codo en diversos juegos). Habitualmente, el tratamiento conservador es suficiente para la curación.

CC-409. MANEJO NO QUIRÚRGICO DE UNA FRACTURA DE CHANCE LIGAMENTARIA AISLADA DE L2-L3. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Maestro Carvajal, E. Guaza Rodríguez, R. Martí Ciruelos, R. Viña Fernández, M. Vidart Anchia y F. Moreno Palomares

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas toracolumbares son raras en la población pediátrica y se asocian a una elevada morbilidad, requiriendo un diagnóstico precoz. Estas pueden ser: tipo I (fractura por compresión); II (fractura estallido); III: por flexión-distensión; IV (fractura por traslación). La mayoría son por accidentes de tráfico, pudiendo estar asociadas a lesiones en otros órganos. La mayoría se tratan de forma no quirúrgica el pronóstico y la recuperación funcional depende en gran parte de la severidad de la lesión neurológica inicial.

Material y método: Niña de 5 años que tras accidente de tráfico, presentó fractura de chance ligamentaria aislada (flexión distracción) de L2-L3, asociada a laceración hepática sin compromiso neurológico. Dada la edad de la paciente, la ausencia de déficit neurológico en la exploración inicial, y que la inestabilidad solo aumentaba al forzar la flexión; se decidió realizar tratamiento no quirúrgico mediante el empleo de un corsé toraco-lumbar en extensión durante 11 meses con controles radiológicos estrechos.

Resultados: A los 5 años desde la lesión inicial, la paciente ha permanecido asintomático (sin dolor), reincorporada a su actividad deportiva, y sin progresión ni aumento de la inestabilidad desde el punto de vista radiológico.

Comentarios y conclusiones: El manejo no quirúrgico de este tipo de lesiones se puede asociar a muy buenos resultados funcionales. Es importante tener en cuenta factores como: la edad, la presencia o no de clínica neurológica inicial y el nivel de actividad antes de la lesión (no sólo basarse en los sistemas de clasificación pronóstica y terapéutica) a la hora de plantear un quirúrgico o conservador.

CC-410. DEFICIENCIA FOCAL FEMORAL PROXIMAL

S. Pena Paz, N. Rodríguez Casas, J. Riego Fernández, S. García Cabanas, L.I. Ibáñez Martín, A. Martínez Serrano, A. Villa García y J.L. González López

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción y objetivos: La gama de defectos congénitos de desarrollo del fémur es muy amplia. Su etiología implica numerosos agentes teratógenos. Presenta gran número de anomalías concomitantes. La meta fundamental del tratamiento es alcanzar la función máxima siendo la mejoría estética un aspecto secundario. El objetivo es presentar un caso de deficiencia focal proximal femoral junto con el tratamiento realizado y los resultados funcionales obtenidos.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de dos meses de edad que presentaba un muslo derecho voluminoso y corto y una dismetría de extremidades inferiores de 6 cm. Tras realizarse una radiografía se comprobó que el paciente presentaba un fémur congenito

corto grado III-IV de Pappas y una agenesia de peroné. A los 6 años y 9 meses se le practica una osteotomía varizante femoral, una osteotomía pélvica tipo DEGA y se le coloca un yeso pelvipédico. El paciente evoluciona favorablemente pero en el control radiográfico al año de la intervención se aprecia una pseudoartrosis de la osteotomía femoral. El paciente es reintervenido realizándose una extracción del material de osteosíntesis, limpieza del foco de pseudoartrosis, injerto óseo y de células madre y estabilización con una placa de Richard y un cerclaje.

Resultados: El paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones siendo los controles radiográficos que se realizaron periódicamente satisfactorios. El paciente a los 11 años de edad usa una prótesis de apoyo isquiático, no tiene dolor y realiza actividades propias de un niño de su edad como correr, saltar o andar en bicicleta.

Comentarios y conclusiones: La deficiencia focal proximal femoral es un problema complejo al que se le asocia frecuentemente inestabilidad de cadera o deformidades como la hemimelia peronea. Cada paciente requiere una valoración individual. El tratamiento abarca desde métodos quirúrgicos hasta la adaptación de dispositivos protésicos especiales siendo esenciales las condiciones físicas del niño, la orientación psicológica y la rehabilitación.

CC-411. OSTEOCONDROMA BILATERAL DE CALCÁNEO

V. Rodríguez Vega, R. Martí Ciruelos, A. Jorge Mora, R. Maestro Carbajal, B. Bravo Giménez, L. García Lamas, A. Curto de la Mano y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Los osteocondromas son los tumores óseos benignos más frecuentes; la mayoría de las lesiones se manifiestan durante el periodo de máximo crecimiento. La mayoría de los pacientes presentan una única lesión y aparecen más frecuentemente en las metáfisis de los huesos largos. Su localización en el pie y en el calcáneo en particular es muy poco frecuente.

Material y método: Presentamos a un paciente de 10 años que acude a la consulta por dolor y tumefacción en ambos pies. En la exploración se aprecia tumoración en cara lateral de ambos talones y dolor a la palpación. Se realiza exploración radiológica antero-posterior y axial de calcáneo donde se aprecia lesión ovoidea por lo que se decide solicitar ecografía que el radiólogo informa como posible osteocondroma pero recomienda realización de RMN. En la RMN se aprecia lesión ósea sésil con capuchón cartilaginoso de 7 x 9 mm en lado derecho y de 8 x 5 mm en lado izquierdo. Ante la sospecha de enfermedad exostótica múltiple se realiza serie ósea sin encontrarse más lesiones.

Resultados: Ante los hallazgos de las pruebas radiológicas se decide intervención quirúrgica y exéresis de ambas lesiones siendo analizadas anatomopatológicamente confirmando el diagnóstico de osteocondromas. Tras la cirugía el paciente mejora rápidamente del dolor recupera rápidamente su nivel de actividad previo a la cirugía.

Comentarios y conclusiones: La frecuencia de aparición de osteocondromas en el pie y en el calcáneo en particular es muy baja aun así en pacientes en edad de crecimiento hay que tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica. La exéresis de este tipo de lesiones es una cirugía con poco riesgo de complicaciones y con excelentes resultados.

CC-412. TRATAMIENTO DEL GENU VARO BILATERAL EN EL RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO

E.J. Salvador González, M.I. Mora Fernández, J.C. Abril Martín, J. Alonso Hernández y T. Epeldegui Torre

Hospital de Móstoles. Madrid.

Introducción y objetivos: El raquitismo se define como el fracaso en la mineralización de la matriz ósea del hueso en crecimiento. El raqui-

tismo hipofosfatémico ligado al cromosoma X es la forma más frecuente de raquitismo hereditario. Entre las manifestaciones clínicas aparecen deformidades angulares de los huesos largos (predominantemente en MMII), en la caja torácica, pelvis y escoliosis. Nuestro objetivo es profundizar en las posibilidades de tratamiento de estas deformidades a través de la exposición de dos casos tratados mediante distintos métodos que acontecieron en nuestro servicio.

Material y método: Se presentan dos pacientes con genu varo bilateral tratados mediante hemiepifisiodesis femoral y tibial externa con placas en ocho y osteotomía femoral más fijador externo tipo TSF respectivamente. Se valoró mediante exploración física la clínica y estética de los pacientes. Se calcularon de forma pre y posquirúrgica los siguientes parámetros: MDA (valor normal aproximadamente 0 mm), mLDA (valor normal aproximado 88°) y MPTA (valor normal aproximado 87°) para la valoración radiográfica de la corrección.

Resultados: Ambos pacientes presentaron valores medidos de MAD, mLDA y MPTA que mostraban la corrección de la deformidad junto con una mejoría clínica y estética muy significativas. Al paciente tratado mediante el fijador externo tipo TSF se le realizó además un alargamiento femoral.

Comentarios y conclusiones: Las deformidades esqueléticas de los miembros inferiores que ocurren en el raquitismo hipofosfatémico suelen aparecer a partir de los dos años de edad siendo de diferentes características dependiendo del estado de la deambulación y del tono muscular del enfermo. El genu varo es la deformidad más frecuente. El tratamiento médico y el mantenimiento de la normofosfatemia son muy importantes para la disminución de las recidivas de la deformidad. Las opciones de tratamiento quirúrgico varían desde la hemiepifisiodesis hasta osteotomías correctoras sintetizadas con agujas K o mediante distintos tipos de fijadores. La elección del tratamiento definitivo debe hacerse en función de las características de la deformidad (uni-multiplanar, necesidad de alargamiento) de las dimensiones del hueso y de su estado de madurez.

CC-413. TÉCNICA PARA CORRECCIÓN DE POLIDACTILIAS PREAXIALES MEDIANTE AMPUTACIÓN Y ESTABILIZACIÓN CON PLASTIAS LIGAMENTOSAS

C. Suárez Rueda, C. Martínez Limón, F.J. Narbona Cárceles, M. Olmeda Lozano y A.J. Pérez Caballer Pérez

Hospital Infanta Elena. Madrid.

Introducción y objetivos: Presentar una técnica quirúrgica para la corrección de polidactilias preaxiales. Mantener la estabilidad articular. Lograr una mano útil y estéticamente correcta.

Material y método: Dos varones de 15 meses de edad, sanos salvo polidactilia preaxial tipo 2 y tipo 5 de Wassel. Se realiza amputación del material sobrante y estabilización del dedo con una plastia ligamentosa aprovechando estructuras del dedo amputado. Se inmoviliza temporalmente con una AK.

Resultados: Manos con dedos hábiles, movilidad completa, no dolorosos y excelente aspecto externo.

Comentarios y conclusiones: El objetivo en el tratamiento de la polidactilia preaxial es lograr una adecuada función y estética de la mano. Tradicionalmente, la cirugía ablativa era el método de elección, aunque puede dejar una deformidad residual por inestabilidad del ligamento colateral en el lado reconstruido o contractura de cicatrices postoperatorias. Actualmente, el manejo se basa en que el dedo más hipoplásico, con menor función o trifalángico, es resecado. Su desviación a nivel de la articulación debe ser corregida por reparación de los ligamentos colaterales y transferencia de músculo o tendón con o sin rasurado del cartilago articular. Cuando los pulgares son iguales se debe conservar el dedo en posición cubital, ya que el ligamento colateral cubital es siempre más fuerte que un ligamento reconstruido, e imprescindible para el mecanismo de pinza.

CC-414. ALARGAMIENTO Y OSTEOSÍNTESIS MEDIANTE FIJACIÓN EXTERNA EN PACIENTE QUE PRESENTA FRACTURA SOBRE FÉMUR HIPOPLÁSICO

M. Luzuriaga Vázquez y E. Ayerdi Salazar

Hospital Txagorritxu. Álava.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un paciente de 2 años de edad, varón con historia de hipoplasia femoral izquierda y acortamiento en dicha extremidad, que sufre fractura diafisaria en dicho fémur, osteosintetizada con fijador externo a la vez que se realiza intento de alargar extremidad inferior izquierda.

Material y método: Estudio del caso al año de la fractura, obteniendo radiografías seriadas de la evolución del paciente durante el proceso. Uso de fijador externo tipo orthofix y posterior yeso inguinopédico.

Resultados: Se obtienen buenos resultados consiguiendo consolidación de su fractura a la vez que se consigue un alargamiento de 5 cm en la extremidad afecta.

Comentarios y conclusiones: Sin alcanzar una eumetría, se ha conseguido un alargamiento significativo de una extremidad inferior aprovechando el contexto de una fractura sobre un fémur hipoplásico.

CC-415. ESTUDIO COMPARATIVO DE SINIESTRALIDAD INFANTIL EN NUESTRA ÁREA EN LOS AÑOS 2010-2011

S. Franco Jiménez, M. Martínez Vázquez, N. Álvarez Benito, P. Grande Gutiérrez y J.F. Romero Aguilar

Hospital Infanta Elena. Madrid.

Introducción y objetivos: Este estudio trata de demostrar la influencia de algunos parámetros en la siniestralidad infantil y si hay progresión en la demanda asistencial de nuestra zona geográfica.

Material y método: Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo mediante revisión de Historia Clínica de Urgencias de niños de 0-14 años atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital. Se analizan procedencia, mes, día de la semana, hora del día, edad, sexo, diagnóstico, localización de las lesiones y derivación al alta.

Resultados: Hasta ahora tenemos analizados los datos de 2010 (n = 2090), quedando pendiente de analizar los datos de 2011 y realizar la comparación de ambos.

Comentarios y conclusiones: Destacar la escasa accidentabilidad en los niños menores de 1, salvo los TCE, siendo la mayor demanda de Traumatología ocurre en los meses de verano, en niños, entre 10-14 años, sólo un 4% requiere de ingreso hospitalario. El diagnóstico más frecuente fue contusión de miembro superior derecho.

INFECCIÓN (CC-416-CC-467)

CC-416. PATELECTOMÍA TOTAL POR NECROSIS TRAS ARTROPLASTIA PRIMARIA DE RODILLA

A. Peiró García, J.J. Sánchez Díaz, B. Romero Pérez, S. Barroso Rosa, J. Caballero Martel, J. Nuez García, D. Barahona Lorenzo y H. Almeida Merino

CHUIMI. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: Observar las posibles complicaciones postquirúrgicas en un paciente con artroplastia primaria de rodilla y las posibles soluciones a las mismas.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 73 años con gonartrosis izquierda a la que se le realiza una artroplastia primaria. Tras el alta hospitalaria sufre un traumatismo en su domicilio que le produce una dehiscencia e infección de la herida, con necrosis ósea de la rótula y pérdida de sustancia en bordes de la herida. Tras administrar antibioterapia específica según cultivos, la paciente es intervenida realizando una patelectomía total y desbridamiento de la herida, cubriendo posteriormente con colgajo de gemelo interno.

Resultados: Actualmente, la paciente conserva la prótesis de rodilla con buena funcionalidad. El colgajo le proporcionó una buena cobertura cutánea para evitar la infección profunda y la exposición del material protésico, además de una mejoría desde el punto de vista estético.

Comentarios y conclusiones: Las infecciones tras artroplastia de rodilla son una temible complicación que puede llevar en el peor de los casos a la pérdida de la prótesis. En este caso se observa que medidas precoces con antibioterapia específica, desbridamiento quirúrgico y cubriendo el defecto de partes blandas con colgajos se puede evitar la infección profunda y la consiguiente pérdida de la prótesis.

417. INFECCIÓN HEMATÓGENA BILATERAL DE PRÓTESIS DE RODILLA POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE*: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

A. Godoy Montijano, A. Morales Villaescusa, J. López Morcillo y J.L. Martínez Montes

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: La infección periprotésica hematógena aguda tiene una prevalencia de hasta el 0,5%. El *Streptococcus agalactiae* es el segundo germen más frecuente en estos casos. Su presentación de forma bilateral y simultánea es una situación clínica rara pero que puede comprometer la vida del paciente. El manejo inicial se basa en el desbridamiento, recambio de polietileno y retención de prótesis seguido de una pauta de antibioterapia intensiva, al igual que otras infecciones periprotésicas agudas. Presentamos dos casos clínicos.

Material y método: El primer caso es un varón de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial y prótesis bilateral de rodilla. El segundo es un varón de 68 con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes y prótesis bilateral de rodilla. Los dos pacientes acudieron a urgencias con shock séptico e insuficiencia renal por infección hematógena peroprotésica aguda sin foco previo conocido. En ambos casos se aisló un *Streptococcus agalactiae*. Se realizó tratamiento con desbridamiento quirúrgico, cambio de polietileno, retención de prótesis y antibioterapia intravenosa específica.

Resultados: En el postoperatorio inmediato ambos shock sépticos se resolvieron. El primer paciente presentó buena evolución clínica, analítica y radiológica durante 5 años hasta que falleció por otros motivos. En el segundo caso se observó una mala evolución de una de las prótesis y se procedió al recambio séptico en dos tiempos en los meses posteriores; la prótesis contralateral presentó buena evolución en los 4 años de seguimiento realizado.

Comentarios y conclusiones: La infección periprotésica hematógena aguda bilateral se debe tratar de forma inicial como el resto de infecciones agudas. Su presenta con mayor sintomatología y compromiso vital para el paciente por lo que se debe actuar con rapidez para evitar posibles complicaciones sistémicas.

418. ABSCESO DE BRODIE: A PROPÓSITO DE UN CASO

A.M. Ferrete Barroso, H. Valencia García, M.C. Torrejón de la Cal, M.A. Marín Aguado, F. Panizo Mota, A. López Hualda, R.M. Egea Gámez y J. Martínez Martín

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: El absceso de Brodie es una forma de osteomielitis hematógena crónica caracterizada por la presencia de una

lesión lítica, circunscrita en la región metafisaria de un hueso largo. Es una patología más frecuente en niños y adultos jóvenes. El germen causal más común es el *Staphylococo aureus*.

Material y método: Varón de 29 años con dolor coxofemoral mecánico de un mes de evolución, sin mejoría con analgésicos. Asocia fiebre hasta 39 °C. El único antecedente de interés que presenta es la colocación de una tracción transesquelética supracondílea femoral a los 8 años de edad.

Resultados: A la exploración: dolor, calor y tumefacción en muslo, con cicatriz antigua de tracción sin signos flogóticos locales. En radiografía y TAC: absceso de Brodie sin fistulización actual ni rotura cortical. Se administra antibioterapia intravenosa empírica. Ante la no mejoría en 7 días de evolución, se realiza desbridamiento quirúrgico, curetaje y lavado. Se toman muestras para cultivo, aislándose SAMS. A los pocos días, en nuevo TAC de control se evidencia gran absceso intramuscular del vasto interno. Se realiza segunda cirugía de desbridamiento y lavado. Posteriormente, pese a las medidas efectuadas, persistían datos de infección activa. En el nuevo TAC de control: empeoramiento del estado óseo, con patrón permeativo, reacción perióstica, sequestróseos y absceso endomedular. Se realiza una tercera intervención de desbridamiento mediante fresado-irrigación anterógrada del fémur. Se tomaron nuevos cultivos (que resultarían negativos). La infección evolucionó favorablemente con curación tras las 3 cirugías.

Comentarios y conclusiones: El absceso de Brodie es una forma poco común de osteomielitis subaguda que da clínica de manera tardía e insidiosa. El diagnóstico de certeza se establece por la biopsia y cultivo del material biopsiado y el tratamiento consiste en la antibioterapia intravenosa asociada a veces a evacuación quirúrgica y curetaje.

CC-419. PSEUDOARTROSIS INFECTADA DE FRACTURA DE METÁFISIS TIBIAL Y POSTERIOR EVOLUCIÓN A OSTEOMIELITIS CRÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.D. Jover Mendiola, J.O. Sous Sánchez, C.A. Cardona Londoño, F.M. Morán Asensi y J.A. Velasco Medina

Hospital de Torrevieja. Alicante.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un paciente varón de 55 años de edad con antecedentes de fractura conminuta de metáfisis tibial izquierda de 20 años de evolución, con fracaso de la consolidación y diagnóstico actual de osteomielitis crónica por *E. coli* y *P. aeruginosa*.

Material y método: Habiéndose realizado varios lavados y desbridamientos quirúrgicos, y presentando mala evolución y persistencia de una fístula purulenta, se procedió a la realización de un procedimiento quirúrgico consistente en un fresado de las cavidades endomedular y metafisaria de tibia, con fresas de cotilo y fresas flexibles. Se colocó una balizada de hueso procedente de banco y se recubrió con una transposición del músculo gastrocnemio interno desde distal a una nueva posición más transversal. Acto seguido se extrajo injerto dérmico del muslo contralateral, y usando mallador, fue colocado recubriendo el defecto.

Resultados: En el postquirúrgico inmediato el paciente presentó buen estado general y se mantuvo afebril y con valores analíticos dentro de la normalidad. Continuó con una evolución postoperatoria favorable durante las primeras semanas, observándose una buena viabilidad, temperatura y color del injerto, sin signos de necrosis en la zona de la herida.

Comentarios y conclusiones: Se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las pseudoartrosis infectadas con lavados quirúrgicos con pistolas de alta presión que suponen un riesgo de difusión y acantonamiento de las bacterias a nivel endomedular, colocación de materiales intramedulares combinados con antibióticos que suponen un cuerpo extraño para el organismo y con riesgo de nefro-

patía, y la amputación. Es un proceso laborioso que requiere dedicación y atención multidisciplinar.

CC-420. SÍNDROME COMPARTIMENTAL POR INFECCIÓN ARTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Cano Gala, J.A. de Cabo Rodríguez, D.A. Rendón Díaz, C. Corchado Villalba, J.M. Martín Enrique, D. Pescador Hernández, L. Alonso Guardo y A. Muñoz Galindo

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción y objetivos: Un síndrome compartimental es una condición en la cual la presión incrementada dentro de un espacio limitado comprime la circulación y por tanto afecta la función de los tejidos dentro de ese espacio (Leff & Shapiro, 1979). El síndrome compartimental agudo es importante porque las elevadas presiones intracompartimentales pueden llevar a condiciones serias que amenazan la extremidad e incluso la vida y la realización de fasciotomías completas de los compartimentos afectados pueden ser la única manera de prevenir el daño permanente. El síndrome compartimental puede afectar a todos los grupos de edad, no tiene preferencia de género y puede afectar tanto a las extremidades superiores como a las inferiores. Por fortuna, el síndrome compartimental no es muy frecuente pero si es muy grave y tiene amplias repercusiones funcionales; es relativamente fácil de diagnosticar si se está pensando en la posibilidad de que se presente y es solucionable en su fase inicial con un procedimiento relativamente sencillo como lo es la fasciotomía, pero el tiempo juega un papel crucial y si se deja avanzar el daño puede ser irreversible.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 82 años ingresada en nuestro servicio por una infección de una prótesis de rodilla izquierda colocada en el año 1992 y recambiada por movilización aséptica en el 97. Acude a urgencias por gonalgia de 10 días de evolución asociado a febrícula. A la exploración la rodilla está muy edematosa y con eritema llamativo. Se practica un eco Doppler de urgencia, que descarta la presencia de trombosis venosa profunda. La bioquímica sanguínea muestra una PCR de 40, y el análisis del líquido sinovial extraído demuestra los patrones clásicos de infección (glucosa baja, alto número de leucocitos con gran proporción de PMNs). La paciente es ingresada con antibioterapia empírica a la espera de intervención quirúrgica para retirar la prótesis. Dos días después comienza con dolor intenso, no controlable con analgésicos habituales, a nivel de la parte posterior de la pierna y del dorso del pie, que aumenta claramente con la movilización pasiva de tobillo y pie. Pulsos tibial posterior y pedio presentes. La pierna impresiona de gravedad, con un gran edema y empastamiento desde la rodilla al pie. Debido a que parece llevar varias horas de evolución, diagnosticamos clínicamente síndrome compartimental agudo de la pierna y realizamos fasciotomías de urgencia de los compartimentos posterior superficial y profundo, lateral e interóseos del pie. Requiere también la realización de exéresis y Friedrich de todo el gemelo interno, ya necrosado.

Resultados: En el momento de realizar este resumen, la paciente está ingresada en UVI, posiblemente por una combinación de shock tóxico (debido a las sustancias liberadas por el músculo necrosado) y séptico (por la infección de la rodilla).

Comentarios y conclusiones: Tanto la definición, como la fisiopatología y el tratamiento del síndrome compartimental agudo de una extremidad es bien conocido por todos. Presentamos este caso como ejemplo de una de las causas menos frecuentes y menos descritas en la bibliografía revisada: la infección. Los mecanismos fisiopatológicos de la infección articular ayudaron a la producción desmesurada de edema que, al declive, acabó aumentando la presión de los compartimentos de la pierna y provocando el cuadro clínico. Cabe recordar la importancia vital que supone reconocer y tratar el cuadro a tiempo, independientemente de cuál sea su causa. En nuestro caso, llegamos tarde

para salvar el gemelo interno (necrosado), pero durante la cirugía observamos un buen aspecto del resto de la musculatura comprometida.

CC-421. ENFERMEDAD DE LYME ARTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Cano Gala, C. Corchado Villalba, J.M. Martín Enrique, D.A. Rendón Díaz, D. Pescador Hernández, L. Alonso Guardo y A. Muñoz Galindo

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Lyme es una enfermedad inflamatoria caracterizada por una erupción cutánea, inflamación articular y síntomas parecidos a los de la gripe, causada por la bacteria *Borrelia burgdorferi* que se transmite por la picadura de la garrapata del venado y otros ungulados. El objetivo de esta presentación no es tanto explicar la afectación articular de la borreliosis de Lyme, sino plantear el hecho de que ante una decisión diagnóstico-terapéutica concreta es vital una correcta historia clínica centrada sobre todo en la exploración física, más que en pruebas complementarias que en determinados casos pueden confundirnos y hacernos adoptar medidas erróneas.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 69 años que fue sometido a una cirugía de sustitución articular (artroplastia total de rodilla) por gonartrosis derecha en noviembre de 2009. El postoperatorio inmediato evoluciona sin ningún tipo de complicación, consiguiendo una rodilla estable, con una buena flexoextensión y sin dolor. A partir de febrero de 2010, el paciente es ingresado en repetidas ocasiones por parte del Servicio de Medicina Interna a causa de la persistencia de una fiebre de origen desconocido. En uno de esos ingresos y, después de haber descartado otros focos, practican al paciente una gammagrafía con Galio y Leukoscan, obteniendo como resultado una captación uniforme en la rodilla intervenida. Ante su sospecha de infección del material protésico, nos avisan para valoración y posterior cirugía de recambio. A la exploración física el paciente únicamente presentaba dolor a la exploración de la rodilla. No presentaba fiebre y la PCR se había normalizado por la antibioterapia empírica que había recibido. La prótesis seguía siendo estable a la exploración. No presentaba ningún signo externo de infección, ni inflamación, ni enrojecimiento, ni excesivo derrame articular. A la exploración radiológica no hay ningún signo de movilización protésica. A pesar de la insistencia por parte del Servicio de Med. Interna y de la gammagrafía captante, se desecha el diagnóstico de movilización séptica de la prótesis y se descarta la revisión quirúrgica de la misma. En un último ingreso en enero 2012 por la misma causa, se amplía la batería de estudios y se comprueba que la serología a *Borrelia burgdorferi* es positiva. El paciente es diagnosticado de enfermedad de Lyme y tratado con doxiciclina.

Resultados: Con el tratamiento antibiótico adecuado, el cuadro remitió en pocas semanas. Como dato anecdótico, el paciente ha querido ser intervenido hace un mes de la rodilla contralateral.

Comentarios y conclusiones: La borreliosis es una enfermedad de distribución mundial, aunque la mayor parte de los casos humanos se ha descrito en el hemisferio norte. En nuestro país la incidencia es difícil de determinar ya que no se considera una enfermedad de declaración obligatoria (EDO). Tomando como fuente casos diagnosticados, se estima que en España se producen 0,25 casos nuevos al año por cada 100.000 habitantes. A pesar de su escasa incidencia, no se nos debe olvidar que el estadio III de la enfermedad cursa con la llamada artritis de Lyme, inflamación intermitente o crónica de una sola articulación (monoartritis) o de varias (oligoartritis) y se presenta con mayor frecuencia en la rodilla. Puede cursar con dolor en los tendones y músculos, que no obstante son difíciles de distinguir de otras patologías. En el caso presentado, la discusión va dirigida sobre todo hacia

la gran importancia que tienen una exhaustiva exploración física y anamnesis. Por ello, es fundamental unificar todos los datos obtenidos tanto de la historia clínica como de las pruebas complementarias y, a partir de ahí, establecer un diagnóstico y el tratamiento correspondiente. Si en nuestro caso hubiéramos valorado exclusivamente la gammagrafía y la presión ejercida por parte de otros especialistas sin tener en cuenta nuestro propio criterio clínico, el paciente hubiera sido sometido a una cirugía de revisión protésica sin necesitarlo, con las consecuencias medicolegales que de ello se hubieran derivado.

CC-422. SACROILEÍTIS SÉPTICA, DIFICULTAD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Rodríguez Alonso, A.A. García Londoño, L. Casanova Mora, B. Antón Capitán, M. Azcaray Anta, L. López de Dicastillo Roldán y J. Martínez-Iñiguez Blasco

Hospital San Pedro. Logroño.

Introducción y objetivos: La infección sacroilíaca es poco frecuente; corresponde al 2% de las infecciones articulares. Las micobacterias son la causa más frecuente. Su clínica es variable y poco específica, aumentando la dificultad diagnóstica y hace esencial el uso racional de las pruebas diagnósticas. Se presenta un caso clínico.

Material y método: Mujer de 48 años con fístulas en región glútea de repetición, tratada 10 años atrás por infección en dicha zona. A la exploración presenta dolor en región sacroilíaca izquierda con una fístula cutánea productiva. Sin fiebre ni afectación del estado general. Sin déficit neurológicos La radiología muestra desestructuración de la articulación sacroilíaca izquierda, que compromete el ala sacra izquierda, la TC muestra destrucción articular con fusión de las vertebrales óseas y necrosis en hueso adyacente. Los reactantes de fase aguda son negativos pero la gammagrafía es compatible con un cuadro de sacroileitis infecciosa. Se realiza fistulectomía, con biopsia ósea y cultivos microbiológicos. Resultados negativos para infección por micobacterias, sin embargo dos cultivos profundos son positivos para *S. aureus*. Con el diagnóstico de artritis y osteomielitis por *S. aureus* se inicia tratamiento antibiótico específico. La paciente rechaza una nueva cirugía por lo que se mantiene tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol.

Resultados: A los 14 meses del diagnóstico la paciente está asintomática y mantiene tratamiento antibiótico oral.

Comentarios y conclusiones: En las patologías de menor frecuencia de presentación se hace necesario un proceso riguroso en el uso de las pruebas diagnósticas. El tratamiento antibiótico supresivo en este tipo de infecciones es una alternativa.

CC-423. DOLOR E INFLAMACIÓN EN TOBILLO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

D. González-Arabio Sandoval, T. Cuesta Marcos, J. Sánchez Lázaro, O. Fernández Hernández, A. Ramos del Río y F. Arias Martín

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de un varón de 13 años que acudió a nuestra consulta, remitido desde el Servicio de Urgencias, por presentar un cuadro de dolor e inflamación en tobillo derecho sin antecedente traumático. Diagnosticado de tendinitis se realizó tratamiento conservador presentando buena evolución. Al cabo de un mes, acude nuevamente el paciente por empeoramiento del cuadro.

Material y método: A la exploración, el paciente presentaba dolor, inflamación y edema a nivel región anterior de tobillo y dorso de mediopié. Irradiación del dolor hacia región de retropié. En el estudio de Rx se objetiva una lesión en la metáfisis distal de tibia, de bordes poco definidos. Se solicitan estudios de gammagrafía ósea y RM no siendo definitivos y aconsejándose la realización de una biopsia. Los

resultados de esta son de una lesión inflamatoria en hueso de predominio crónico, y aunque los cultivos son negativos se procede a la realización de un curetaje de la lesión y a la instauración de un tratamiento antibiótico.

Resultados: El paciente presenta una gran mejoría clínica, con normalización de la VSG y PCR. Normalización de la imagen de osteomielitis en los estudios radiográficos.

Comentarios y conclusiones: Las infecciones óseas subagudas de bajo grado pueden presentar signos radiográficos neoplásicos. Muchos de estos casos pueden ser diagnosticados erróneamente como neoplasias. La realización de biopsia es la única manera de confirmar el diagnóstico definitivo.

CC-424. USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN INFECCIONES DE HERIDA QUIRÚRGICA EN LESIONES DE TENDÓN DE AQUILES

D. Iglesias Aparicio, P. Peleato Gistau, E. Joven Aliaga, C. Boira Tornil, C. Martínez Cornago, C. Schinder, F. Alarcón y S. Ferrer Peirón

Hospital de Barbastro. Huesca.

Introducción y objetivos: La infección de herida quirúrgica es uno de los problemas que podemos encontrar en el acto quirúrgico. En regiones como el tendón de Aquiles con escasa cobertura cutánea, dicha infección puede exponer el tendón y complicar la evolución del paciente de forma considerable.

Material y método: Revisamos 5 pacientes con infección de herida quirúrgica y defecto cutáneo en relación a cirugía de tendón de Aquiles, en los que se utiliza sistema terapia de vacío con presión negativa de forma ambulatoria.

Resultados: Se consiguió la cicatrización en 1 mes en todos los pacientes (3 semanas-1,5 meses), sin necesidad de cirugía posterior, ni ingresos, y consiguiendo esto de forma ambulatoria.

Comentarios y conclusiones: La terapia ambulatoria de presión negativa se perfila como una alternativa eficaz en la curación de estas heridas, evitando ingresos y nuevas cirugías.

CC-425. TRATAMIENTO DEL FRACASO DE RECAMBIO EN 2 TIEMPOS DE INFECCIÓN MICÓTICA PERIPROTÉSICA DE RODILLA: CASO CLÍNICO

D.A. Muñetón Herrera, E. Guerra Farfan, G. Rieiro Mena, J.A. Porcel Vázquez, M. Aguilar García y G. Celaya Reoyo

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La infección periprotésica (IPP) es una complicación devastadora. Se considera que el éxito del tratamiento depende de estado del huésped, tipo de germen y su resistencia, técnica quirúrgica (recambio en uno o dos tiempos) y antibioticoterapia sistémica. Las infecciones micóticas son poco frecuentes y de muy difícil tratamiento. Reportamos en tratamiento del fracaso de una IPP de rodilla por *Candida parapsilosis*.

Material y método: Paciente de 80 años tratado con recambio en 2 tiempos por IPP de rodilla izq en 2006. En primer tiempo se aisló *Staphylococcus plasmocoagulasa* negativo, en operación del segundo tiempo se aisló *Candida parapsilosis* en 2 de 8 cultivos los cuales fueron considerados como contaminación. Inicialmente clínica y radiológicamente bien. Luego de 1 año dolor, signos clínicos de infección y radiológicos de aflojamiento. Consulta el 04-2010 con fístula en tercio proximal de pierna y falsa vía de tibia proximal por vástago no cementado. Aspiración de rodilla confirma infección por *Candida*. El 06-2010 se realiza primer tiempo quirúrgico. Desbridamiento masivo de partes blandas y ósea, fresado tibial y femoral más colocación de espaciador estativo de cemento con 80 mg de PMMC con clindamicina, gentamicina, 8 g de vancomicina y 16 ampollas de amfotericina B en

espacio articular y cilindros en canal femoral y tibial. Cultivos aíslan *Corinebacterium* y *Candida parapsilosis*. Tratamiento con levofloxacino 500 mg/día por 3 meses y fluconazol 800 mg al día por 8 meses. El 03-2011 Se realiza 2º tiempo colocando charnela rotacional.

Resultados: A los 19 meses del segundo tiempo no signos de infección, no signos de aflojamiento de RRPT. Knee Society Score de 78. BA: 0-110°. Acortamiento de 1 cm.

Comentarios y conclusiones: La infección micótica PP tiene un elevado porcentaje de fracaso. Es preciso realizar un desbridamiento radical tanto en el primer y segundo tiempo quirúrgico. Es importante en tratamiento con antimicótico local con el cemento y el sistémico específico por el lapso de 6 a 12 meses antes de realizar el segundo tiempo quirúrgico.

426. CIRUGÍA DE RESCATE DE RODILLA TRAS TRAUMATISMO ARTICULAR

D.M. Dussan Arango, M.T. Sánchez García, A.J. Cuevas Pérez, S.F. Silva Mancera, B. Morcillo Lozano y C. Prieto Tarradas

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Las fracturas periarticulares de rodilla suponen un reto en la Traumatología, la osteosíntesis continúa siendo la técnica estándar. No obstante estas ocurren en pacientes añosos con patología concomitante y dicha osteosíntesis puede fracasar debido a una infección profunda con defecto cutáneo y lesión del aparato extensor. Nuestro objetivo es plantear la artrodesis como técnica de salvamento en estos pacientes como solución definitiva.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 78 años con fracaso de material de osteosíntesis conllevando una pseudoartrosis infectada con defecto cutáneo anterior y lesión del aparato extensor. En dicho enfermo se realiza osteosíntesis con fijador híbrido periarticular y cobertura con colgajo de gemelo interno. Tras periodo de antibioterapia e incorporación de cobertura se retira fijador y se realiza artrodesis de rodilla con clavo intramedular.

Resultados: Se objetiva resultados satisfactorios, el paciente deambula con ayuda de dispositivos, no existe lesión de partes blandas y la artrodesis se encuentra consolidada clínica y radiológicamente.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas periarticulares de rodilla no están exentas de posibles complicaciones, entre ellas debido a la precaria vascularización cutánea de la tibia proximal se encuentra la pseudoartrosis infectada. En los casos donde existe lesión concomitante del aparato extensor y en pacientes añosos la artrodesis es una solución definitiva y aporta resultados satisfactorios.

CC-427. ARTRITIS SÉPTICA DE ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR Y GLENOHUMERAL POR CONTIGÜIDAD

D.J. Moriel Garceso, A. García Hermosa, A. Sánchez García-Ortega, R. Méndez Durán, J. Martín Mariscal Peralta y F. Romero Guerra

Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción y objetivos: Mujer de 79 años sin antecedentes de interés acude a urgencias por dolor en hombro derecho de ocho días de evolución, limitación funcional y signos de infección, negando traumatismo.

Material y método: A la exploración presenta fiebre de 39 °C, rubefacción y tumefacción en cara anterosuperior de hombro derecho en borde superior de articulación acromioclavicular. Sensación de empastamiento a la palpación y dolor intenso. Analítica con PCR de 316 y TC con aumento de partes blandas en región supraclavicular de aspecto flemonoso. Se procede a drenaje quirúrgico de urgencia ante sospecha de artritis séptica de articulación acromioclavicular, se extrae biopsia intraoperatoria, realizando cultivos y hemocultivos.

Resultados: Durante el ingreso, la anatomía patológica muestra infiltrado inflamatorio con necrosis gaseosa y cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* meticilín-sensible. Persiste dolor, tumefacción y herida quirúrgica de mal aspecto. Se solicita RMN objetivándose extensión de la infección a la articulación glenohumeral. Se procede a drenaje quirúrgico. Al alta hospitalaria la PCR ha disminuido (34,4), dolor, movilidad y aspecto de la herida quirúrgica han mejorado. Pautamos cloxacilina 500 mg (2 comp/6 h) durante 10 semanas y curas junto con rehabilitación. A los 9 meses es dada de alta de consultas con PCR normal (7,4), movilidad completa y asintomática.

Comentarios y conclusiones: El germen más frecuente causante de artritis séptica es el estafilococo, seguido de estreptococo y gonococo. Las articulaciones más frecuentemente afectadas son: rodilla (niños y adolescentes), cadera (lactantes y niños menores) y hombro. En pacientes de edad avanzada se encuentran infecciones de columna (espondilitis) poco frecuentes en general. Los gérmenes llegan a la articulación generalmente por vía hematógena, siendo posible la vía directa o por contigüidad. Predisponen las infecciones, diabetes, inmunodepresión, corticoterapia, deficiencias nutricionales, desaseo, drogadicción y alcoholismo entre otros. Historia clínica y exploración son clave para su diagnóstico. Constituye una urgencia ya que puede producir una rápida destrucción articular debiéndose proceder de inmediato al drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico.

CC-428. ESPODILODISCITIS PIÓGENA. DIFERENTES TRATAMIENTOS Y ABORDAJES QUIRÚRGICOS. A PROPÓSITO DE 5 CASOS

E. Martín Flores, J.I. Pérez Chávez, D. Fernández Fernández, C.I. Palomo Pizarro, M.A. Nogales Asensio, J.M. Herrero Pineda y A. Vega Curiel

Hospital San Pedro Alcántara. Cáceres.

Introducción y objetivos: Las infecciones en el raquis constituyen un 3-5% del total de las osteomielitis. La sospecha clínica en el paciente con dolor lumbar y fiebre es fundamental para llegar al diagnóstico. El tratamiento inicial es conservador salvo casos excepcionales, reservando el tratamiento quirúrgico para aquellos pacientes que no evolucionan de manera favorable con los antibióticos. En nuestro servicio hemos atendido recientemente a 5 pacientes con el diagnóstico de espondilodiscitis piógena, 2 se han resuelto con tratamiento conservador y los otros 3 han precisado tratamiento quirúrgico, cada uno con una vía de abordaje diferente. Presentamos este trabajo con la finalidad de mostrar las distintas opciones de tratamiento que existen para esta entidad.

Material y método: Presentamos 5 pacientes que han sido diagnosticados de espondilodiscitis a través de sus antecedentes personales, clínica, pruebas complementarias, tratamiento y evolución. Paciente número 1: varón, 59 años. Como antecedente personal de interés fue intervenido por una discopatía L4-L5 (dissectomía por microcirugía) 2 meses antes del diagnóstico de espondilodiscitis. En la revisión refiere dolor en región inguinal izquierda irradiado a cara anterior de muslo y fiebre. Se decide ingresar al paciente para estudio. La analítica muestra una proteína C reactiva (PCR): 37 mg/L. La radiografía de columna lumbosacra muestra una disminución del espacio intervertebral L4-L5. La resonancia magnética nuclear (RMN) informa de probable proceso infeccioso-inflamatorio a nivel de espacio L4-L5, con masa de localización y extensión al espacio epidural anterior con compresión moderada del saco tecal en relación con discitis postoperatoria e incluso osteomielitis de platillos vertebrales adyacentes. También se realiza una gammagrafía ósea con galio 67 que informa de actividad inflamatoria-infecciosa a nivel de L4-L5 sugiriendo de espondilodiscitis. Con estos resultados se opta por tratamiento conservador con cloxacilina intravenosa durante 6 semanas y posteriormente oral, acompañada de ortesis (corsé termoplástico). La evolución ha sido favorable, no precisando tratamiento quirúrgico. Paciente número 2:

varón, 70 años. Como antecedentes personales destacan alergia a sulfamidas y cloranfenicol, hipertenso, leucemia linfática crónica diagnosticada 10 años antes (sin tratamiento) e intervenido quirúrgicamente de hipertrofia benigna de próstata. Acude a urgencias por lumbalgia de 2 meses de evolución con empeoramiento progresivo. Hacia 2 semanas había sido atendido en urgencias por síndrome febril y lumbalgia. En ese momento se diagnosticó de infección del tracto urinario, se sacaron hemocultivos y se pautó ciprofloxacino durante 2 semanas. En el momento en el que es atendido por nuestro servicio el paciente tiene febrícula e intenso dolor lumbar. En la radiografía se aprecia una desaparición del espacio intervertebral L2-L3 con una marcada cifosis (18°). El antibiograma que se sacó 2 semanas antes daba positivo para *Enterococcus faecalis* multirresistente. La PCR en el momento del ingreso estaba en 62 mg/L. La RMN informa de hallazgos compatibles con espondilodiscitis con formación de absceso epidural que se extiende desde la unión vertebral L2-L3 en sentido craneocaudal hasta L5-S1, condicionando un compromiso anterior del saco dural y desplazándolo en sentido posterior. En este caso se opta por un tratamiento conservador basado en antibioterapia (teniendo en cuenta el hemocultivo positivo) con gentamicina y ampicilina durante 2 semanas y ampicilina 1 semana más, intravenoso, acompañado de ortesis (corsé termoplástico). Al alta se le pauta antibiótico vía oral, amoxicilina/clavulánico, 2 semanas más. La evolución del paciente ha sido favorable por lo que no ha precisado tratamiento quirúrgico.

Paciente número 3: varón, 74 años. Como antecedentes personales presenta: Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia, Nefropatía Diabética con Insuficiencia Renal, en Hemodiálisis. Fue diagnosticado de bacteriemia secundaria a infección de catéter yugular 2 meses antes, con hemocultivo positivo para SAMR (*Staphylococcus aureus* meticilino resistente), por lo que fue tratado con vancomicina. Es remitido a nuestro servicio porque, tras presentar fiebre sin foco aparente, se le realiza unos hemocultivos (positivos a SAMR) y en un rastreo Gammagráfico óseo con Galio 67 se halla un foco de captación a nivel de L5 en relación con foco infeccioso activo. Se realiza posteriormente una RMN en la que se llega a la conclusión diagnóstica de espondilodiscitis L4-L5 con absceso epidural y paraespinal izquierdo. Al ingreso se pautó tratamiento antibiótico empírico con vancomicina y gentamicina. Tras la obtención de cultivos positivos para SAMR con CMI para vancomicina > 2 se inicia tratamiento con daptomicina y amikacina. La evolución del paciente es tórpida por lo que se decide, junto con el servicio de Cirugía General, el tratamiento quirúrgico. Se realiza un abordaje anterolateral a la columna lumbar, se procede al drenaje de un absceso posterior al músculo psoas izquierdo. Después se realizan discectomías L3-L4, L4-L5, cureteando los platillos vertebrales y evidenciando tejido sano en el cuerpo vertebral de L4. Se coloca un autoinjerto tricortical de cresta ilíaca en ambos espacios. El estudio de material obtenido intraoperatoriamente da positivo para *Enterobacter cloacae*. La evolución postoperatoria continúa siendo tórpida, con PCR en valores aún elevados (> 160 mg/L) y con un TAC de control 4 días después de la cirugía que informaba de: discreta colección perivertebral que se extiende por el psoas hasta formar una colección pararenal posterior izquierda así como una colección pélvica lateral a los vasos ilíacos externos, colección dorsal adyacente a apófisis espinosa de L5-S1 y pequeña colección en músculo piramidal izquierdo. Dichas colecciones se acompañan de contenido aéreo. Destrucción de la pala ilíaca izquierda. Otro TAC al cabo de un mes informaba de: numerosas colecciones abdominales con burbujas aéreas en su interior, de tamaño y distribución similar al estudio previo. Al no mejorar el paciente se decide realizar de nuevo una limpieza quirúrgica. En el momento actual el paciente continúa con tratamiento antibiótico y en reposo absoluto en cama.

Paciente número 4: varón, 82 años. Con los antecedentes personales de: hipertenso, fibrilación auricular crónica en tratamiento con heparina, cardiopatía isquémica crónica, insuficiencia renal, herniorrafia inguinoescrotal derecha, neoplasia maligna de recto tratada quirúrgicamente con resección de recto abdomino perineal con ileostomía

terminal Estadio I (5 meses antes). En los TAC abdominopélvicos de control se evidencia un absceso postquirúrgico que evoluciona hacia su resolución, y paralelamente se estudia una fractura aplastamiento de D12, en el que se describe un cuadro infeccioso versus neoplásico que empeora con el paso del tiempo, junto con afectación del platillo inferior de D11, con una gran masa de partes blandas perivertebral que invade el canal medular, por lo que se decide realizar una RMN. Ésta informa de los mismo hallazgos (masa para y prevertebral), que describe compatible con un espondilodiscitis. Dada la inestabilidad en el eje sagital se opta por tratamiento quirúrgico, realizando un abordaje posterior a la columna dorso lumbar (se evita un abordaje por vía anterior debido a los antecedentes quirúrgicos del paciente). Previa colocación de tornillos pediculares D9-L3 (excepto D12) y con la ayuda de una barra de trabajo, se realiza una costotransversectomía, accediendo a la pared lateral del cuerpo vertebral y del espacio discal D12-L1. Se reseca material discal sin objetivarse salida de material purulento. No obstante se toma una muestra para cultivo, que da positivo para *Klebsiella pneumoniae*. Se rellena el espacio con injerto autólogo (2 fragmentos bicorticales obtenidos de la propia espina), y se finaliza la instrumentación de la artrodesis posterolateral. La evolución postoperatoria del paciente ha sido satisfactoria por lo que se le da el alta hospitalaria con tratamiento antibiótico y ortesis (corsé termoplástico adaptado a la ileostomía).

Paciente número 5: varón, 59 años. Exfumador y exbebedor. Obeso. Como antecedentes personales tiene una colitis ulcerosa con tratamiento ocasional (salazopirina). Insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis. El paciente presentaba dolor lumbar de un mes de evolución que comenzó con caída accidental, que en los 2 últimos días había empeorado, asociándose a dificultad para caminar y debilidad en miembros inferiores, acompañada de fiebre sin foco aparente. En el ingreso se comenzó con tratamiento antibiótico empírico con vancomicina y gentamicina. Durante la evolución no existe ningún cultivo positivo. La PCR se encontraba en valores que variaron de 60-150 mg/L. Se le realizó una gammagrafía ósea con Galio 67, observándose foco de captación patológica a nivel de cuerpo de L1 en relación con posible discitis D12-L1. En la radiografía convencional de columna dorsolumbar se apreciaba una fractura de L1 con una desaparición del espacio intervertebral D12-L1 y una marcada cifosis. Se le realizó posteriormente una RMN, llegando al diagnóstico de espondilodiscitis con absceso intervertebral y osteomielitis a nivel de D12-L1, con destrucción del disco intervertebral y del tercio medio y anterior del cuerpo de L1. Además, abscesos paravertebrales de localización bilateral y compresión medular (que secundariamente provoca vejiga neurógena). Dado el compromiso neurológico y la gravedad del caso se decide intervenir quirúrgicamente, realizando un doble abordaje. Primero, y con la ayuda del servicio de Cirugía Torácica, se aborda anteriormente la charnela dorsolumbar mediante una toracofrenolaparotomía. Se evidencia necrosis del músculo psoas, que se reseca parcialmente. Se aprecia destrucción de cuerpo de L1 y de un tercio de D12. Se realiza vertebrectomía de L1 y se rellena el espacio con autoinjerto tricortical de cresta ilíaca. El segundo abordaje que se realiza es dorsal para proceder a la artrodesis posterolateral con tornillos pediculares entre D10 y L3. La evolución del paciente por el momento es favorable, encontrándose con tratamiento antibiótico intravenoso (gentamicina y vancomicina).

Resultados: Los resultados obtenidos tras el tratamiento de estos 5 pacientes son los siguientes: en cuanto a los antecedentes personales tenemos 2 infecciones postquirúrgicas (1 postdiscectomía y 1 posterior a una resección de recto con ileostomía asociada a una fractura vertebral), 2 insuficientes renales en el programa de hemodiálisis (con vías centrales y periféricas), un paciente con leucemia linfática crónica con una infección del tracto urinario. La clínica más común ha sido dolor lumbar (4/5) y fiebre o febrícula (5/5). Sólo existe un paciente con afectación neurológica (vejiga neurógena). Las pruebas complementarias dan hemocultivos positivos en 2 ocasiones (SAMR y *E. faecalis*), siendo la PCR moderadamente elevada en los casos

subagudos-crónicos y muy elevada en los casos graves. Se comprueba que las pruebas de imagen son muy concluyentes a la hora de dar un diagnóstico, visualizándose en los 5 casos la espondilodiscitis acompañada de abscesos paravertebrales. La gammagrafía ósea con Galio 67 es una prueba de ayuda para enfocar el diagnóstico, pero no es imprescindible. En cuanto al tratamiento conservador, la ortesis es algo constante, variando el tiempo de inmovilización en función de la evolución clínica y radiológica del paciente. La antibioterapia ideal es aquella que se pauta tras obtener un antibiograma de un hemocultivo o urocultivo. Sin embargo, la mayoría de las veces no se identifica un germen concreto, por lo que se pauta tratamiento empírico y se observa la evolución. En nuestros pacientes se ha empleado como antibioterapia empírica: vancomicina, gentamicina, cloxacilina. En nuestra serie de casos más del 50% han sido tratados quirúrgicamente, lo cual no está dentro de valores estadísticos reales, al ser elegidos especialmente por lo poco frecuente de estas situaciones. Las indicaciones de este tratamiento son: biopsia de absceso inaccesible, déficit neurológico secundario a compresión o destrucción ósea, drenaje de absceso que cause sepsis o afectación neurológica, inestabilidad estructural (cifosis) o fracaso del tratamiento conservador. En cuanto a la evolución a largo plazo, sólo podemos hablar de 3 de los pacientes, la cual es favorable.

Comentarios y conclusiones: La espondilodiscitis piógena es una entidad relativamente frecuente que siempre hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial ante un paciente con fiebre y dolor lumbar, prestando especial atención a aquellos inmunocomprometidos, con antecedente de intervención quirúrgica o con vías periféricas o centrales (IR, ADVP...) Tras la clínica, las pruebas complementarias ayudarán a realizar el diagnóstico, atendiendo a la PCR (y recomiendan también la velocidad de sedimentación granulocitaria y leucocitosis, que en nuestros pacientes no está documentada) y los estudios de imagen (radiología y resonancia magnética). Los hemocultivos, cuando son positivos, son de gran ayuda a la hora de identificar el germen y dar la pauta antibiótica. La mayoría de los pacientes evolucionan favorablemente con el tratamiento conservador (ortesis más antibioterapia), pero existen casos que, bien por la gravedad, bien por la evolución desfavorable, precisan de tratamiento quirúrgico. Este trabajo pretende mostrar el abanico de posibilidades terapéuticas que tenemos para afrontar esta patología.

CC-429. PIOMIOSITIS PRIMARIA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

E. Blanch Gironès, M. Pereda Paredes, I. Elías Payán, A. Marsol Puig y J. Giné Gomà

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: La piomiositis es una infección bacteriana aguda por vía hematógena del músculo esquelético que se caracteriza por la formación de abscesos intramusculares. Se trata de una enfermedad relativamente frecuente en niños y adultos sanos en regiones tropicales, pero poco frecuente en la población adulta no inmunodeprimida de zonas de clima templado, por lo que su diagnóstico suele ser diferido. La localización más frecuente es el músculo cuádriceps, seguido del psoasiliaco.

Material y método: Se presentan tres pacientes adultos diagnosticados de piomiositis, que han requerido tratamiento con uno o más desbridamientos quirúrgicos y tratamiento antibiótico endovenoso. En dos de los casos, la piomiositis se localiza a nivel del psoasiliaco y en uno a nivel del músculo tensor de la fascia lata. En todos los casos se han aislado cocos gram positivos.

Resultados: Los tres casos han presentado una buena evolución clínica, con normalización de los parámetros analíticos.

Comentarios y conclusiones: A pesar de la baja incidencia, en un año se han registrado en nuestro servicio tres casos de piomiositis en pacientes adultos no inmunodeprimidos.

CC-430. FASCITIS NECROTIZANTE MULTIFOCAL SECUNDARIA A PERFORACIÓN INTESTINAL

E. Navarro Cano, D. Noriego Muñoz, N. Vilabrú Pagès, M.A. Froufe Siota, E. Rodrigo López y D. Arribas Agüera

Hospital Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: La fascitis necrotizante es una infección de partes blandas severa y rápidamente progresiva que suele afectar principalmente las extremidades. Aunque la puerta de entrada más frecuente es la traumática, se han descrito casos secundarios a perforación intestinal. Mucho menos frecuente es la aparición de una fascitis necrotizante multifocal, refiriéndose a aquella entidad en la que hay afectación de más de un área corporal no contiguas, y que suele ser resultado de la diseminación de émbolos sépticos por vía hematógena.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 67 años, con antecedentes de asma en tratamiento corticoideo oral, que ingresa procedente de otro centro por un cuadro de shock séptico. La semana anterior había sido sometido a una intervención de urgencia por la perforación de un divertículo colónico. A su llegada presentaba tumefacción y eritema en las dos extremidades inferiores, que evolucionó rápidamente, apareciendo flictenas y zonas de equimosis, y tumefacción y eritema en las extremidades superiores. Se decidió la intervención urgente, realizando fasciotomías de las cuatro extremidades e iniciando tratamiento antibiótico con piperazilina/tazobactam.

Resultados: Tras la intervención, el paciente evolucionó favorablemente, con mejora de su estado general y de los parámetros sépticos, y siete días después del desbridamiento se realizó el cierre primario de las heridas. Los cultivos intraoperatorios fueron negativos.

Comentarios y conclusiones: La fascitis necrotizante es resultado de la proliferación de un microorganismo en la superficie de la fascia. El tejido subcutáneo sufre una necrosis isquémica por la obturación de los vasos, y una necrosis licuefactiva por acción de citoquinas, hialuronidasas y toxinas. Debido a su poca frecuencia, no existe consenso para el manejo de las fascitis necrotizantes multifocales. Sin embargo, se considera esencial el desbridamiento precoz y agresivo (incluyendo fasciotomías e incluso amputación) y la antibioterapia de amplio espectro.

CC-431. ARTRITIS SÉPTICA BILATERAL DE HOMBRO EN PACIENTE CON LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL SUBAGUDA POSTRAUMÁTICA

F. Cebrián Córdoba, E. Cánovas Alcázar, P. Nicolás Gil, M. Hernández Torralba, S. Amor Jiménez, P. Sánchez Angulo, R. Martínez Guerrero y M.A. Sánchez Cañizares

HGU Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Alrededor del 12% de las artritis piógenas se localizan en el hombro, porcentaje que se incrementa en pacientes de edad avanzada. *Staphylococcus aureus* es el principal agente etiológico (75% casos).

Material y método: Varón de 75 años. HTA. DM. Insuficiencia renal crónica. Cardiopatía isquémica. Rotura de espesor parcial del tendón supraespinoso del hombro derecho. Acude a Urgencias por paresia y parestesia en territorios mediano y cubital de la mano dos semanas después de haber sufrido luxación glenohumeral anterior traumática del hombro derecho. Ingresa en COT para estudio. Se solicita RM con sospecha diagnóstica de lesión del plexo braquial y para descartar causa orgánica o compresiva. Durante su estancia hospitalaria, el paciente mantiene impotencia funcional y dolor rebelde a tratamiento analgésico intravenoso, por lo que se consulta a Unidad del Dolor que realiza bloqueo infraclavicular del plexo braquial. Se evidencia empeoramiento clínico en los días siguientes con mal estado general, fiebre y escalofríos, distensión abdominal y aumento de temperatura en ambos hombros.

Resultados: La RMN del hombro derecho revela “importante derrame articular glenohumeral con que comunica con la bursa subacromio-subdeltoidea hacia el espesor del deltoides llegando al espacio subcutáneo, compatible con artropatía inflamatoria/infecciosa” y se solicita ecografía urgente del hombro contralateral “con cambios inflamatorios en tejido celular subcutáneo y musculatura adyacente así como líquido con material ecogénico (detritus) en las bursas subacromio-subdeltoidea y subcoracoidea, y espacio glenohumeral”. Se realiza artrotomía bilateral urgente por vía transdeltoidea con drenaje de abundante material purulento maloliente que infiltra plano subcutáneo. Tras lavado profuso, desbridamiento y toma de cultivos se inicia tratamiento antibiótico intravenoso agresivo con evolución favorable. EL resultado del cultivo evidenció la presencia de *S. aureus* sensible a meticilina y *S. epidermidis*.

Comentarios y conclusiones: La mitad de los pacientes con artritis séptica escapulohumeral tienen factores de riesgo sistémicos, como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide, cirrosis hepática, adicción a drogas por vía parenteral, neoplasias malignas^{10,12}. Los microorganismos suelen alcanzar la articulación por vía hematogénica, pero en las artritis sépticas escapulohumerales, la inoculación directa mediante artrocentesis o infiltraciones es responsable del 24% al 80% de los casos.

CC-432. EMERGENCIA POR GANGRENA GASEOSA. RESOLUCIÓN DE UN CASO

H. Gómez Santos, C. Justo Astorgano, S. Alonso Güemes, M.S. Gómez García, F. Aranda Romero, M.C. Sanz Pascual, C. Hernández Galera y T. del Olmo Hernández

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La mayoría de las infecciones necrotizantes son causadas por bacterias anaerobias. Las especies de *Clostridium* son las más comunes, producen las infecciones más dramáticas, con progresión rápida, afectación tóxica precoz y elevadas tasas de mortalidad. La afectación muscular es extensa e invariablemente mayor de lo que los cambios en piel podrían indicar. La confirmación diagnóstica puede obtenerse por la exploración local de la herida y por los estudios radiográficos.

Material y método: Varón de 84 años, pluripatológico, que presenta un cuadro brusco rápidamente progresivo de dolor intenso en el miembro inferior derecho, con progresión hacia proximal desde los dedos y deterioro clínico. MEG, fiebre termometrada 38 °C. A la exploración física del paciente en UVI, presenta una zona tumefacta, tensa, con decoloración cutánea en la parte distal de la pierna, mal delimitada, con flictenas serosas, crepitación subcutánea y dolor desproporcionado en reposo que incrementa con la movilización del miembro. El cuadro es rápidamente progresivo hacia proximal, alcanzando en cuestión de minutos el tercio proximal de la pierna.

Resultados: Con el diagnóstico probable de gangrena gaseosa el paciente es intervenido de urgencia, para intentar salvar la vida del mismo, realizando una amputación transfemoral debido a la fugaz progresión del cuadro, con margen amplio comprobando la viabilidad de los tejidos. El paciente evolucionó favorablemente, con antibiótica intravenosa y vigilancia estrecha, no requiriendo cirugías añadidas. Siguió un programa de fisioterapia controlada. Actualmente deambula con ayuda de muletas, sin presentar complicaciones en el muñón intervenido.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico requiere una descompresión y desbridamiento quirúrgicos expeditivos de todo el tejido necrótico y constituye la base del tratamiento. La guía más clara es la resección del tejido claramente infectado y necrótico hasta algunos centímetros dentro del tejido normal sano. La amputación abierta puede salvar la vida del paciente.

CC-433. FASCITIS NECROTIZANTE EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE

H. Mínguez Pérez, B. Ruiz Nieto, A.I. Simón Carrascal, M.A. García de León, R. de los Santos de la Cruz, J.V. Peralta Molero y P. Zuñil Acosta

Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: La fascitis necrotizante es una infección infrecuente pero grave que produce necrosis local con afectación sistémica. Puede afectar a cualquier región pero es más frecuente en las extremidades. El germen más frecuente es *Streptococcus pyogenes*. La tasa de mortalidad oscila entre 6-76%.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 70 años que ingresó por sospecha de fascitis necrotizante en miembro inferior derecho. Como antecedentes destacamos inmunodeficiencia común variable y hepatopatía crónica. La familia relató traumatismo sobre la pierna afectada los días previos. En la TC de urgencias se aprecia gas en zona subcutánea y en planos fasciales superficiales y profundos, engrosamiento asimétrico de las fascias con colecciones.

Resultados: Se interviene quirúrgicamente apreciándose importante edema tisular y necrosis del tejido subcutáneo. Se procede a desbridamiento agresivo. Se pauta tratamiento antibiótico de amplio espectro asociando medidas de soporte vital. En las muestras de tejido desbridado se cultivó *E. coli* y *Staphylococcus aureus* meticilín resistente.

Comentarios y conclusiones: La fascitis necrotizante cursa con una difusión rápida de la necrosis, alcanzando una alta mortalidad pese al tratamiento quirúrgico combinado con antibiótica parenteral. Su diagnóstico clínico en estadios tempranos es difícil porque la clínica es inespecífica haciendo difícil el diagnóstico diferencial con otros procesos infecciosos como celulitis, abscesos... La crepitación en la exploración y la presencia de gas en las pruebas de imagen ayudan al diagnóstico. La fascitis necrotizante afecta a inmunodeficientes con antecedentes de traumatismo (como en nuestro caso) o cirugía reciente, aunque hay casos descritos en pacientes sanos sometidos a una agresión mínima. El tratamiento se basa en el desbridamiento quirúrgico, antibióticos de amplio espectro y un soporte vital adecuado. Concluimos que resulta de vital importancia sospechar esta entidad con el fin de no demorar el tratamiento médico y quirúrgico que, unidos al soporte en una unidad de cuidados críticos, pueden salvar la vida del paciente.

CC-434. SOLUCIONES DE RESCATE PARA PSEUDOARTROSIS INFECTADA DE TIBIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Miranda Gómez, J. Baeza Oliete, B. Porcar Vilar, F.F. Baixauli García, T. Mut Oltra, J.V. Amaya Valero y M.A. Angulo Sánchez

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: La pseudoartrosis de tibia es una complicación relativamente frecuente de las fracturas de tibia. La tasa de pseudoartrosis aumenta en fracturas con compromiso de las partes blandas y en fracturas abiertas. La infección de una pseudoartrosis de tibia es una complicación gravísima que compromete la extremidad. Una pseudoartrosis infectada de tibia requiere en muchas ocasiones la amputación de la extremidad, pero podemos y debemos plantearnos soluciones de rescate, en muchas ocasiones extremas para salvar la función y la extremidad.

Material y método: Presentamos un caso de un paciente de 54 años que sufrió una fractura de tercio distal de tibia, produciéndose un fallo de la osteosíntesis con una mala consolidación y una infección de la pseudoartrosis. Se realizaron hasta 6 intervenciones con un resultado no satisfactorio. Se plantea una cirugía de rescate en conjunto con cirugía plástica que consistió en un desbridamiento profundo, recons-

trucción mediante colgajo microquirúrgico vascularizado de cresta iliaca y estabilización mediante fijador externo. En un segundo tiempo se realizó un aporte de injerto óseo obtenido mediante sistema RIA del fémur, una resección del extremo distal del peroné y osteosíntesis mediante una placa de reconstrucción de tibia a astrágalo y escafoides tarsiano.

Resultados: A los tres meses se aprecia correcto proceso de consolidación radiográfica y el paciente comienza a deambular con carga parcial. Analíticamente los parámetros de infección se han negativizado y no presenta signos clínicos de infección.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de las fracturas de tibia requiere de una osteosíntesis adecuada y de un exquisito cuidado de las partes blandas. Una pseudoartrosis infectada requiere de un abordaje multidisciplinar, con un correcto tratamiento antibiótico, una buena cobertura de partes blandas y aporte de vascularización y una planificación quirúrgica exhaustiva y adaptada a cada caso.

CC-435. COMPLICACIONES DE LA PRÓTESIS TOTAL DE FÉMUR: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Miranda Gómez, J. Baeza Oliete, J.V. Amaya Valero, T. Mut Oltra, M.A. Angulo Sánchez y F.F. Baixauli García

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: La utilización de prótesis total de fémur es un acto quirúrgico que se realiza de forma poco habitual y en casos muy seleccionados. El reemplazo total de fémur es una alternativa extrema para el salvamento de la extremidad. Son procedimientos quirúrgicos muy agresivos y con una tasa de complicaciones muy elevada, siendo la infección la más devastadora para el pronóstico tanto vital como funcional del paciente.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 71 años que presenta como antecedentes de interés una artritis reumatoide y diabetes mellitus. Fue intervenida de prótesis total de ambas caderas en 1982 (a la edad de 30 años). Se realizaron varios recambios hasta que en 2006 aparece una infección aguda en cadera derecha. Se realizan 2 intervenciones de limpieza a las 5 y a las 8 semanas, realizándose la extracción de la prótesis en 2007. En 2008 se coloca la primera megaprótesis tumoral. Sobre esta prótesis se producen 3 episodios de luxación y tras 2 años se diagnostica de la infección de esta prótesis. Noviembre de 2011 se realiza la extracción de la prótesis y colocación de un espaciador. Tras 8 semanas con parámetros de infección negativos se coloca una megaprótesis total de fémur. 2 semanas después se realiza un abordaje precoz por una infección aguda, extracción de la prótesis, esterilización con instrument de la prótesis y cobertura con cemento con colistina y eritromicina, limpieza exhaustiva y cierre.

Resultados: Actualmente la paciente se encuentra realizando rehabilitación pasiva y sin signos de infección.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones son la complicación más frecuente (18-45%) seguido por la infección (8-33%). Hay que ser muy cuidadoso en la prevención de las infecciones y muy agresivo en su tratamiento. Los resultados funcionales no son buenos, aunque puede salvarse la vida y la extremidad.

CC-436. INFECCIÓN ASOCIADA A BIOMATERIALES. PASTEURILLA MULTOCIDA, UN CASO POCO FRECUENTE

J.I. Eugenio Díaz, D. Gallo Padilla y M.L. Galadí Fernández

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: La infección asociada a material de osteosíntesis puede ser aguda o crónica, y su etiología puede ser por vía hematógena, secundaria a un foco contiguo de infección o consecuencia de la inoculación directa del germen (postraumática o posquirúrgica).

Los gérmenes más frecuentes aislados suelen ser de la familia de los estafilococos.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 56 años, residente en un ambiente rural, con animales de compañía en su domicilio (perro y gato), con diagnóstico de infección asociada a material de osteosíntesis de tobillo, con una fistulización activa. Refería probable antecedente traumático (mordedura), febrícula ocasional, analítica sin leucocitosis y PCR al ingreso 3,4. Se plantea como primera opción, la retirada del material de osteosíntesis (dada la consolidación de la fractura intervenida hacía un año), la toma de muestras para análisis microbiológico y el tratamiento antibiótico intravenoso.

Resultados: Se inicia tratamiento antibiótico empírico con vancomicina y cefepime intravenosos. Los cultivos intraoperatorios son positivos para *Pasteurella multocida*, con sensibilidad a cloxacilina. La evolución del paciente con terapia antibiótica intravenosa secuencial ha sido favorable, con remisión progresiva de los reactantes de fase aguda y resolución del proceso infeccioso.

Comentarios y conclusiones: La infección asociada a material de osteosíntesis por *Pasteurella multocida* es un caso extremadamente raro en nuestros días, con pocos casos descritos en la literatura, en relación directa con mordeduras de animales y probablemente por inoculación directa del germen en el lugar de la osteosíntesis. El manejo multidisciplinar y el tratamiento antibiótico optimizado pueden prevenir las complicaciones secundarias y llevar a la resolución o estabilización del proceso infeccioso.

CC-437. COMPOSITES TRAS INFECCIÓN PERIPROTÉSICA DE CADERA. EL MILAGRO DE SAN COSME

J. Merino Pérez, L. Guio Carrión, L.M. Areizaga Hernández, E. Rabanal Fernández, J.M. Montejo Baranda y C. Lozano Marín

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: El empleo de injertos masivos parece estar limitado a cirugía tumoral o cirugía de revisión de cadera donde la deficiencia ósea proximal sea importante. Si previamente hubo una infección, su uso queda aún más limitado. Nuestro objetivo es analizar los resultados clínicos de los pacientes intervenidos por infección crónica tardía periprotésica de cadera en los que, debido a la importante disminución de reserva ósea, se realizó una reconstrucción aloinjerto proximal masivo de fémur al vástago femoral cementado (composite).

Material y método: Del seguimiento de los 48 casos de infección periprotésica de cadera tratados en 2010, seis (12,5%) presentaban datos radiológicos de importante pérdida de masa ósea en fémur proximal. Se han analizado los datos demográficos, los antecedentes personales, las causas por las que se empleó el composite, la flora responsable de la infección, las complicaciones y la evolución.

Resultados: Los 6 pacientes tratados con una edad media de 70 años, presentaban comorbilidad asociada. La mayoría había sufrido numerosas intervenciones sobre esa articulación (4 de media). Cinco de las infecciones crónicas tardías fueron tratadas mediante recambio en 2 tiempos. Dentro de las complicaciones, se han objetivado 2 casos de luxación protésica y una recidiva de la infección. En todos los casos, ha existido una incorporación del aloinjerto y la evolución ha sido satisfactoria en el 83% de los casos.

Comentarios y conclusiones: La reconstrucción con aloinjerto masivo estructural en infección crónica tardía es un procedimiento factible y que ofrece mayor estabilidad para los implantes en situaciones de reserva ósea disminuida, siendo más barato que las prótesis tumorales. Entre los inconvenientes destaca la limitación en la disponibilidad del aloinjerto en el banco de huesos. El pronóstico de la infección no parece empeorar con el uso de esta técnica, aunque el pequeño tamaño muestral no permite sacar más conclusiones.

CC-438. ESTUDIO IN VIVO DE LA EFICACIA DE LAS RADIACIONES ULTRAVIOLETAS EN LA PREVENCIÓN DE BIOCAPAS DE *S. AUREUS* EN BIOMATERIALES

J.A. Constantino Cabrera, V. Caballero Trenado, M. Quiles Galindo, M. Delgado Rastrollo, M. Pacha Olivenza, C. Pérez Giraldo, A. Gallardo Moreno y M.L. González Martín

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción y objetivos: La prevalencia de infecciones por *S. aureus* meticilín resistente ha aumentado rápidamente en las últimas décadas, en particular en pacientes con fracturas y prótesis articulares. Estas infecciones están asociadas con una alta morbilidad y mortalidad causando un importante gasto sanitario para los sistemas nacionales de salud. El objetivo de este estudio es valorar la eficacia de las radiaciones ultravioletas en prevenir la colonización y formación de biocapas en implantes de titanio.

Material y método: Se utilizaron 52 ratas macho wistar en las que se implanto aleatoriamente una aguja k de Ti6Al4V previamente irradiada con radiaciones UV en el fémur de una pata y en la otra pata una aguja de Ti6Al4V control no irradiada. Previa a la inserción de las agujas se inoculó intramedularmente 5 microlitros de diferentes suspensiones de *S. aureus* ATCC29213. Las ratas fueron sacrificadas en diferentes tiempos 24, 48, y 72 horas cultivándose las agujas y los fémures. La tasa de colonización de las 2 piernas fue analizada. El análisis estadístico se realizó con pruebas no paramétricas para muestras pareadas (Wilcoxon). Todos los valores con $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

Resultados: Para tiempos de sacrificio de 24 horas, los recuentos bacterianos recuperados en agujas irradiadas con radiaciones ultravioletas fueron menores que los obtenidos de agujas control, independientemente del inoculo ($p = 0,021$). Para tiempos de sacrificio de 48 horas estas diferencias eran solamente significativas para inóculos menores de 10×10^3 ($p = 0,004$). Para tiempos de sacrificio de 72 horas, No encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Comentarios y conclusiones: La irradiación con radiaciones ultravioletas previa implantación de agujas de Ti6Al4V en fémures de ratas disminuye la colonización *S. aureus* significativamente durante al menos 48 horas. Este efecto es dependiente también del inóculo bacteriano.

CC-439. OSTEOMIELITIS DE MUÑECA EN NIÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Panadero Moncusí, F. Yáñez Siller, J.G. Bernal Vargas, A. Masferrer Pino, M. Iborra González, M. Matas Pareja, J. Cabello Gallardo y J. Cavanilles Walker

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.

Introducción y objetivos: La osteomielitis aguda hematógena puede ocurrir prácticamente en cualquier hueso, aunque los huesos largos de las extremidades inferiores, especialmente el fémur 27% son las áreas más frecuentemente implicadas. Es un proceso poco común que sucede principalmente en niños de menos de cinco años, se produce principalmente en zona metafisaria y el *Stafilococcus aureus* es el patógeno más frecuente a todas las edades. La muñeca representa tan sólo el 4% de los casos y lo más frecuente es que sea después de un traumatismo penetrante o asociadas a un postoperatorio.

Material y método: Se trata de un niño de 11 años de edad con cuadro febril y signos flogóticos de cinco días de evolución con tratamiento antibiótico empírico con amoxi-clavulánico desde hacía tres días pausado desde el ambulatorio. No había antecedente traumático.

Resultados: La analítica mostraba elevación de VSG de 110 con fiebre de 39,5. En la radiografía simple ni se apreciaban alteraciones. En la RM se evidenció un absceso subperióstico. Se realizó un desbridamiento quirúrgico. Se mantuvo tratamiento con cloxacilina parenteral durante diez días, completándose posteriormente cuatro semanas de

tratamiento oral con cefadroxilo. En la muestra de cultivo intraoperatorio se cultivó *S. aureus*. Posteriormente hubo una mejoría franca clínica y de los marcadores en la analítica.

Comentarios y conclusiones: Las radiografías simples pueden llegar a necesitar dos semanas para mostrar alteraciones. Ante la sospecha de osteomielitis está justificado solicitar una gammagrafía ósea aunque también puede dar VFN en etapas muy precoces de la infección, siendo la RM útil también en el momento más incipiente de la infección. La localización de una osteomielitis hematógena en la muñeca es poco frecuente, pero en esta localización la tasa de complicaciones aumenta al 33%, siendo del 5% en global del resto de localizaciones. El tratamiento quirúrgico se justifica por la existencia de absceso subperióstico, sequestro óseo o falta de respuesta al tratamiento antibiótico. La osteomielitis en la muñeca es un cuadro a tener en cuenta en niños con dolor o limitación funcional, incluso sin fiebre.

CC-440. NECROSIS PERIFÉRICAS TRAS LA INFUSIÓN DE CATECOLAMINAS A BAJAS DOSIS PARA EL TRATAMIENTO DEL SHOCK SÉPTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Pardo Coello, D. Gallach Sanchis, I. Gracia Rodríguez y D. Ruiz Picazo

Hospital General de Albacete.

Introducción y objetivos: La administración de catecolaminas mejora la perfusión e hipotensión en pacientes con shock séptico. Estudios demuestran que, a pesar de su uso a bajas dosis, son numerosos los casos de isquemia y gangrenas cutáneas periféricas por la acción de las mismas en los tejidos blandos.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 23 años, adicta a tres drogas por vía parenteral, con una sepsis de origen neumónico que desencadenó posteriormente un cuadro de shock séptico. Durante su evolución y tratamiento aparecieron isquemias y necrosis periféricas que precisaron la amputación de los cuatro miembros.

Resultados: Son conocidos los riesgos de estos fármacos debido a su administración tanto a altas como a bajas dosis, por medio de vías venosas centrales, por su toxicidad y daño miocárdico. Sin embargo, a pesar de los beneficios de la administración periférica de catecolaminas a bajas dosis, debe de tenerse en cuenta su efecto en los tejidos periféricos, ya que pueden conducir a complicadas necrosis distales que lleven, incluso, a la amputación de parte o de la totalidad de la extremidad afectada. Aunque no de forma frecuente, se han dado casos de isquemias distales, con pérdida de falanges en manos y pies, en puerperas con cuadros de coagulación intravascular diseminada, relacionadas con cuadros de hipopituitarismo posparto y disfunción hipofisaria (conocido como síndrome de Sheeham). Estos efectos se ven incrementados en pacientes con patologías oclusivas arteriales periféricas o, como en nuestro caso, consumo de drogas por vía parenteral, potenciando así la resistencia vascular periférica y la isquemia.

Comentarios y conclusiones: Para evitar isquemias y necrosis periféricas, se debe de tener sumo cuidado en pacientes tratados con bajas dosis de catecolaminas, especialmente en aquellos con patología vascular periférica crónica, sepsis grave y consumo de tóxicos.

CC-441. ABSCESO PRIMARIO DEL PSOAS POR *STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS*

M.J. Robles Molina, L. Fernández Rodríguez, E. Cárdenas Grande, A. Martínez Calzón y D. Elizondo Espósito

Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: El absceso del psoas constituye una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico. Su presentación clínica inespecífica, y su carácter subagudo o crónico, a menudo conllevan un retraso en su diagnóstico, determinando una notable morbi-mortalidad

del proceso. La tríada clásica de fiebre, cojera y dolor abdominal-lumbar, así como el signo del psoas, están presentes en un bajo porcentaje de pacientes. Se distinguen dos tipos de abscesos: los primarios y los secundarios, en función de la ausencia o presencia de un foco infeccioso, respectivamente. Los gérmenes implicados con mayor frecuencia en su etiología son *S. aureus* en los primarios y *E. coli* en los secundarios. El objetivo de este trabajo es la presentación del caso de un absceso del psoas en una paciente portadora de una prótesis de cadera, producido por un germen no habitual, y que cursó de forma aguda, provocando un fallo multiorgánico y el exitus de la enferma.

Material y método: Paciente de 87 años, que acude a servicio de urgencias por cuadro de mal estado general, agitación, desorientación y dolor abdominal de 12 horas de evolución. A la exploración, destaca la presencia de un abdomen muy distendido, timpánico y doloroso a la palpación, con defensa abdominal. En la exploración de la cadera del lado afecto, destaca movilidad activa y pasiva indoloras, la ausencia de cojera y un signo del psoas negativo. La paciente se encuentra afebril. Se solicitan analítica completa, TAC craneal y TAC abdominopélvico. En la analítica, destacan la presencia de leucocitosis con neutrofilia, una PCR de 30 y unas cifras elevadas de urea y creatinina. En el TAC abdominal se identifica la presencia de un neumoperitoneo y dos colecciones a nivel del músculo iliopsoas izquierdo, con posible relación con infección de prótesis de cadera. La paciente es intervenida de forma urgente por parte del servicio de cirugía general, siendo los hallazgos encontrados una peritonitis purulenta difusa, así como un gran absceso retroperitoneal abierto a peritoneo por ángulo esplénico del colon, que se extiende desde la cadera izquierda (no confirmando la comunicación con la misma), hasta la región periesplénica. Se realiza una meticulosa limpieza, toma de cultivos y colocación de sonda de Foley y Penrose.

Resultados: La paciente ingresa a cargo del servicio de anestesia y reanimación, instaurándose un tratamiento antibiótico empírico al principio, y específico una vez aislado *Staphylococcus epidermidis* como germen casual. A pesar del drenaje quirúrgico y el tratamiento antibiótico correctos, la paciente desarrolla un cuadro de fracaso cardiovascular y fallo renal progresivos, que terminan con la parada cardiorrespiratoria y el exitus de la misma a los 13 días de su ingreso en reanimación.

Comentarios y conclusiones: El absceso del psoas es una entidad que la mayoría de las veces cursa de forma subaguda o crónica, y con una clínica inespecífica. El desarrollo del TAC y del drenaje abierto o percutáneo del mismo, ha permitido una disminución de la morbimortalidad del proceso. Sin embargo, existen casos como el que presentamos, que pueden cursar de una forma agresiva, a pesar del diagnóstico y tratamiento precoces. Esto puede estar en relación con la presencia de factores de riesgo, como son la edad avanzada y la presencia de patología crónica concomitante.

CC-442. SEPTICEMIA EN MUJER CON PTR BILATERAL Y ARTRITIS REUMATOIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Medina León, M.I. Matamoros Hermoso y A. Conde Albarracín

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: La septicemia es una infección grave y potencialmente mortal que empeora de forma muy rápida y que puede tener su origen en infecciones protésicas. La incidencia de infección PTR es aproximadamente del 2% y en pacientes con artritis reumatoide es 1,8-2,4 veces más frecuente.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 62 con antecedentes personales de AR y PTR bilateral de 9 años de evolución. Actualmente en tratamiento con fármacos inmunosupresores. Ingresó en urgencias con cuadro de fiebre elevada mantenida y malestar general que requirió ingreso en UCI por septicemia de origen desconocido. A los dos días de ingreso comienza con aumento de volumen, tempe-

ratura y enrojecimiento de zona gemelar derecha con compromiso vascular distal que requirió apertura de toda la zona con salida muy abundante de líquido purulento con comunicación con el hueso poplíteo. Los cultivos fueron positivos para *E. coli* y se estableció el diagnóstico de septicemia por infección protésica.

Resultados: Tras numerosas curas, tratamiento antibiótico intravenoso específico y cuando mejoró el estado general de la paciente se procedió a retirada de prótesis rodilla y colocación de espaciador de cemento con antibiótico con evolución satisfactoria del cuadro infeccioso.

Comentarios y conclusiones: La incidencia de infección protésica rodilla es del 2%, esta frecuencia aumenta mucho en pacientes con AR por la propia enfermedad y más aún cuando están en tratamiento con fármacos inmunosupresores como fue nuestro caso. La paciente debutó con síntomas de septicemia sin clínica local de infección PTR pero con gran acúmulo de material purulento en zona gemelar. La infección de la PTR en paciente con AR y con tratamiento inmunosupresor es una patología a tener en cuenta en estos pacientes y que puede llegar a desencadenar en una septicemia potencialmente mortal.

CC-443. OSTEOMIELITIS GRANULOMATOSA EN EDAD PEDIÁTRICA

O. Campos Alonso, J.M. Rodríguez Palomo, E. López Vinagre, O. Martínez de la Llana y M. Cobos Pradas

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Identificación de lesiones óseas producidas por micobacterias atípicas que inicialmente son catalogadas como lesiones tumorales, pero que presentan granulomas en el tejido histológico y responden adecuadamente al tratamiento antibiótico habitual empleado en estos casos.

Material y método: Se presentan dos casos clínicos presentados en nuestro centro en los últimos 6 meses. El primero de ellos trata de una niña de 2 años con lesión quística destructiva a nivel de primer metatarsiano del pie derecho con gran componente de afectación de partes blandas. Con el diagnóstico inicial de osteosarcoma telangiectásico, se biopsia la lesión obteniéndose granulomas en la misma. El segundo de los casos presenta una niña de 9 meses con lesión ósea de bordes mal definidos a nivel de fémur proximal izquierdo y gran tumefacción de la musculatura en torno a ella. Es valorada por el servicio de oncología que plantea como diagnóstico de sospecha el sarcoma de Ewing. La biopsia de la lesión ratifica la presencia de granulomas y descarta la sospecha inicial de neoplasia.

Resultados: Pese a la no identificación del germen y no encontrar vía de entrada del mismo las pacientes evolucionan favorablemente a la terapia antibiótica empleada habitualmente en las infecciones por micobacterias atípicas. En ambos casos se registra una clara mejoría clínica y radiológica de las lesiones a las pocas semanas de haber comenzado el tratamiento.

Comentarios y conclusiones: La infección ósea por micobacterias es un diagnóstico poco frecuente pero a tener en cuenta en la valoración de lesiones óseas destructivas con aspecto neoplásico en la infancia. Esto apoya la necesidad de cultivar todo lo que se biopsia y viceversa con el objetivo de identificar el germen y aplicar el tratamiento antibiótico lo más tempranamente posible.

CC-444. LA PSEUDOMONA SUBCUTÁNEA ENCAPSULADA

P. Zuñil Acosta, G. Muñoz Sánchez, J.V. Peralta Molero, I. Martínez Melian, B. Ruiz Nieto, A.I. Simón Carrascal, C. Fernández Valencia Kettune y O. Pérez Simancas

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: La infección por pseudomonas en traumatología es poco frecuente en pacientes no inmunodeprimidos o some-

tidos a tratamientos antibióticos previos, dada su coexistencia como contaminante en nuestro organismo con microorganismos de una agresividad mayor. Una vez responsable de un cuadro infeccioso la dificultad para su tratamiento es alta dada su relativa resistencia a antibióticos y su facilidad para crear resistencias en tratamientos con un único fármaco.

Material y método: Se presenta a una mujer de 66 años con tumoración a nivel de cadera derecha. Acude por aumento del tamaño y dolor en reposo. Se realiza ecografía que muestra una masa hipoeoica de $8,4 \times 3,9$ y otra masa fusiforme con imágenes nodulares y calcificaciones milimétricas de 10×4 cm. Se completa el estudio con RNM que evidencia una tumoración bien diferenciada con cápsula y contenido hemorrágico en el tejido celular subcutáneo adyacente del psoas-iliaco continuando hasta pared abdominal inferior entre la musculatura oblicua.

Resultados: Se realiza biopsia incisional de la lesión con resultado de tejido fibroconectivo y músculo-estriado con necrosis, sin evidencia de malignidad. Microbiológicamente se aísla *Pseudomonas aeruginosa*. Se inicia tratamiento antibiótico 10 semanas. Tras ese tiempo, la lesión ha aumentado de tamaño $15 \times 4 \times 8$ cm por lo que se decide exéresis quirúrgica (Se muestran las imágenes de la masa extirpada en fotografías) y tratamiento antibiótico durante dos meses.

Comentarios y conclusiones: La aparición de masas de partes blandas con o sin signos flogóticos y síntomas de infección, requiere un diagnóstico diferencial complejo en el que se deben incluir tanto las causas infecciosas como las neoplásicas. Una vez determinada la etiología y obtenido el cultivo suele requerirse la asociación de cirugía y tratamiento antibiótico específico.

CC-445. FRACTURA PATOLÓGICA POR OSTEOMIELITIS AGUDA EN PACIENTE CON SEPSIS POR *CLOSTRIDIUM*

P. Guirro Castellnou, S. Martínez Díaz, M.I. Puente Palacios, D. Pérez Prieto, R. Torres Claramunt, A. Alier Fabregó, F. Santana Pérez y L. Puig Verdí

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: La infección por *Clostridium perfringens* se puede presentar de diversas formas, las más frecuentes son la gastroenteritis, la intoxicación alimentaria, la gangrena gaseosa, la enteritis necrotizante y el shock séptico.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 78 años sin alergias medicamentosas y con múltiples antecedentes patológicos como insuficiencia renal crónica, HTA, cardiopatía hipertensiva, AcxFA, diabetes y adenocarcinoma gástrico entre otros. Consulta en urgencias por un cuadro de 2 semanas de evolución de astenia y adinamia intensa, asociada a anorexia y sequedad bucal. Desde hace 2 días presenta empeoramiento clínico, con aparición de dolor intenso a nivel de tercio proximal de muslo izquierdo con impotencia funcional secundaria sin traumatismo. El paciente niega síntomas gastrointestinales o urinarios, niega fiebre, tos, expectoración o alguna otra sintomatología. Se realiza radiografía de cadera izquierda que objetiva fractura subcapital con imagen lítica en cuello femoral, que se orienta como fractura patológica. El día siguiente del ingreso, el paciente inicia cuadro febril que se realizan cultivos que resultan positivos para bacilos grampositivos, se asocia con inestabilidad hemodinámica que requiere la administración de drogas vasoactivas a altas dosis y con afectación multiorgánica, etiquetándose el cuadro como shock séptico sin foco y trasladándose el paciente a la UCI. Se realiza TAC abdominal en busca del foco de la sepsis y se objetiva fractura subcapital IZQ con importante aire en cabeza y cuello femoral e intrarticular que sugiere necrosis séptica de cabeza femoral, sin otros signos de afectación pélvica o intraabdominal, por la cual cosa se decide intervención quirúrgica urgente realizándose exéresis de la cabeza femoral con amplio desbridamiento, cogiendo muestras para cultivo y anatomía patológica.

Resultados: Los hemocultivos y los cultivos de la cabeza femoral son positivos para *Clostridium perfringens*, por lo que se inicia tratamiento antibiótico endovenoso con meropenem y metronidazol. El paciente mejora relativamente durante los siguientes días, por lo que se ingresa en el servicio de medicina interna, pero a las 2 semanas necesita reingresar en la UCI por reagudización del cuadro respiratorio y cardiaco, siendo exitus a las 4 semanas de la cirugía.

Comentarios y conclusiones: El *Clostridium* es un bacilo grampositivo anaerobio, que normalmente se encuentra en la flora de la boca y del tracto digestivo, y que se caracteriza por cuadros de necrosis de partes blandas como la fascitis necrotizante o la enteritis y también es frecuente la sepsis por *Clostridium*, que presenta una elevada tasa de mortalidad, entorno del 30%. No encontramos descritos en la literatura casos de fractura patológica por osteomielitis aguda en pacientes con septicemia por *Clostridium perfringens*.

CC-446. CASO DE TUBERCULOSIS ARTICULAR EN MUÑECA DIAGNOSTICADO ERRÓNEAMENTE DE MONOARTRITIS REUMATOIDE DURANTE 40 AÑOS

V. Artime Díaz y J.M. Mateo Rodríguez

Hospital San Juan de Dios. Córdoba.

Introducción y objetivos: En ausencia de enfermedad pulmonar activa, la tuberculosis no se considera habitualmente en el diagnóstico diferencial de una artritis crónica. Se presenta el caso de un varón de 71 años con artritis tuberculosa en antebrazo derecho. En este caso se produjo un retraso, entre el inicio de los síntomas y el tratamiento específico, de 40 años. El diagnóstico se confirmó por el estudio histológico y microbiológico de las muestras de sinovial. El tratamiento consistió en antibioterapia antituberculosa y desbridamiento de las articulaciones afectadas. Este caso nos sirve para recordar, que aunque rara, la tuberculosis es causa de artritis crónica.

Material y método: La presentación de un caso excepcional de tuberculosis osteoarticular en muñeca y codo, de 40 años de evolución, permite hacer una revisión de las principales características de esta antigua enfermedad, nuevamente emergente en nuestro medio, y no siempre tenida en cuenta en los diagnósticos diferenciales de los procesos inflamatorios osteoarticulares.

Resultados: El diagnóstico se confirmó por el estudio histológico y microbiológico de las muestras de sinovial. El tratamiento consistió en antibioterapia antituberculosa y desbridamiento de las articulaciones afectadas. Al cabo de 7 años el paciente sigue asintomático. Este caso nos sirve para recordar, que aunque rara, la tuberculosis es causa de artritis crónica.

Comentarios y conclusiones: El presente caso nos ha de hacer reconsiderar que ante todo proceso articular inflamatorio en nuestro medio uno de los diagnósticos que nunca se debe de obviar es la posibilidad de encontrarnos ante una posible enfermedad tuberculosa osteoarticular.

CC-447. OSTEOMIELITIS EN FÉMUR POR *ASPERGILLUS FUMIGATUS*

X. Foruria Zarandona, M. Molina Martos, L. Gorostiola Vidaurrázaga, J.M. Moreta Suárez, A. Ernest, B. Muñoz Niharra, O. Sáez de Ugarte Sobrón y J.L. Martínez de los Mozos

Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: El *Aspergillus fumigatus*, es un hongo de distribución universal, pudiéndose encontrar en el suelo, aire, agua, alimentos, plantas y materia orgánica en descomposición, así como en el polvo. Su desarrollo se ve favorecido por la humedad y las temperaturas elevadas (termófilos). Las personas inmunocompetentes, pese a estar expuestos de forma habitual al microorganismo en la vida diaria, desarrollan enfermedad invasiva de manera excepcional. La

aspergillosis, por lo tanto es una enfermedad oportunista que se produce por inhalación de conidios, siendo los senos paranasales y los pulmones los sitios en los que asienta primariamente esta enfermedad con mayor frecuencia. Las personas inmunocomprometidas tienen alto riesgo de desarrollar aspergillosis invasiva. Aisner y cols. Presentaron un estudio en el que demostraban 64 cultivos positivos a *Aspergillus* en una población de 125 nuevos casos de leucemia, 18 de los cuales desarrollaron aspergillosis invasiva. Los pequeños conidios inhalados, aumentan de tamaño, transformándose en hifas que producen invasión vascular posterior (debido a la naturaleza angioinvasiva del *aspergillus*) y finalmente una infección diseminada. Entre las diferentes formas clínicas de presentación encontramos la ya citada aspergilosis invasiva. El hongo suele invadir el pulmón dando lugar a una neumonía necrotizante y diseminación secundaria a otros órganos. En el caso de la diseminación ósea, infrecuente por otra parte, la forma más habitual de presentación es en forma de osteomielitis.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 55 años diagnosticado en noviembre del 2008 de linfoma del manto estadio IV-B tratado con 2 ciclos de poliquimioterapia y que recibe un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos en mayo del 2010. Durante el tratamiento quimioterápico comienza con cuadro de neumonía en lóbulo medio derecho con posterior abscesificación y fistulización a pared torácica que requirió Lobectomía y extirpación de costilla, siendo diagnosticado de aspergillosis pulmonar invasiva por histología. En julio del 2009, ingresa en el servicio de traumatología del hospital de Galdakao, por infección diafisaria de fémur izquierdo realizándose curetaje de la lesión y limpieza, manteniendo la extremidad en descarga y con antibioterapia empírica a la espera de cultivos. Al mes del curetaje, En agosto del 2009 acude al servicio urgencias, por dolor en extremidad inferior izquierda, siendo diagnosticado de fractura patológica de fémur izquierdo sobre foco de osteomielitis por *aspergillus*. En este momento se decide tratamiento mediante curetaje y estabilización del foco mediante un fijador externo y antibioterapia pautada por el servicio de infecciosas. En noviembre del 2009 se lleva a cabo la retirada del fijador y el enclavado intramedular mediante clavo Grosse-Kempff, por evidenciarse signos de retardo de consolidación en el foco de fractura. Tras recibir 1 mes de tratamiento intravenoso con Ambisome y fucitosina y voriconazol durante 1 año y 4 meses, la infección finalmente se controla.

Resultados: En la actualidad el paciente se encuentra asintomático, camina sin muletas. En la radiografía se aprecian signos de consolidación, por otra parte no existe una consolidación ósea compela.

Comentarios y conclusiones: Revisando la literatura, no son muchos los casos publicados de osteomielitis por infecciones fúngicas en fémur. *Aspergillus fumigatus* es la especie causante de estos cuadros con más frecuencia. En la mayoría de los casos coinciden defectos en la inmunidad, en estos pacientes. El tratamiento que logra más porcentaje de éxitos, es aquel que combina un desbridamiento quirúrgico del foco infeccioso con un tratamiento antifúngico sistémico.

CC-448. PIOMIOSITIS EN CARA INTERNA DEL MUSLO POR *ESCHERICHIA COLI* EN PACIENTE JOVEN CON APLASIA MEDULAR SEVERA

A. Masferrer Pino, L. Ramos Cuesta, J. Granero Xiberta, D.N. Bianco Adames, M. Llauredó Poy, C. Ballesteró Téllez, G.R. Mancheno Abdo y J.A. Hernández Hermoso

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.

Introducción y objetivos: La piomiositis es una infección bacteriana aguda del músculo esquelético que puede afectar a la población en general en climas tropicales o los pacientes inmunodeprimidos. *Staphylococcus aureus* u otros organismos gram-positivos son los agentes causantes en más del 90% de los casos. La piomiositis por *Escherichia coli* es una causa muy infrecuente.

Material y método: Varón de 19 años con aplasia medular severa idiopática diagnosticada a los 7 años, ingresa en pediatría procedente de urgencias por presentar fiebre, dolor, eritema e induración en cara interna de muslo izquierdo. La analítica mostró leucopenia y gran elevación de la proteína C reactiva. Se instauró tratamiento antibiótico endovenoso empírico, siendo cambiado según el antibiograma, tras detectarse hemocultivos positivos para *Escherichia coli*. Después de tres días de tratamiento, el paciente persistió con los mismos síntomas y sin mejoría alguna. Una ecografía reveló un área muscular disfuncional en relación con el vasto medial del cuádriceps y los músculos aductores, compatibles con piomiositis. Un estudio de resonancia magnética confirmó el diagnóstico. Nuestro departamento fue consultado a fin de considerar el desbridamiento quirúrgico.

Resultados: El paciente fue sometido a la realización de una cirugía de desbridamiento y drenaje completo de la lesión muscular. Las muestras fueron recogidas y enviadas para estudio microbiológico, identificaron una infección producida por *E. coli* como agente causal. Después del tratamiento antibiótico intravenoso durante 3 semanas y desbridamiento quirúrgico, el paciente se recuperó satisfactoriamente y no hubo problemas en el proceso de cicatrización o infecciones post-quirúrgicas alrededor de la herida quirúrgica. La analítica se normalizó. Hoy en día, el episodio de piomiositis está totalmente resuelto.

Comentarios y conclusiones: Hasta la fecha, sólo se han reportado 20 casos de piomiositis por *E. coli* en pacientes con inmunodeficiencia por VIH u otros cánceres hematológicos, pero ninguno asociado a aplasia medular como en este caso. Cuando se produce piomiositis en pacientes inmunocomprometidos, podemos tener dudas sobre la conveniencia de desbridamiento quirúrgico por temor a complicaciones bien conocidas y descritas en este tipo de pacientes como son las infecciones postoperatorias locales o problemas de cicatrización alrededor de la herida quirúrgica. Sin embargo, un diagnóstico precoz y el desbridamiento quirúrgico, junto con antibióticos, erradica la infección en la mayoría de los pacientes.

CC-449. ESTUDIO DE LOS GÉRMEENES RESPONSABLES DE LA INFECCIÓN PROTÉSICA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

C. Sánchez Monzó, G. Gázquez Gázquez, J.L. Rodrigo Pérez y J.J. Camarena Miñana

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción y objetivos: El objetivo del presente estudio trata de analizar la incidencia infecciones en prótesis de rodilla y cadera entre los años 2006 a 2010 intervenidas en el Hospital Dr. Peset, y el estudio de los factores influyentes en dicha infección

Material y método: Por medio del programa Inclinecc (sistema prospectivo de vigilancia epidemiológica de infección hospitalaria en España) y el Programa de vigilancia de infecciones nosocomiales en Cirugía Ortopédica y Traumatología, se ha observado que se han colocado una totalidad de 2.257 prótesis entre los años 2006-2010. La tasa global de infección es del 2,12%. La incidencia acumulada de infecciones en prótesis de cadera ha sido respectivamente a cada año (2006-2010) 2%, 2,5%, 1,8%, 2,7% y 3,1%. En el caso de la prótesis de rodilla es de 2%, 1,5%, 0,5%, 2% y 1,8%.

Resultados: Los parámetros a estudio han sido edad, sexo, DM; AR, uso de corticoides, neoplasia, nefropatía, obesidad, infección tracto urinario siendo la obesidad y la DM los factores más presentes en nuestros casos. Tras la intervención se ha valorado la cronología de la evolución de la herida, germen implicado y antibiótico usado, de tal manera que *S. coagulans* negativos, *Acinetobacter baumannii*, *S. epidermidis*, *E. faecalis* y *Escherichia coli*.

Comentarios y conclusiones: La monitorización de la infección protésica en un servicio de COT es un parámetro muy útil como control

de calidad asistencial, así como para conocer los cambios en la flora bacteriana causante de infección en artroplastias y las resistencias antibióticas.

CC-450. EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE ÚLCERA SACRA A OSTEOMIELITIS SACROCOCCÍGEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Barceló Granero, J. Abancó Sors, N. Selga Jorba, C. Aranda Grijalba, M. Bonjorn Martí, J. Cortés Cubero, A. Vidal Rodés y J. Camí Biayna

Althaia. Xarxa Assistencial Manresa. Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso de osteomielitis sacrococcígea en un paciente que inicialmente presenta una úlcera de decúbito. Evidenciamos la evolución catastrófica de una úlcera sacra que a pesar de múltiples desbridamientos y limpiezas quirúrgicas, acaba en osteomielitis sacrococcígea.

Material y método: Paciente masculino de 41 años, diabético insulínico dependiente, que en 1997 en su debut diabético ingresa en la unidad de vigilancia intensiva donde inicia úlcera sacra. La evolución de su lesión por decúbito es tórpida, apareciendo abscesos de repetición y fistulas asociadas que se desbridan en múltiples ocasiones. En mayo del 2008 se realizan estudios con resonancia magnética nuclear (RMN) y gammagrafía ósea, objetivando erosión ósea en sacro. A los 10 meses evoluciona a osteomielitis sacrococcígea demostrado por una nueva RMN. El paciente presenta clínica de incontinencia fecal, impotencia sexual y cierta incontinencia urinaria de instauración progresiva en el transcurso de los últimos 10 meses. Se realiza tratamiento quirúrgico multidisciplinar; sacrectomía parcial, plastia miocutánea y colostomía de descarga.

Resultados: El paciente a los 2 meses de la cirugía, presenta seromas y hematomas en la zona dadora del colgajo, que requirieron drenaje mediante punción. El colgajo presentó buen aspecto, no observando fistulas, ni dehiscencia de sutura. Sigue siendo portador de colostomía de descarga y deambulando libre de dolor.

Comentarios y conclusiones: En pacientes que presentan úlceras sacras de decúbito, no se puede subestimar la capacidad infecciosa de las mismas. La zona de decúbito sacra, es una zona de alto riesgo debido a la superficialidad de las estructuras óseas, a la mala percusión de la zona y a la proximidad relativa de las vísceras abdominales. Las úlceras sacras por decúbito pueden producir osteomielitis sacrococcígea y evolucionar a nivel intrapélvico, precisado ya en fase tardía de un tratamiento quirúrgico radical.

CC-451. ARTRODESIS DE RODILLA MEDIANTE FIJACIÓN EXTERNA Y TRANSPORTE ÓSEO EN CASOS EXTREMOS DE INFECCIÓN PERIPROTÉSICA DE RODILLA

J. Selga Marsà, M.M. Méndez Ojeda, X. Plano Jerez, S. Haddad, M. Reverté Vinaixa, C. Amat Mateu, P. Corona Pérez-Cardona y X. Flores Sánchez

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: El fracaso en el tratamiento de la infección periprotésica de rodilla puede llevarnos a situaciones extremas donde la amputación esté indicada. La artrodesis de rodilla mediante fijación externa y transportación ósea puede ser una alternativa. Se presenta un caso que llegó a nuestro centro con la propuesta de amputación supracondílea tras múltiples intentos terapéuticos.

Material y método: Mujer de 58 años con AR grave y PTR bilateral. En 2006 sufrió fractura periprotésica de rodilla D que requirió RPTR. Evolucionó insatisfactoriamente por infección periprotésica. En 2008 se implantó una prótesis tumoral que se retiró por recidiva de infección, colocándose espaciador de cemento con antibiótico. La herida evolucionó incorrectamente exponiendo el espaciador. En esta situación

llegó a nuestro centro. Dada la pérdida de stock óseo, defecto cutáneo e inexistencia del aparato extensor, se decidió realizar fusión femorotibial mediante fijación externa con procedimiento de transportación ósea. Inicialmente se implantó un sistema de reconstrucción monolateral para transporte. En el gap se colocó espaciador de cemento. Los cultivos fueron positivos para *S. aureus* cloxacilina sensible, indicándose levofloxacino y rifampicina 3 meses. Posteriormente se retiró el espaciador practicándose osteotomías en fémur y tibia para transporte óseo bipolar. La evolución fue correcta, lográndose disimetría de 15 mm. Tras consolidación del punto de atraque y maduración del regenerado se retiró la fijación externa.

Resultados: Actualmente la paciente anda con muleta sin dolor (VAS 0/10). La satisfacción con el procedimiento es máxima (SAPSS 100/100). Existe importante mejoría en la calidad de vida con respecto a la salud (SF12v2): 35 a 42,8 en CSF y 33,3 a 40,4 en CSM.

Comentarios y conclusiones: La artrodesis de rodilla mediante fijación externa en fracasos sépticos de PTR permite asociar reconstrucción ósea evitando disimetrías intolerables o incluso la amputación.

CC-452. SACROILEÍTIS ESTAFILOCÓCICA POSVITRECTOMÍA

J. Arnal Burró, P. Gil Martínez, C. Igualada Blázquez, E. Carbó Laso y J. Vaquero Martín

Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: La sacroileítis piógena es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico cuyo principal. Se encuentran factores de riesgo como es uso de drogas de vía parenteral, el trauma o infecciones en otra localización, no hallándose en la mitad de los casos factor de riesgo. Para el diagnóstico usaremos distintas pruebas de imagen acompañadas de aspiración o biopsia articular siendo el tratamiento antibioterapia intravenosa que en muchos casos se acompañara de drenaje quirúrgico.

Material y método: Varón de 69 años que a los 6 meses tras ser intervenido de vitrectomía debuta con cuadro de fiebre en picos y dolor sacrolumbar. Se le realizaron múltiples pruebas de imagen entre ellas RMN lumbar así como hemocultivos diagnosticándole de sacroileítis derecha y absceso presacro con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* metilín sensible, probable agente causante de la sacroileítis.

Resultados: El paciente fue tratado con cloxacilina, rifampicina y sulfametoxazol-rimetoprima con hospitalización a domicilio requiriendo ingreso a los 2 a los 6 y a los 15 meses por empeoramiento con nuevas bacteriemias. El paciente no mejoró de su clínica articular hasta que a los 23 meses se le realizó biopsia quirúrgica cuyos cultivos dieron negativos. A los 25 meses se le suspendió la antibioterapia y el paciente mejoró clínicamente.

Comentarios y conclusiones: La sacroileítis estafilocócica es una entidad poco frecuente, cuyo tratamiento antibiótico se puede prolongar durante años.

CC-453. INFECCIÓN POR *CANDIDA ALBICANS* EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Madero de la Fuente, J. Cordero Ampuero, M. Galán Gómez-Obregón, M. Vecino López y P. Peñalver Andrada

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción y objetivos: La infección es una de las complicaciones más graves que nos podemos encontrar tras una artroplastia total de rodilla (ATR). Según los últimos estudios tiene una incidencia que oscila entre el 1% y el 3% a pesar del tratamiento antibiótico profiláctico, siendo el periodo de mayor riesgo los primeros 2 años tras la cirugía. Entre los factores de riesgo asociados a esta complicación se encuentran el sexo masculino, artritis reumatoide, psoriasis, diabetes melli-

tus, tratamientos inmunosupresores previos, índice de masa corporal (IMC) elevado o infecciones previas sobre esa rodilla. El tratamiento es complejo y a menudo deja secuelas. Se presenta el caso de una paciente con infección de prótesis total de rodilla (PTR) por una *Candida albicans*, tras artroplastia primaria de rodilla.

Material y método: Se trata de una paciente de 63 años de edad con antecedentes de HTA, depresión y déficit de alfa-1-antitripsina asintomático y sin necesidad de tratamiento alguno, intervenida de PTR izquierda en Noviembre de 2010. El postoperatorio inmediato cursó de forma satisfactoria. Acudió al Servicio de Urgencias en octubre de 2011 por presentar dolor invalidante diario en la rodilla izquierda, con episodios de inflamación, enrojecimiento y derrame de meses de evolución. No presentó fiebre, la herida cicatrizó de forma correcta y en punciones de líquido articular no se aisló ningún germen. Como posibles causas de la sintomatología, se plantearon problemas del aparato extensor e infección. Se realizaron radiografías anteroposterior y lateral de rodilla en las que se observó osteolisis a nivel de la meseta tibial medial y líneas de aflojamiento en la interfase cemento-hueso. También se llevó a cabo un estudio analítico en el que se detectó una VSG de 20 y CRP de 4,2. Con los resultados obtenidos en estas pruebas y basándonos en los criterios de Cierny de infección en artroplastia, el diagnóstico parecía ser una infección de PTR, por lo que se programó a la paciente para cirugía.

Resultados: En diciembre de 2011 se realizó la retirada de la prótesis junto con lavado profuso con suero salino fisiológico y Betadine, se tomaron muestras de 6 lugares diferentes y se colocó un espaciador de cemento con gentamicina. Los cultivos fueron positivos para *Candida* en 6 de las 6 muestras que se tomaron, y en sólo una de ellas se detectó además *Streptococcus* y *Corynebacterium*. Con estos resultados se inició tratamiento oral con fluconazol, ciprofloxacino y levofloxacino. La paciente tuvo una evolución satisfactoria tras la cirugía, siendo dada de alta 2 semanas después de la intervención. Tras el alta, la paciente ha sido evaluada en Consultas Externas, determinándose de forma periódica los niveles de VSG y PCR. Después de 5 meses y medio de antibioterapia específica la paciente presenta parámetros analíticos normalizados (VSG de 26 y CRP de 0,5) y una situación clínica satisfactoria, por lo que actualmente está pendiente de reimplantación por una PTR rotacional.

Comentarios y conclusiones: En este caso el principal germen aislado en los cultivos de la paciente fue una *Candida albicans*. Éste puede ser el motivo por el que la clínica de la paciente fuera tan larvada, sin realmente llegar a tener criterios clínicos tan sugerentes de una infección de PTR, e incluso que los cultivos del líquido articular fueran negativos. Las infecciones por *Candida* tras una artroplastia total de rodilla son raras, y la mayoría de los casos tienen lugar en pacientes inmunocomprometidos (SIDA, trasplante de órganos, insuficiencia renal crónica, cáncer, tratamiento prolongado con corticoides o adicción a drogas). Nuestro caso no presentaba ningún factor que predispusiera a este tipo de infecciones, sin embargo se reinterrogó a la paciente una vez detectada la *Candida* en los cultivos y refirió haber tenido antecedentes de infección urinaria de repetición e incluso varios episodios de candidiasis.

CC-454. PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN ARTRITIS TUBERCULOSA DESTRUCTIVA. SEGUIMIENTO A 8 AÑOS

M.A. Ribau Díez, X. González Ustes, X. Conesa Muñoz, M. Andolz Montalan y J. Riera Argemí

Hospital Municipal de Badalona. Barcelona.

Introducción y objetivos: Se analiza el resultado de prótesis total de rodilla sobre artritis tuberculosa destructiva, con seguimiento a 8 años.

Material y método: Paciente de 57 años con antecedentes de enolismo intervenido de prótesis total de rodilla sobre artritis de origen

tuberculoso en el año 2004. Previo a la implantación se había realizado artroscopia con biopsia sinovial con resultado de sinovitis hipertrófica con detritus óseos y toma de muestras para cultivo sin identificación de gérmenes. En la toma de cultivo intraoperatoria se identifica *Mycobacterium tuberculosis complex*, biopsia sinovial, sinovitis reactiva con deposición de fibrina y metaplasia cartilaginosa. Se inicia tratamiento con rifampicina durante 9 meses. Intraoperatoriamente se produce rotura del ligamento lateral interno y se realiza reanclaje con grapas metálicas, colocación de yeso cruropédico y posterior rodillera estabilizadora.

Resultados: A los 3 meses posoperatorio el paciente presenta balance articular de 10-120 inestabilidad en valgo de 30°, portador de rodillera estabilizadora. A los 6 meses y 1 año no tolera rodillera y deambula sin inestabilidad, balance articular 120-0. Seguimiento a los 8 años el paciente no refiere dolor, realiza vida normal. Movilidad 120-0, con inestabilidad y apertura en valgo de 30°. Escala de Insall de 85 Radiológicamente no se aprecian signos de osteolisis ni aflojamiento en los controles realizados.

Comentarios y conclusiones: Aunque el tratamiento de elección de la artritis tuberculosa de rodilla es la artrodesis de rodilla, este caso fue tratado con prótesis de total de rodilla por la falta de diagnóstico previo. La evolución a 8 años ha sido satisfactoria con el paciente libre de enfermedad y correcta evolución de la prótesis.

CC-455. LESIÓN PERMEATIVA DEL PRIMER METATARSIANO DEL PIE. DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO

M. Mitjans Cubells, A. Toro Aguilera, M. Arimany Serratosa y J. Arias González

Hospital General de Granollers. Barcelona.

Introducción y objetivos: Determinar las dificultades en el diagnóstico etiopatogénico precoz de una lesión permeativa del primer metatarsiano, asociada a cultivos estándar negativos.

Material y método: Mujer de 67 años, con antecedentes de artritis psoriásica de larga evolución, con afectación poliarticular sometida a diversos tratamientos inmunosupresores. Dos meses antes de su ingreso, inicia dolor moderado en el pie derecho, asociado a úlcera dorsal del primer metatarsiano.

Resultados: Tratada, inicialmente, con antibioterapia empírica y ante la persistencia de cultivos negativos, se establece el diagnóstico diferencial de lesión tumoral ulcerada: tumor primario óseo, osteomielitis hematógena aguda, infección fúngica o por micobacteria. Los resultados definitivos para micobacterias llegaron a las 4 semanas desde la obtención de biopsias observando *Mycobacterium chelonae* en todas las muestras.

Comentarios y conclusiones: Ante una lesión agresiva de evolución tórpida con cultivos estándar negativos y descartada la lesión tumoral, es preciso descartar la presencia de micobacterias, pese a la lentitud, inherente al germen, en obtener resultados.

CC-456. FASCITIS NECROTIZANTE EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE BURSITIS OLECRANIANA. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Solé Florensa, J.A. Porcel Vázquez, D. Barastegui Fernández, E. Palau Sanz, G.J. Méndez Sánchez, D. Pacha Vicente, E. Cáceres Palou y J. Nardi Vilardaga

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La fascitis necrotizante es una infección de partes blandas que puede causar una rápida destrucción del tejido, necrosis y sepsis severa. El cuadro clínico inicial de la fascitis necrotizante simula una celulitis o una erisipela, incluyendo fiebre, dolor edema y eritema. Los síntomas cardinales son el dolor desproporcionado

nado a la afectación cutánea, flictenas hemorrágicas y afectación del estado general.

Material y método: Varón de 43 años que acude al servicio de urgencias por dolor en codo derecho de 6 horas de evolución. Refiere pico febril de 38.5°C. El paciente tiene antecedentes de angioedema histamínico. A la exploración física destaca un eritema en región de bursa olecraniana con edema en codo. Se decide ingreso para control evolutivo con analítica sanguínea e inicio de antibioterapia endovenosa con amoxicilina-ácido clavulánico. En las 5 horas siguientes el paciente presenta aumento del edema en brazo hasta extenderse desde la muñeca hasta el hombro, refiriendo dolor espontáneo muy intenso y presentar descenso progresivo de la tensión arterial con palidez mucocutánea. Los resultados analíticos muestran aumento de los parámetros inflamatorios y se indica TC urgente de extremidad que muestra líquido subcutáneo y en fascias, compatibles con fascitis necrotizante de predominio posterior.

Resultados: Se realizó desbridamiento urgente de extremidad a las 8 horas del ingreso. Se practicaron dos incisiones, una volar desde axila hasta palma de la mano, y una dorsal desde acromion hasta la altura de cabeza de metacarpianos, retirando tejido necrótico, tomando muestras para cultivo y practicando un lavado, aproximando los bordes con vessel-loop y curas húmedas. Posteriormente se ingresó en UCI y se inició tratamiento antibiótico empírico con piperacilina-tazobactam (4,5 g/8h ev) y clindamicina (600 mg/8h), cambiando a penicilina G sódica (2 MU/4h) + clindamicina (600 mg/8h) tras aislamiento de *S. pyogenes* en las muestras. Preciso de tres nuevos desbridamientos, consiguiendo así la negativización de los cultivos. La evolución en planta es satisfactoria, con buena evolución de las heridas y mejoría funcional de la extremidad, siendo alta hospitalaria a las 4 semanas de ingreso.

Comentarios y conclusiones: La fascitis necrotizante es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente grave, que puede pasar desapercibida en muchas ocasiones. Precisa de desbridamiento quirúrgico urgente y agresivo. Se debe sospechar por la clínica de dolor desproporcionado a las lesiones cutáneas y es rápidamente progresiva. El diagnóstico se confirma mediante, cultivos, que son necesarios para una antibioterapia dirigida, y biopsia, donde se observará necrosis. A pesar de un tratamiento correcto, es una patología con una elevada mortalidad.

CC-457. INFECCIÓN PROTÉSICA DE RODILLA POR *PASTEURELLA MULTOCIDA*

P. Míguez, S. Gil González, P. Hinarejos Gómez, J. Leal Blanquet, X. Pelfort López, F. Montserrat Ramón y L. Puig Verdí

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: *Pasteurella multocida* es un cocobacilo gram negativo presente en la orofaringe de animales sanos, que puede causar infección de tejidos blandos. El desarrollo de infección protésica por *P. multocida* es una complicación infrecuente, con casos aislados descritos en la literatura.

Material y método: Presentamos 2 casos de infección protésica por *P. multocida*. 1. Mujer de 74a con infección aguda hematógena de prótesis total de rodilla (PTR) 4a después de su implantación, con antecedente de mordedura de gato reciente. Los cultivos intraarticulares resultaron positivos para *P. multocida* y después del fracaso del tratamiento con antibioterapia requirió la realización de recambio protésico en dos tiempos. 2. Mujer de 76a con artritis reumatoide y corticoterapia con infección aguda hematógena de PTR secundaria a arañazo de gato, con cultivos positivos para *P. multocida*, un año después de su implantación. Se realizó desbridamiento quirúrgico más recambio de los componentes móviles protésicos y antibioterapia específica.

Resultados: Los dos casos presentan resolución de la infección después del tratamiento a los 4 y 1a de seguimiento respectivamente.

Comentarios y conclusiones: La infección de PTR por *P. multocida* suele ser secundaria a arañazo de gato o heridas con contacto de saliva de perro, y es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos. El tratamiento ha de ser agresivo con antibioterapia específica e intervención quirúrgica (desbridamiento vs recambio protésico).

CC-458. PSEUDOARTROSIS SÉPTICA BIFOCAL DE TIBIA TRATADA MEDIANTE INJERTO INTERTIBIOPERONEAL Y TRANSPORTE ÓSEO

S. Celi Díaz, J.L. Ezagui Bentolila, J. Cabo Cabo, J. Moranas Barrero, S. Pedrero Eluso y F. Portabella Blavia

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: se presenta un caso de pseudoartrosis séptica bifocal de tibia derecha en un paciente afecto de atrofia ósea y de partes blandas de la extremidad secuela de poliomiélitis. La pseudoartrosis fue resuelta mediante injerto intertibioperoneal del foco distal y transportación ósea a nivel del foco proximal.

Material y método: Paciente de 41 años de edad que sufrió accidente de moto en febrero de 2006 produciéndose fractura bifocal de tibia y peroné derecha abierta grado IIIA, con fragmento óseo tibial intermedio de 17 cm de longitud. Fue tratado en otro centro hospitalario de forma secuencial mediante osteotaxis tibial y posterior osteosíntesis con placa masiva tibial asociada a autoinjertos óseos. Evolucionó a osteosíntesis infectada con formación de pseudoartrosis séptica de los dos focos de fractura tibial. En marzo de 2007 fue derivado a nuestra consulta. Le realizamos injerto óseo intertibioperoneal del foco distal e intrafocal del foco proximal. La evolución fue la consolidación distal y la persistencia de la pseudoartrosis del foco proximal debido a la existencia de una zona avascular de tibia de unos 7 cm. Por ello se practicó una resección segmentaria del hueso necrótico de tibia proximal y se efectuó un proceso de osteogénesis a distracción para transporte óseo.

Resultados: A nivel de la zona de atraque del segmento transportado se estableció una pseudoartrosis la consolidación de la que se consiguió en diciembre de 2010 tras el aporte de autoinjerto óseo, aplicación de proteína morfogenética ósea (BMP2, Inductos) y osteotaxis a compresión.

Comentarios y conclusiones: La pseudoartrosis bifocal de tibia es una complicación de las fracturas de difícil tratamiento especialmente si se acompaña de un proceso séptico. En nuestro caso la asociación de dos técnicas de reconstrucción tibial, el injerto intertibioperoneal y el transporte óseo, permitieron la resolución del caso.

CC-459. OSTEOMIELITIS SUBAGUDA EN TIBIA DISTAL EN PACIENTE CON DIABETES. DECISION TERAPÉUTICA TRAS DIAGNÓSTICO

S. García Granja, R.J. García Renedo, M.A. de la Red Gallego, T. Rodríguez López y C. Santos Ledo

Hospital Marqués de Valdecilla. Cantabria.

Introducción y objetivos: La osteomielitis subaguda es una infección hematógena del hueso definida como una forma de osteomielitis no supurativa esclerosante que suele pasar desapercibida en estadios precoces. Presentamos un caso de osteomielitis subaguda que por la edad, patología asociada del paciente y localización de la misma, debe hacernos pensar en el diagnóstico y en las opciones de tratamiento.

Material y método: Varón 67 años con antecedentes personales de fumador, diabetes mellitus tipo II y arteriopatía, que presenta dolor y edema en tobillo de un mes de evolución y fiebre de 38°. No antecedente traumático. RMN: colección abcesificada en localización anteoexterna de región epifiso-metafisaria de tibia derecha en el contexto de osteomielitis. No se identificó foco primario de infección, tratándose empíricamente con vancomicina y cefotaxima, asociado a

limpieza quirúrgica. Posteriormente debido a evolución desfavorable, presentó necrosis cutánea con exposición de tendones extensores.

Resultados: Como opción de tratamiento, se valoró nueva limpieza quirúrgica junto a reconstrucción con colgajo vascularizado, para lo cual se solicitó arteriografía del miembro inferior izquierdo que objetivaba arteriopatía distal periférica no revascularizable. Debido a ello, se procede finalmente a la amputación transtibial distal, con buena resolución final.

Comentarios y conclusiones: La osteomielitis subaguda clínicamente es mucho más silente y benigna que una osteomielitis aguda, por lo cual el diagnóstico es difícil y puede retrasarse. La mayoría de pruebas disponibles serán inespecíficas, de entre ellas la RMN es la más sensible. Los cultivos son negativos en la gran mayoría de los pacientes. Respecto al tratamiento hay controversia. Creemos adecuado un tratamiento médico con antibiótico como primera línea de tratamiento y quirúrgico cuando no hay respuesta al antibiótico o existen signos radiológicos de agresividad.

CC-460. DOLOR LUMBAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN ABSCESO DE PSOAS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

S. Gozzi Vallejo, R. Romero Campuzano, I. Orradre Burusco, E. Noain Sanz, F.J. Artazcoz Iribarren y J. Martínez de Morentín Garraza

Hospital García Orcoyen. Navarra.

Introducción y objetivos: En la mayor parte de casos de dolor lumbar hay que buscar el origen en la columna vertebral, articulación sacroilíaca o coxofemoral. No olvidar que en un pequeño porcentaje deberemos buscar el origen fuera de estas estructuras. El absceso de psoas es una patología poco frecuente. Las manifestaciones clínicas son a menudo imprecisas y es frecuente un retraso en el diagnóstico. El objetivo de la presentación es mostrar un debut atípico de un absceso de psoas.

Material y método: Presentamos un varón de 69 años que acudió a urgencias en varias ocasiones por dolor lumbar de 10 días de evolución. Se inició de forma brusca tras coger un peso. Fue tratado con analgesia oral y dexametasona intramuscular. Ante la falta de mejoría el paciente fue ingresado. En el ingreso presenta un área eritematosa, a nivel paravertebral derecho y glúteo derecho. Se solicitó un TAC donde se objetivó una colección entre músculo psoas e iliaco derecho, así como 2 colecciones de la misma densidad a nivel glúteo derecho. Se instauró antibioterapia empírica y se realizó una punción percutánea guiada por TAC por el Servicio de Radiología Intervencionista obteniendo 10cc de líquido purulento y desbridamiento de ambos abscesos glúteos aislando un *Stafilococcus aureus*. La antibioterapia fue inicialmente empírica y posteriormente según antibiograma.

Resultados: El paciente presentó posteriormente un cuadro de miocarditis y meningitis con cultivo positivo de LCR para *S. aureus*. La evolución posterior fue satisfactoria, quedando una miocardiopatía dilatada residual. El TAC de control demostró la resolución del absceso.

Comentarios y conclusiones: Aunque es infrecuente, tener en cuenta un posible debut atípico de un absceso de psoas. El TAC es la prueba diagnóstica de elección. La punción- aspiración con drenaje percutáneo guiada con TAC es la técnica de elección en la actualidad.

CC-461. PREVENCIÓN DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA: ¿QUÉ PODEMOS CAMBIAR?

A. Jiménez Obach, R. Tibau Olivan, G. Lúcar López, M. Pérez Abad y J. Sánchez González

Hospital de Mataró. Barcelona.

Introducción y objetivos: Realizar una revisión sistemática de la literatura para implementar estrategias efectivas que puedan prevenir infecciones quirúrgicas.

Material y método: Hemos revisado la literatura focalizándonos en Cochrane, Pubmed y diferentes guías clínicas buscando recomendaciones basadas en la evidencia para modificar el riesgo de infección quirúrgica en ortopedia. Hemos elegido aquellas estrategias de menor coste económico para mejorar eficientemente nuestras tasas de infección.

Resultados: Hemos encontrado las siguientes recomendaciones: 1. Preoperatorias. 1.1. Depilación: tiene que ser eliminada y, cuando sea necesario, las máquinas eléctricas son mejores que las cuchillas (Grado B). 2. Perioperatorias. 2.1. Selección correcta, "timing" y dosis de antibióticos profilácticos (Grado A). 2.2. Higiene de manos: las soluciones alcohólicas son más efectivas que la clorexidina o las soluciones iodadas. Los cepillos no tienen un efecto positivo (Grado A). 2.3. Preparación del campo quirúrgico: la clorhexidina gluconato es superior a otras soluciones para proporcionar una reducción más prolongada de la contaminación de la piel (Grado A). 2.4. Ambiente de quirófano: el tráfico innecesario de gente aumenta la tasa de infección (Grado A). El flujo laminar se asocia con menor tasa de infección de heridas (Grado B). 2.5. Suturas: las suturas antisépticas con triclosán, han documentado una reducción significativa de infección en pacientes de alto riesgo (Grado A). 2.6. Drenajes: no existe evidencia que su uso prevenga la formación de hematoma, infección o dehiscencia de la herida. 2.7. Apósitos: el uso de apósitos iodados reduce la contaminación de la piel pero no parece reducir la tasa de infección quirúrgica (Grado B). La tasa de infección de los apósitos oclusivos es menor que los no oclusivos (Grado A). 2.8. Existe evidencia que las infecciones quirúrgicas puedan disminuirse realizando un control perioperatorio estricto de los niveles de glucosa (Grado A).

Comentarios y conclusiones: Podemos considerar nuevas estrategias para reducir la tasa de infección quirúrgica. De entre ellas, la correcta depilación, la correcta profilaxis antibiótica quirúrgica, la preparación del campo con Clorexidina, las soluciones alcohólicas para el lavado de manos y el uso de apósitos oclusivos son las medidas más eficientes.

CC-462. MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE LA OSTEOMIELITIS CRÓNICA DE LAS EXTREMIDADES

A. Matarranz Faya, D. Contreras Pedraza, A. Fueyo Lorente, D. Camporro Fernández, A. Pérez Arias y E. García del Pozo

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Osteomielitis es la inflamación de origen infecciosa del hueso que produce su destrucción, y se considera crónica cuando dura más de 6 semanas. La osteomielitis postraumática se produce con mayor frecuencia en extremidad inferior. El germen más habitual es el *Staphylococcus aureus*.

Material y método: Basándonos en los pacientes con osteomielitis crónica tratados en nuestro servicio en los últimos diez años presentamos un algoritmo diagnóstico-terapéutico de esta patología cuyo manejo debe ser multidisciplinar.

Resultados: La antibioterapia será inicialmente intravenosa seguida de varias semanas más de antibioterapia vía oral. Lo más importante del tratamiento es el desbridamiento radical de todos los tejidos infectados y necrosados. A continuación se llevará a cabo la reconstrucción. En ocasiones es necesario realizar la revascularización de la extremidad. La reconstrucción ósea se realiza si tras el desbridamiento óseo se produjo inestabilidad ósea. Defectos óseos pequeños pueden ser manejados con injertos óseos convencionales. Aquello de más de 6 cm requieren colgajos óseos vascularizados. A la hora de realizar la cobertura de tejidos blandos los colgajos libres tienen la ventaja de cubrir defectos mayores, tener mayor vascularización, poder aportar a la vez hueso y tejidos blandos y ser más adecuados para defectos en tercio inferior de la pierna. Los colgajos locales son más sencillos de

realizar pero tienen menor tamaño, menos arco de rotación, peor vascularización.

Comentarios y conclusiones: 1. La osteomielitis crónica es difícil de erradicar, siendo necesario un manejo multidisciplinar. 2. El paso clave es el desbridamiento radical de todos los tejidos afectados. 3. Para la reconstrucción de tejidos blandos los colgajos libres son más complejos de realizar que los colgajos locales pero presentan varias ventajas. 4. Cuando tras el desbridamiento óseo se cree una inestabilidad se realizará reconstrucción y fijación ósea.

CC-463. *CORYNEBACTERIUM STRIATUM* COMO AGENTE CAUSAL DE INFECCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. SERIE DE 3 CASOS

C. Mengis Palleck, S. Sánchez de las Matas Pena, B. Sotelo Sevillano y J. García Donaire

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La infección es la complicación principal y más temida de la artroplastia de rodilla. Es la primera causa de revisión de la misma, y provoca una disminución importante de la calidad de vida así como un alto coste económico. *Corynebacterium striatum* es un bacilo gram positivo aerobio y anaerobio facultativo que ha sido considerado como un germen inocuo, saprófito de piel y mucosas de individuos asintomáticos. En la última década se han descrito cuadros clínicos asociados a este patógeno como endocarditis, neumonía, artritis séptica de origen hematógeno, exacerbación de EPOC, etc. Como factores de riesgo se han relacionado la hospitalización prolongada, estados de inmunosupresión, úlceras crónicas, diabetes, EPOC y enfermedad cerebrovascular. En los últimos años se ha calificado como patógeno emergente en este subgrupo de pacientes. En nuestro hospital hemos documentado 3 casos de infección de prótesis total de rodilla por *C. striatum*. El objetivo es analizar el tipo de infección protésica, el método de transmisión, la resistencia del patógeno y la solución dada al problema.

Material y método: Estudio descriptivo de 3 casos consecutivos de infección de prótesis total de rodilla por *C. striatum* acontecidos en los últimos 6 meses. El diagnóstico se obtuvo a través de cultivos de muestras articulares (artrocentesis y/o intraoperatorios). La identificación se llevó a cabo mediante el sistema API-Coryne (Biomérieux). Para la determinación del espectro de sensibilidad y resistencia se siguieron las normas del CLSI. La infección protésica se clasificó según Tsukayama y cols en: a) Tipo I: infección postquirúrgica precoz (< 1 mes tras la intervención); b) Tipo II: Infección postquirúrgica tardía (entre 1 mes y 1 año tras la intervención); c) Tipo III: infección hematógena (> 1 año tras la intervención sin síntomas); y d) Tipo IV: cultivo positivo sin sospecha previa de infección.

Resultados: Caso 1: varón de 80 años con antecedentes personales de deterioro cognitivo de un año de evolución, glaucoma, estreñimiento, intervenido de recambio valvular con colocación de prótesis valvular aórtica y marcapasos hace 6 años. Se intervino de artroplastia total de rodilla derecha el día 16/11/11, con evolución tórpida, enrojecimiento y aumento de temperatura local a nivel de la rodilla, motivo por el que acudió al Servicio de Urgencias el 6/2/12. Se realizó una artrocentesis de la que se obtuvo un líquido purulento, compatible con infección articular. En el cultivo creció *Corynebacterium striatum*, realizándose el diagnóstico de infección posquirúrgica tardía de prótesis total de rodilla derecha. El espectro de resistencia según antibiograma fue el siguiente: resistente (R) a rifampicina, imipenem, aminoglucósidos, quinolonas, clindamicina y cloranfenicol; con sensibilidad (S) a macrólidos, tetraciclina y linezolid. Se realizó tratamiento quirúrgico con recambio en dos tiempos. Caso 2: mujer de 74 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución complicada con retinopatía diabética, artrosis, osteopenia e HTA. Se intervino en julio/2010 con colocación de prótesis total de rodilla izquierda, con mala evolución posterior de la herida quirúrgica. A los

3-4 meses comenzó con signos inflamatorios, respondiendo parcialmente a levofloxacino. En diciembre/2011 comienza con intenso dolor en rodilla izquierda, y se diagnostica de infección postquirúrgica tardía de prótesis de rodilla izquierda. Se propuso recambio protésico en dos tiempos, con crecimiento en los cultivos intraoperatorios de *Corynebacterium striatum*. Perfil de antibiograma complejo: Resistente a rifampicina, penicilina, aminoglucósidos, quinolonas y fosfomicina; S a vancomicina, macrólidos y linezolid. Caso 3: mujer de 55 años con antecedentes de prótesis total de rodilla bilateral (la segunda en 2005), sustitución valvular mitral mecánica anticoagulada con dicumarínicos, lupus eritematoso sistémico de 30 años de evolución con manifestación articular severa, dérmica y cardíaca, hallux valgus intervenido, migraña clásica e hipercolesterolemia. Presentó infección de prótesis total de rodilla izquierda vía hematógena (tipo III) en septiembre de 2011, por *Corynebacterium Striatum*, originada en una celulitis de miembro inferior izquierdo. Se trató quirúrgicamente con recambio protésico en 2 tiempos y tratamiento durante 6 semanas con linezolid. El perfil del antibiograma fue: R a rifampicina, aminoglucósidos, quinolonas, y macrólidos. S a tetraciclina, vancomicina y linezolid.

Comentarios y conclusiones: La aparición de casos de infección de prótesis total de rodilla por *Corynebacterium Striatum* en nuestro servicio está acorde con el aumento de los mismos evidenciado en la bibliografía científica. La vía de entrada fue la hematógena (1) y el acto quirúrgico (2). Lo más interesante de este tipo de infección nosocomial es la dificultad tanto para el diagnóstico microbiológico como para establecer un tratamiento apropiado, debido al perfil de resistencias complejo de dicho microorganismo. Entendemos como patógeno multirresistente la resistencia a tres o más antibióticos de diferentes familias. *C. Striatum* se engloba dentro de este grupo, con dificultad para establecer una pauta antibiótica satisfactoria con la batería antibiótica disponible. Actualmente no existe en la literatura recomendaciones respecto al tratamiento más adecuado en estos procesos. El quirúrgico propuesto para los tres casos fue la retirada de la prótesis, seguida de la colocación de espaciador y tratamiento antibiótico 4-6 semanas, con suspensión de la antibioterapia y nueva artroplastia. Este es el tratamiento de elección en las infecciones protésicas de rodilla tipo II y en las tipo I y III con síntomas durante más de 4 semanas, aflojamiento del implante o microorganismo no sensible a antibióticos orales.

CC-464. AMPUTACIÓN EN INFECCIÓN PERIPROTÉSICA REFRACTARIA

D.V. Velarde Garrido, J. Cervera Irimia, P. Romera Olivera, F. Tomé Bermejo, F. Cotón Cabañero, J. Fajardo Romero, A. Santacruz Arévalo y D. Gómez Garrido

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Revisar las opciones terapéuticas e indicaciones quirúrgicas en pacientes con infecciones periprotésicas, dependientes de corticoides o inmunomoduladores por enfermedades autoinmunes como la púrpura trombocitopénica inmune (PTI). Dada la escasa evidencia en la literatura, se propone un protocolo de investigación sobre los factores de riesgo de amputación en estos casos.

Material y método: Se expone el caso de una paciente de 76 años con antecedentes de DM2, HTA y PTI, alérgica a betalactámicos y pirazolonas; que desarrolla sucesivas infecciones periprotésicas en la rodilla izquierda, durante aproximadamente dos años. Debido a su patología (PTI) es corticoide dependiente, y requiere preparación especial para poder ser sometida a intervenciones quirúrgicas. Tras dos recambios, dehiscencia persistente de la herida quirúrgica (tratada con terapia de vacío y curas en quirófano), pérdida de stock óseo, y del aparato extensor se decide realizar una amputación supracondílea, hasta el nivel de tejidos viables. Se realiza una revisión de la literatura.

Resultados: Tras la amputación la paciente ha evolucionado favorablemente durante 5 meses de seguimiento, a pesar de requerir igual tratamiento con corticoides por su patología de base. Dada la escasez y ambigüedad de la literatura científica sobre este tema, proponemos un protocolo de investigación para un estudio observacional sobre los factores de riesgo de amputación en este tipo de pacientes.

Comentarios y conclusiones: Existe controversia en cuanto a la superioridad de alguna modalidad de tratamiento de las infecciones periprotésicas en pacientes que requieran administración crónica de corticoides o inmunomoduladores, incluyendo la indicación de amputación. Sólo la investigación nos permitirá reducir la morbilidad prolongada y el alto coste al sistema sanitario relacionadas con esta patología.

CC-465. BURSITIS TROCANTÉREA TUBERCULOSA. UN FÁCIL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA SI SE CONOCE LA ENTIDAD

L.J. Díez Romero, R. Marcos Mesa, C.I. Persson Martín, F. Izquierdo García y L.R. Ramos Pascua

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: La tuberculosis, continúa siendo la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en el mundo y su prevalencia sigue en aumento. A pesar de ello, la tuberculosis músculo-esquelética es, infrecuente (1-3% de todas las tuberculosis). La bursitis tuberculosa del trocánter mayor es muy rara (aproximadamente 1%). El objetivo de esta comunicación es presentar tres casos clínicos que inicialmente no se sospecharon, siendo este diagnóstico relativamente sencillo conociendo la entidad, y su tratamiento.

Material y método: Presentamos 3 pacientes mujeres (edad media de 61 años), remitidas a nuestra Unidad de Tumores Músculo-Esqueléticos por una imagen radiolúcida trocantérea que se sospechaba de naturaleza tumoral. Completado el estudio local en todos los casos, con analítica, gammagrafía, TC y RM, la sospecha previa a la confirmación anatómo-patológica y microbiológica fue de bursitis trocantérea tuberculosa. En todos los casos se realizó bursectomía y curetaje de la osteolisis trocantérea, instaurándose el tratamiento específico antituberculoso por parte del Servicio de Medicina Interna, que se mantuvo aproximadamente un año. El tiempo de seguimiento de los pacientes fue de 3 años en dos de ellos y de 12 en el tercero.

Resultados: En la actualidad, ningún paciente refiere dolor y dos deambulan sin cojera y sin ayuda de bastones, con buena función del aparato abductor y realizando una vida absolutamente normal. La tercera paciente deambula con dificultad por la amputación parcial de un pie por motivos isquémicos. En ningún caso ha habido reactivación de la enfermedad tuberculosa.

Comentarios y conclusiones: Una osteolisis permeativa erosiva en el trocánter mayor asociada a una bursitis trocantérea en un paciente adulto es característica de una bursitis trocantérea tuberculosa. La resección de la bursa y el curetaje del trocánter, con el pertinente tratamiento antibiótico, suele deparar un buen resultado funcional y la curación de la infección.

CC-466. TASAS DE INFECCIÓN POSTARTROPLASTIA. NO NOS DEPRIMAMOS

M. Pérez Abad, G. Lúcar López, R. Tibau Olivan, A. Jiménez Obach y G. Bucci Bucci

Hospital de Mataró. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los trabajos publicados durante muchos años por diversos autores han dado tasas de infección significativamente más bajas que las que encontramos en nuestra práctica clínica, dándonos una idea equivocada de nuestra calidad asistencial

Material y método: Se han comparado los datos de las tasas de infección aguda postartroplastia obtenidas de 1) revisión bibliográfica de trabajos con datos retrospectivos de "un sólo centro" 2) Registros de artroplastias o trabajos multicéntricos 3) Programa de vigilancia VINCat 4) nuestro propio centro siguiendo y sin seguir los criterios VINCat.

Resultados: Los datos de infección de "un solo centro" han sido para cadera entre 0,9% y 3%, con mayoría trabajos en valores inferiores al 1,5% y para rodilla entre 0,39% y 3,3% con la mayoría de trabajos en valores inferiores al 2% Los datos de registros y trabajos multicéntricos han sido para cadera entre 1,1% y 4,86% y para rodilla entre 1,96% y 5,15% Los datos del programa de vigilancia VINCat han variado para cadera del 2,6% (2007) al 3,6 (2008) y para rodilla del 3,1% (2008) al 3,6% (2007) En nuestro centro, en los mismos años y con los mismos criterios que el programa VINCat hemos tenido unas tasas para cadera entre 0,94% (2008) y 3,37% (2009) y para rodilla de 0,86% (2007) y 2,59% (2009). Si no se usan los criterios de exclusión del programa, las tasas de infección pueden llegar a ser más altas (en nuestro caso, 7,8% para cadera en el año 2009).

Comentarios y conclusiones: Los programas de vigilancia de incidencia de infecciones postartroplastia dan valores más altos que los valores de < 1,5% para cadera y de < 2% para rodilla que creíamos estándar. Se han de tener en cuenta estos nuevos valores para poder valorar nuestra calidad asistencial.

CC-467. EL ESPACIADOR DE CEMENTO ARTICULADO IMPREGNADO DE ANTIBIÓTICO COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO EN LAS OSTEOMIELITIS DESTRUCTIVAS DE HOMBRO

S. Haddad, P. Corona Pérez-Cardona, M.M. Reverté Vinaixa, A. Benítez Díaz, D.A. Muñetón Herrera, C. Amat Mateu y X. Flores Sánchez

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La infección articular profunda y destructiva es la complicación más temida de las artroscopias de hombro. Cuando ocurre, presenta el reto de erradicar la infección preservando la función articular. Nuestra experiencia es limitada a centros de referencias, con casos concretos y extrapolando de una experiencia más amplia con las extremidades inferiores. Presentamos un caso a modo ilustrativo, con una solución insólita teniendo en cuenta las peculiaridades del hombro.

Material y método: Señora de 71 años, derivada a nuestro centro por una fistula crónica y activa en su hombro derecho, secundaria a una artroscopia, e intervenida en múltiples ocasiones por complicaciones infecciosas posteriores. A la visita, la paciente estaba afebril, con un estado general preservado. No tenía leucocitosis pero sí un VSG de 53 mm/h. Estudiada mediante radiografías simples, TC y RM, presentaba un aplastamiento y borramiento articular severo, acompañado con una atrofia muscular avanzada y signos compatibles con osteomielitis crónica y destructiva de la articulación glenohumeral. Se decidió conjuntamente con la paciente realizar una artroplastia de resección humeral y la implantación prolongada/definitiva, de un espaciador articular impregnado de antibióticos.

Resultados: Al último control 15 meses después, estaba sin dolor, con un rango de movilidad satisfactorio: 60° flexión, 70° abducción, 30° RE y RI a T10. Tenía una puntuación de 70 al ASES y un SST de 5. Su Quick-DASH progresó de 20.90 (a los 6 meses) a 15,90 en el último control. Sus marcadores infecciosos habían normalizado y no mostraba signos de aflojamiento o desplazamiento del espaciador.

Comentarios y conclusiones: La osteomielitis destructiva del hombro es excepcional y sigue siendo un reto sin consenso terapéutico a pesar de las múltiples opciones disponibles. La artroplastia en dos tiempos es relativamente nueva, y las recomendaciones técnicas limitan el uso del espaciador a 180 días. Nuestra paciente, así como los pocos casos reportados, confirma que el hombro, al no ser una

articulación de carga, no permite una extrapolación estricta de la extremidad inferior, por lo cual la opción de un tratamiento definitivo con espaciador articulado puede ser válida. Cuando fracasa, no impide progresar a una artroplastia en dos tiempos. Estudios de la superficie articular cemento-hueso de baja carga son todavía necesarios. Esos permitirían cambiar el paradigma de tratamiento ahorrando una agresión quirúrgica mas, en un hombro debilitado, en un paciente comprometido.

INVESTIGACIÓN (CC-468-CC-474)

CC-468. ESTUDIO DE LA REGENERACIÓN ÓSEA DE LOS DEFECTOS DE HUESO LARGO APLICANDO UN BIOMATERIAL

A.I. Torres Pérez, M. Fernández Fairen, M.A. Suárez Suárez y A. Murcia Mazón

Hospital Universitario Santa Lucía. Murcia.

Introducción y objetivos: El tratamiento de los defectos óseos segmentarios extensos ocasionados por un traumatismo o por una resección tumoral, representa un problema no del todo resuelto en cirugía ortopédica reconstructiva. Los procedimientos más comunes usados en la actualidad para dicho propósito son la transferencia de injerto óseo pediculado, los injertos óseos (autoinjertos y aloinjertos) y la osteogénesis por distracción. Sin embargo, cada uno de estos procedimientos tiene sus limitaciones y desventajas. Así, la transferencia de injerto óseo vascularizado es un procedimiento complejo, y puede fracasar debido a trombosis venosa o isquemia arterial. El empleo de hueso autólogo puede producir morbilidad en el sitio donante así como disconfort del paciente, aportando, además, una cantidad limitada de hueso. Cuando se utilizan aloinjertos óseos frescos y congelados se plantea el problema de la antigenicidad así como una actividad biológica reducida que origina un descenso en la incorporación de los mismos. La osteogénesis por distracción puede generar la infección de los pines, fractura, retardo de consolidación, y pseudoartrosis. La regeneración tisular guiada está basada en la hipótesis de que los diferentes tejidos tienen diferentes capacidades intrínsecas para migrar en un defecto tisular durante el proceso de curación. Consiste en el empleo de una membrana tubular que rodea el defecto. Dicha membrana actuaría manteniendo los tejidos blandos circundantes fuera del defecto óseo, puenteando dicho defecto, actuando como andamiaje para el periostio regenerador y creando un espacio cerrado con elevada densidad de precursores celulares osteogénicos así como una alta concentración de proteínas morfogenéticas óseas, lo cual permitiría que pudieran desarrollar su función específica. El problema de la regeneración ósea tisular guiada es el colapso de la membrana interpuesta. Como solución posible a este hecho, pretendimos estudiar los resultados en la regeneración ósea al interponer en el defecto óseo un material biocompatible y regenerador con una estructura estable como el titanio trabecular. Se propuso la siguiente Hipótesis de trabajo: El titanio poroso puede ser utilizado como material estabilizador y de fijación interna entre los extremos de un defecto óseo a la vez que facilita per se la regeneración ósea de éste. De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio en defectos óseos en radio de conejo donde se implantó una barra de titanio trabecular, proponemos un modelo de regeneración ósea guiada para patología ósea en humanos, en la cual, el tejido afecto es de mala calidad, no viable, o bien

en lesiones tumorales en las cuales es necesaria la resección de una cantidad importante.

Material y método: Se llevó a cabo un estudio experimental en conejos, prospectivo, de asignación aleatoria (se creó una tabla de números aleatorios) y evaluación ciega (el radiólogo al hacer el scanner desconocía el tiempo de seguimiento del conejo previo al sacrificio, recibiendo una muestra identificada con un código y el lado intervenido), para valorar la regeneración ósea obtenida en defectos segmentarios, ósteo-periostícos, de 10 mm de longitud, creados en el tercio medio de la diáfisis del radio de ambas extremidades anteriores de 10 animales. Los ensayos se llevaron a cabo de acuerdo con: La Directiva 86/609/CEE del 24 de noviembre de 1986 y El Real Decreto 223/1988/BOE del 14 de marzo de 1988 del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación sobre la protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos. El investigador estaba homologado para trabajar con animales de experimentación en las categorías B y C en los términos del Real Decreto 1201/2005 del 10/10/2005. Se eligió este tamaño de muestra, localización y tamaño de defecto porque son los habitualmente utilizados en la literatura científica en estudios sobre regeneración ósea en hueso largo de conejo.

CC-469. EFECTO DE LA INYECCIÓN INTRAARTICULAR DE PLASMA ENRIQUECIDO CON PLAQUETAS (PRP) EN LA OSTEOCONDritis. ESTUDIO PRELIMINAR EXPERIMENTAL EN CONEJOS

J. Cervero Suárez, L. Benito Garzón, J.A. de Pedro Moro, F. Collía Martín, A. Pérez Caballer y F. Collía Fernández

Hospital San Agustín. Asturias.

Introducción y objetivos: La degeneración del cartílago articular asociada a traumatismos y envejecimiento originan con frecuencia lesiones crónicas, debidas en parte al escaso potencial regenerativo del tejido cartilaginoso. Estas lesiones osteocondróticas tienen una gran importancia clínica y social. Al objeto de tratar estas lesiones se han diseñado diversas estrategias terapéuticas que incluyen biomateriales, factores de crecimiento, células madres y productos derivados de las plaquetas.

Material y método: En nuestro trabajo se utilizaron conejos New Zealand (n = 12). A seis animales se les practicó bajo anestesia general y en condiciones estériles una incisión medial en la rodilla. Posteriormente, mediante una incisión parapatelar externa, se accedió a la cavidad articular. Se retiró la grasa de Hoffa para tener un mejor acceso a los cóndilos femorales. En cada uno de los cóndilos se realizó una lesión osteocondral, mediante un punzón quirúrgico, de 1 mm de diámetro y 2 mm de profundidad. Una vez practicada la lesión, se procedió al cierre de la articulación mediante puntos de sutura. Una vez cerrada la articulación se rellenó la misma con suero fisiológico, constituyendo estos animales el grupo control, 3 animales fueron sacrificados a las 2 semanas y otros tres a las 4 semanas. A los otros seis animales se les realizó el mismo protocolo quirúrgico, pero el relleno articular se realizó con plasma enriquecido con factores de crecimiento plaquetario obtenidos por centrifugación a partir de sangre del mismo conejo, estos animales fueron sacrificados a las 2 (n = 3) y 4 (n = 3) semanas. Se obtuvieron muestras que incluían la lesión que fueron fijadas en formaldehído al 10%, decalcificadas, incluidas en parafina y cortadas a 10 micras. Las secciones obtenidas se tiñeron con hematoxilina/eosina y fueron examinadas según la escala de O'Driscoll (J Bone Joint Surg. 1981;68-A:1017-35), que incluye, la naturaleza del tejido predominante en la lesión, regularidad de la superficie, integridad estructural, vinculación al cartílago adyacente y nivel de la superficie del tejido formado.

Resultados: La principal diferencia entre el grupo control y el experimental residió en la naturaleza del tejido predominante en la lesión,

mesénquima, en el grupo control y tejido cartilaginoso en el grupo experimental.

Comentarios y conclusiones: El relleno articular con plasma enriquecido con plaquetas, potencia hasta las cuatro semanas la regeneración del cartilago articular en lesiones osteocondróticas experimentales en conejos.

CC-470. PLAN DE MEJORA PARA EL USO DE INJERTO DE CABEZA FEMORAL DE DONANTE VIVO

M.C. Torrejón de la Cal, M.A. Marín Aguado, H. Valencia García, A. López Hualda, A.M. Ferrete Barroso, F. Panizo Mota, R.M. Egea Gámez y H. Fahandezh-Saddi Díaz

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: Proponemos un plan de mejora para la obtención y viabilidad de cabezas femorales de donante vivo tras revisión de 13 años en el HUFA.

Material y método: Revisión retrospectiva (13 años) en el HUFA, sobre cabezas femorales de donante vivo en cirugías de PTC primaria. Analizamos los implantados, los desechados y su causa y los que aún permanecen en el Banco de Huesos.

Resultados: De 210 cabezas femorales obtenidas, 42% fue utilizado (90 cabezas), 44% fue desechado y 13% se encuentra aún en reserva aptas para su distribución. De las desechadas (94), 34 piezas, (16% del total) se debió a contaminación, 38 piezas (18% del total) a enfermedades sistémicas (antecedentes de cáncer, serologías positivas) o locales (3 osteonecrosis) y 22 piezas (10%) a fallos logísticos del proceso (falta de consentimiento del donante, falta de algún test serológico o microbiológico, ausencia de estudio anatomopatológico). La cifra de contaminación fue similar al 5-20% de la mayoría de las series. Consideramos que un 55% de piezas no utilizables por otros motivos (60 piezas, 28%) son una importante carga de trabajo y coste que debe intentar mejorarse.

Comentarios y conclusiones: El injerto ideal es osteoinductivo, osteoconductor, osteogénico y con propiedades mecánicas. Ante el incremento de demanda, los bancos de tejidos deben buscar nuevas formas de obtención, pero garantizando siempre un tejido seguro. Las complicaciones del trasplante alogénico son no-unión, infección bacteriana o transmisión de enfermedad vírica. El banco responsable debe intentar evitar aquellas que dependan del proceso de selección, almacenaje o distribución. En ocasiones las piezas extraídas no cumplen todos los requisitos y deben desecharse. Nuestro plan de mejora incluye una exigente selección del paciente, técnica quirúrgica y embalaje asépticos rigurosos para garantizar un injerto seguro. La implicación del personal permite disminuir los "fallos de logística" y los gastos generados y convertir en razonable el coste económico del procedimiento.

CC-471. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA DEGRADACIÓN "IN VITRO" DE DIFERENTES ÁCIDOS HIALURÓNICOS

J.G. Prieto Fernández, R. Real Fernández, V. Conde Medina, M. La Nuez García y J. Sánchez Lázaro

Universidad de León.

Introducción y objetivos: Dentro de las modificaciones biológicas que se producen en la artrosis, hay una pérdida de la elasticidad y viscosidad del líquido sinovial articular. El ácido hialurónico (AH) se reduce y degrada, perdiendo su función lubricadora y amortiguadora. La restauración de su función normal y la reducción del dolor son objetivos buscados con el uso de la viscosuplementación intraarticular con AH. El objetivo de este estudio es determinar la degradación de diferentes AHs utilizados terapéuticamente en un modelo "in vitro" de

estrés oxidativo que puede ser un fiel reflejo de la situación inflamatoria articular en la artrosis.

Material y método: Se tomaron muestras de los siguientes AHs: Durothane®, Hyalane®, Jonexa®, Monosvisc®, Ostenil Plus®, Suplasyn 1 Shot®, Synocrom Forte® y Synvisc One®, a los que se le añadió EDTA y CuSO₄ y éstas se incubaron 20-24 horas a 37 °C. La valoración de la degradación se efectuó añadiendo peróxido de hidrógeno y se realizaron sucesivas determinaciones a los: 5; 10; 20; 30; 45; 60; 75; 90; 105; 120; 150; 180; 210; 240; 270 y 300 min. Las muestras se analizaron por cromatografía de exclusión molecular (columna Ultrahydrogel TM 2000) y se cuantificó el peso molecular (PM) y el porcentaje de degradación del AH.

Resultados: El análisis de los % de PM remanentes ponen de manifiesto que la degradación por radicales hidroxilo tras 300 min de reacción, sigue en los distintos AHs estudiados la secuencia siguiente: Durothane (8,47%) < Monovisc (13,42%) < Jonexa (17,49%) < Synocrom Forte (17,80%) < Suplasyn 1 Shot (23,23%) < Ostenil Plus (23,76%) < Hyalane (24,98%) < Synvisc One (31,77%)

Comentarios y conclusiones: No todos los AHs disponibles resisten en igual medida la degradación. Los valores de degradación oscilan entre < 10% para Durothane® hasta > 30% para Synvisc One®. La mayor resistencia a la degradación puede estar ligada a la mayor permanencia intraarticular y una mayor duración del efecto deseado.

CC-472. CREENCIAS, ESTADO DE SALUD Y RESULTADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 12 MESES DE SEGUIMIENTO

D. Reategui Villegas, J.M. Segur Vilalta, L. Lozano Lizarra, S. Sastre Solsona, E. Núñez Juárez, G. Claret García, A. Sauló Aránega y M. Nuñez Juárez

Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción y objetivos: Estudios previos refieren que un número no despreciable de pacientes (17-30%) tras ser sometidos a artroplastia total de rodilla (ATR) no están satisfechos con el resultado, al creer que su dolor o incapacidad funcional mejoraría más o que la recuperación sería menos dificultosa. Las creencias son motivadoras de comportamientos, siendo el componente cognoscitivo una de sus principales características, es decir, "lo que la persona sabe o cree saber". Es conocido que las conductas son factores que influyen en el estado de salud y se ha descrito que en las enfermedades del aparato locomotor el grado de comportamiento/adhesión (recomendaciones pactadas entre el profesional y el paciente) para seguir el régimen terapéutico suele ser bajo, por lo que este puede perder eficacia. Así, en el caso de la ATR, en el que la necesidad de que el paciente participe de forma activa en su terapia, es preciso un alto grado de adhesión para obtener el mejor resultado posible. Por tanto, conocer, hasta qué punto los pacientes creen que su comportamiento puede influir en el resultado final de la ATR se muestra de interés. **Objetivos:** observar si la creencia en que el comportamiento tiene influencia sobre el estado de salud se relaciona con mejores resultados, en términos de calidad de vida (CV), en pacientes con artrosis de rodilla a los 12 meses de ser sometidos a artroplastia total de rodilla.

Material y método: Estudio prospectivo de 12 meses de seguimiento. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Para determinar la opinión de los pacientes sobre la influencia entre su comportamiento y el resultado de la ATR se utilizó la pregunta "¿Cree usted que su comportamiento puede influir en su estado de salud?" con 5 categorías de respuesta (escala tipo Lickert): totalmente de acuerdo: 1; bastante de acuerdo: 2; no lo sé: 3; bastante en desacuerdo: 4; totalmente en desacuerdo: 5. El estado de salud se evaluó mediante los cuestionarios de CV, SF-36 y WOMAC. Se realizó un modelo logit multinomial en el que se incluyó, la edad, el género, el nivel educativo y el índice de masa corporal (IMC).

Resultados: 98 pacientes, edad media 70,39 (DE 7,2); 82% mujeres. El 75% no tenía estudios o estos eran básicos. IMC 32,74 (DE 5,6). En cuanto a la creencia sobre la influencia del comportamiento sobre la salud el 57% respondió que “no sabía” y el 15% que “no”. El modelo logit multinomial mostró que los pacientes que estaban en desacuerdo en que su comportamiento pueda influir en su estado de salud presentaron peores resultados, tanto en los componentes físico y mental del SF-36 como en la puntuación total del WOMAC ($p < 0,02$), a los 12 meses de la ATR. La edad, el género y el IMC no fueron estadísticamente significativas en ninguna de las categorías consideradas sobre el comportamiento.

Comentarios y conclusiones: El elemento cognoscitivo de las creencias en cuanto a la influencia del comportamiento sobre la salud es muy bajo. Los pacientes que creen que su salud depende de su comportamiento presentan mejores resultados (puntuaciones SF-36 y WOMAC) a los 12 meses de la ATR que aquellos que no creen en su influencia. Esto muestra la importancia de las creencias y la necesidad de que los profesionales de la salud diseñen estrategias educativas que las contemplen para favorecer comportamientos que mejoren los resultados terapéuticos.

CC-473. EFECTO IN VIVO DE ANESTÉSICOS LOCALES EN ARTROSCOPIA DE RODILLA

J. Cobo Molinos, M. Molina Martínez, M. Poncela García y A.D. Delgado Martínez

Universidad de Jaén.

Introducción y objetivos: La administración intra-articular de anestésicos locales al finalizar la intervención se utiliza habitualmente para mejorar la analgesia postoperatoria. En la actualidad, el analgésico más utilizado es la bupivacaína 0,5% (20 mL). Sin embargo, varios estudios recientes han demostrado la exposición a bupivacaína puede provocar necrosis del cartílago articular, de forma irreversible. Esta condrotoxicidad se ha demostrado que es dosis y duración dependiente, de manera que a mayor dosis y mayor tiempo de exposición, la tasa de necrosis es mayor, en estudios in vitro. Sin embargo, in vivo, el fármaco sólo mantiene su concentración intraarticular cuando se administra mediante perfusión continua. Si se administra en una sola dosis postoperatoria, la concentración del mismo se supone que va disminuyendo progresivamente, por efecto lavado del líquido sinovial, sangre, etc., aunque esto no ha sido valorado hasta el momento en ningún artículo publicado. El objetivo de este trabajo es comprobar la tasa de aclaramiento del anestésico local en la rodilla de pacientes sometidos a una artroscopia de rodilla, para comprobar si el uso de una dosis única de anestésico local es segura para el cartílago articular.

Material y método: Se reclutaron 12 pacientes programados para artroscopia de rodilla con anestesia local. El estudio fue aprobado por el comité de ética. Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes. La anestesia durante la artroscopia se realizó mediante infiltración de una solución de 20 cc realizada con 10 cc de mepivacaína 2% y 10 cc de bupivacaína 0,5% con adrenalina (1:200.000), instilando 5 cc en cada uno de los dos portales artroscópicos y 10 cc intraauricular. Tras 10-20 minutos se realizó la artroscopia, y durante la misma se utilizó suero fisiológico de lavado con adrenalina (1:300.000). Al finalizar la intervención, se extrajo todo el líquido de lavado de la rodilla y se inyectó intraarticularmente por el portal anterolateral 20 cc de bupivacaína 0,5% con adrenalina (1:200.000). A todos los pacientes se les extrajo una muestra de 1 ml de líquido sinovial en diversos tiempos según el grupo de estudio, distribuido al azar: 0 min (control), 15 min, 30 min, 60 min. Las muestras recogidas en quirófano fueron transportadas a 4° hasta su análisis en laboratorio, no retrasándose este análisis más de seis horas tras la recogida de la muestra. El análisis

de la concentración del fármaco en las muestras de líquido sinovial según el tiempo, se realizó por medio de espectrofotometría Uv/Vis. a una longitud de onda de 230 nm, comparando la absorbancia de las muestras entre tiempo 0 (control) y los diferentes tiempos de exposición (15, 30 y 60 min).

Resultados: La concentración de bupivacaína 0,5% disminuyó a 61,6% en el minuto 0 (control) por dilución, en el minuto 15 fue de 57,5%, en el 30 de 55,8% y a los 60 minutos de 40,6%.

Comentarios y conclusiones: Las concentraciones de bupivacaína intra-articular disminuyen drásticamente entre el minuto 30 y 60 (15,1%). Si lo comparamos con los estudios in Vitro que demuestran que la bupivacaína es condrotóxica con tiempos de exposición superiores a 60 minutos, nuestro estudio demuestra que el uso de bupivacaína 0,5% 20 cc como inyección única tras cirugía artroscópica es seguro. Esto concuerda con la experiencia clínica y proporciona una explicación razonable sobre la discrepancia existente entre estudios in vitro e in vivo.

CC-474. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL NERVO PERIFÉRICO MEDIANTE CONDUCTOS REABSORBIBLES EN LESIONES CON DEFECTO MENOR A 30 MM

A. Leiva Gea, C. Torres Díez, A. Fernández Moya, J. Fernández Martín, S. Cañada Oya y M. Cuadros Romero

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La lesión traumática del nervio periférico con pérdida de continuidad puede provocar una situación incapacitante de la zona afecta a consecuencia de la denervación de la misma. Tradicionalmente se considera el injerto nervioso autólogo como el tratamiento de elección para la cirugía reconstructiva del sistema nervioso periférico. Pero debido a los efectos indeseados que acontecen en la zona donante, surgen alternativas de tratamiento como el uso de biomateriales reabsorbibles que actúan como conductos nerviosos. El objetivo de dicho estudio es valorar la eficacia del uso de dichos conductos en lesiones del nervio periférico en miembro superior con un defecto menor a 30 mm como alternativa al injerto nervioso.

Material y método: Serie de 30 pacientes diagnosticados de lesión nerviosa periférica por diferente etiología y con un defecto de longitud menor de 30 mm. Fueron tratados mediante microcirugía reconstructiva con conductos nerviosos reabsorbibles en miembro superior. Se excluyeron aquellas lesiones con un defecto mayor a 30 mm y aquellas en las que se realizó sutura término-terminal. Todas las lesiones fueron tratadas por un único cirujano entre enero de 1998 y agosto de 2011. Se realizó una evaluación pre y postoperatoria del déficit motor, sensitivo (tacto ligero, vibración y discriminación entre dos puntos), dolor (escala visual analógica), dolor regional complejo, rigidez articular (rango de movilidad), lesiones asociadas y pruebas complementarias como el electromiograma.

Resultados: Se analizaron 30 pacientes (22 varones y 8 mujeres) con una edad media de 34 años que presentan lesiones en nervios periféricos con un defecto medio de 22 mm (8-28 mm). Fueron tratados con conductos nerviosos reabsorbibles de ácido poliglicólico de una longitud media de 25 mm (10-30 mm). Se realizó un seguimiento mínimo de los pacientes de un año observando mejoría tanto a nivel sensitivo (discriminación entre dos puntos) como en la sensación del dolor. No se observaron complicaciones relacionadas con la técnica quirúrgica.

Comentarios y conclusiones: Los resultados satisfactorios desde un punto de vista clínico y funcional sugieren la utilización de conductos nerviosos de ácido poliglicólico en pacientes con un defecto en nervio periférico menor a 30 mm, ya que acorta el tiempo de cirugía así como los efectos indeseados de la zona donante del injerto.

MANO-MUÑECA (CC-475-CC-610)

CC-475. LA MANO DEL SIMIO

A.A. Llaquet Leiva

Hospital Universitario de Ciudad Real.

Introducción y objetivos: Debido a la rareza de esta patología y a la escasa bibliografía médica actual, resulta un reto para nuestra especialidad tener la oportunidad de encontrarse con esta lesión, tratarla y ver el resultado final.

Material y método: Paciente mujer de 49 años, hipertensa bajo control médico, que sufrió caída mientras caminaba, lesionándose la mano izquierda (dominante). Acude al Servicio de Urgencias presentando dolor, severa inflamación, deformidad e impotencia funcional en el primer radio de la mano. El estudio radiológico muestra una luxación trapecio-metacarpiana dorsal pura. Se decide tratamiento ortopédico mediante reducción cerrada e inmovilización con guante de yeso.

Resultados: A las 3 semanas se retira la inmovilización apreciándose en el control radiológico una buena congruencia articular. Tras el correspondiente programa de rehabilitación a los 2 meses recupera íntegramente la función, pudiendo reincorporarse a su actividad habitual.

Comentarios y conclusiones: Desde el punto de vista anatómico la estabilidad de esta articulación se debe a cuatro ligamentos principales a saber: volar, dorsorradial, dorsal oblicuo e inter-metacarpiano, que son necesarios dada la disposición biomecánica de la articulación trapecio-metacarpiana en "silla de montar" permitiendo movimientos del pulgar en los tres planos del espacio. Este tipo de lesiones es particularmente rara, pero mucho más en niños y adolescentes.

CC-476. TENOSINOVITIS TUBERCULOSA DE LA MANO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

A. Matarranz Faya, D. Contreras Pedraza, A. Pérez Arias, D. Vidal Cases, D. Camporro Fernández, E. García del Pozo, P. Alegre Fernández e I. García Martínez

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La tuberculosis de la mano es infrecuente y presenta una clínica inespecífica que suele condicionar un diagnóstico e inicio del tratamiento tardío y la aparición de complicaciones. Presentamos el caso clínico e imágenes anatomopatológicas, ecográficas e intraoperatorias de una tenosinovitis flexora crónica granulomatosa, que es la afectación que más frecuentemente produce *Mycobacterium tuberculosis* en la mano.

Material y método: Varón de 80 años que presenta desde hace dos años tenosinovitis flexora crónica inespecífica de la que ha sido intervenido en dos ocasiones, produciéndose recurrencia ambas veces. El estudio ecográfico muestra engrosamiento de la vaina de los tendones flexores y nódulos en forma de granos de arroz, los cuales orientan a la etiología tuberculosa. El tratamiento quirúrgico consiste en tenosinovectomía de las vainas flexoras, eliminación de los granos de arroz y epineurotomía del nervio mediano. La anatomía patológica confirma tenosinovitis crónica granulomatosa. La baciloscopia resulta negativa, pero el análisis por PCR y el cultivo en medio Löwenstein detectan la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*. Se instaura un tratamiento mediante rifampicina, pirazinamida e isoniazida durante seis meses y el paciente asiste a sesiones de rehabilitación durante un mes.

Resultados: En el seguimiento a corto-medio plazo el paciente no presenta recidiva. Se encuentra asintomático y consigue 30° de flexión

de muñeca, 20° de extensión y puño completo, función similar a la de la mano contralateral.

Comentarios y conclusiones: 1. La tenosinovitis tuberculosa de la mano es una enfermedad poco frecuente y con clínica inespecífica, lo que acarrea un diagnóstico tardío y la posible aparición de rupturas tendinosas. 3. Clínica, pruebas de imagen, hallazgos quirúrgicos y anatomopatológicos nos orientan en el diagnóstico. 4. El diagnóstico definitivo se lleva a cabo mediante pruebas microbiológicas (tinciones, cultivos o PCR). 5. La erradicación de la enfermedad requiere un abordaje multidisciplinar.

CC-477. COLGAJO CROSS-FINGER INVERTIDO PARA PÉRDIDAS DE SUSTANCIA DIGITALES: CASO CLÍNICO PARA LA COBERTURA DE INTERFALÁNGICA PROXIMAL

A. Matarranz Faya, D. Contreras Pedraza, A. Pérez Arias, D. Camporro Fernández, A. Ontaneda Rubio, J.F. Muñoz Fernández, I. García Martínez y P. Alegre Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Las pérdidas de sustancia de los dedos que exponen estructuras óseas, articulares, tendinosas o neurovasculares requieren una cobertura mediante colgajos bien vascularizados. Presentamos un caso clínico, con esquemas e imágenes intraoperatorias, del empleo del colgajo cross-finger invertido para la cobertura de una pérdida de sustancia del dorso del cuarto dedo.

Material y método: Paciente varón de 52 años diabético que tras un accidente con motosierra sufre sección del nervio colateral cubital del cuarto dedo y herida contusa en dorso del mismo con apertura de la cápsula de la articulación interfalángica proximal (IFP). Se realiza sutura nerviosa, cierre directo del defecto cutáneo e inmovilización con férula. La herida se complica con infección, necrosis cutánea y exposición articular en relación con un mal cumplimiento del régimen de curas por parte del paciente. La IFP es artrodesada mediante dos agujas Kirschner cruzadas y el defecto es cubierto mediante un colgajo cross-finger desepitelizado obtenido del dorso del tercer dedo. Sobre el colgajo es colocado un injerto de piel. Los dedos cuarto y tercero se mantienen inmovilizados con férula de yeso tres semanas, tras las cuales se procede a la división del pedículo y fijación completa del colgajo.

Resultados: Tras tres meses de seguimiento y la asistencia a sesiones de rehabilitación el colgajo y el injerto permanecen estables y el dedo presenta una movilidad normal a nivel de las articulaciones no artrodesadas.

Comentarios y conclusiones: 1. El colgajo cross-finger invertido es una opción válida para la cobertura de pérdidas de sustancia digitales dorsales. 2. La técnica es sencilla y tiempo quirúrgico corto. 3. El empleo de esta opción requiere la inmovilización con férula tres semanas antes de dividir el pedículo, lo que puede causar rigideces digitales.

CC-478. LUXACIONES CARPOMETACARPIANAS DE LOS DEDOS LARGOS: SERIE DE 7 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Matarranz Faya, D. Contreras Pedraza, J.F. Muñoz González, A. Pérez Arias, D. Vidal Cases, D. Camporro Fernández, E. García del Pozo y M. Castellanos Morán

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Las luxaciones carpometacarpianas de los dedos largos son poco frecuentes porque estas articulaciones tienen gran estabilidad. Para su luxación se requiere una fuerza importante y no es infrecuente la asociación de otras fracturas de la mano.

A continuación analizamos las luxaciones carpometacarpianas operadas por nuestro servicio en el periodo de un año.

Material y método: Durante el año 2011 siete pacientes con luxaciones carpometacarpianas de los dedos largos fueron tratados quirúrgicamente. Todos eran varones con traumatismo de origen no laboral, tres una caída y cuatro un puñetazo. La edad media fue de 25,6 años. Los siete presentaban luxaciones carpometacarpianas dorsales. Observamos dos casos de luxaciones puras de cuarto y quinto metacarpianos, cinco tenían fracturas asociadas de metacarpianos y dos de huesos del carpo. El tratamiento quirúrgico consistió en reducción cerrada con osteosíntesis percutánea en cinco casos y cirugía abierta en dos. En todos se emplearon agujas de Kirschner longitudinales. El manejo postquirúrgico consistió en una férula dorsal tres semanas, manteniendo luego las agujas al menos dos semanas más.

Resultados: En tres pacientes se requirió cirugía adicional para la extracción de material de osteosíntesis y en uno hubo reluxación que requirió nueva cirugía. El seguimiento medio fue de 6,1 meses, presentando seis pacientes una función de la mano normal. Un paciente fue perdido del seguimiento.

Comentarios y conclusiones: 1. Las articulaciones carpometacarpianas de los dedos largos requieren un traumatismo de alta energía para su luxación. 2. La luxación del cuarto y quinto metacarpianos son las más frecuentes y pueden producirse por mecanismos de menor energía. 3. La reducción cerrada y osteosíntesis percutánea fue el tratamiento más empleado en nuestra serie. 4. La reducción abierta y fijación interna permiten reducción exacta, identificación de fracturas asociadas, menor probabilidad de reluxación y la movilización precoz. 5. Es posible conseguir una función normal de la mano si son tratadas precozmente.

CC-479. TRATAMIENTO ASISTIDO POR ARTROSCOPIA DEL GANGLIÓN INTRAÓSEO DEL HUESO SEMILUNAR

A.E. Santacruz Arévalo y E. Aranda Izquierdo

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Los gangliones intraóseos de los huesos del carpo son considerados una causa poco frecuente de dolor crónico de la muñeca. La etiología de la lesión no está clara. Los gangliones intraóseos son patológicamente idénticos a la variedad que aparece en los tejidos blandos. El curetaje abierto y la implantación de injerto óseo se ha realizado en los pacientes con síntomas constantes que ocasionan una limitación importante de las actividades de la vida diaria. En 2002, se publicó una técnica asistida por artroscopia para la escisión de los gangliones intraóseos del semilunar con injerto óseo que reducía la morbilidad asociada a la técnica abierta.

Material y método: Varón de 26 años que presenta dolor intenso de la mano derecha de 3 años de evolución. Es trabajador manual y no refiere antecedente traumático. A la exploración física presenta dolor en el dorso de la muñeca, sobre el hueso semilunar, con limitación del rango de movilidad y disminución de la fuerza de prensión. La radiografía evidencia una imagen radiolúcida sobre el hueso semilunar sugestiva de un quiste óseo. La RMN confirmó el diagnóstico.

Resultados: Se inicia tratamiento conservador asociado a rehabilitación y el paciente no presenta mejoría por lo que se decide tratamiento artroscópico, realizando curetaje de la lesión y relleno con injerto óseo. Se inmoviliza con una férula por cuatro semanas tras lo cual el paciente regresa a su trabajo y tras 1 año de evolución el paciente se encuentra asintomático.

Comentarios y conclusiones: La decisión de operar se basa en la persistencia y severidad de los síntomas. Se debe de realizar un estudio completo del paciente descartando otras patologías. El tratamiento

artroscópico mejora significativamente el dolor y la funcionalidad siendo un procedimiento bien tolerado por los pacientes.

CC-480. ENFERMEDAD DE DUPUYTREN: REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN SU TRATAMIENTO

A. Aguilar López, A. Pérez Sánchez, C. Zarzuela Jiménez, P. Rodríguez Huguet y J. Acero Caballero

Hospital de Jerez. Cádiz.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Dupuytren consiste en una alteración de la fascia palmar marcada por una proliferación del tejido fibroso. Son numerosas las teorías acerca de su aparición: congénita, traumática, vascular...

Material y método: Se presenta una serie de 67 pacientes, 63 hombres (94,03%) y 4 mujeres (5,97%). La edad media es de 63,3 años (41-73). La edad media de aparición de la sintomatología es de 53 años. 50 pacientes (74,63%) presentaban afectación unilateral y 17 (25,37%) bilateral. Se intervinieron un total de 71 manos, 55 derechas (77,5%) y 16 izquierdas (22,5%). Las técnicas realizadas son aponeurectomía selectiva y total, técnica de palma abierta de McCash y técnica de Skoog. Como técnicas alternativas: z-plastias, uso injertos, artrolisis de IFP y MCF y amputaciones. El tiempo de seguimiento en esta serie es de 5,7 años (mín 11 meses, máx 8,3 años). La intervención se realiza bajo anestesia plexual e isquemia preventiva, que se retira previamente al cierre para disminuir el riesgo de hematoma posquirúrgico.

Resultados: Excelente: flexoextensión completa. Bueno: < 20° en MCF y/o IFP, Flex. de 70° en MCF y 90° en IFP. Regular: ext. 20-50° en MCF, flex. < 50° en MCF e IFP. Malo: la función no se modifica.

Comentarios y conclusiones: La realización de una técnica exhaustiva y rigurosa está directamente relacionada con el resultado funcional obtenido. La RHB, una vez solventada la fase de cicatrización, mejora el resultado clínico y funcional. La férula nocturna posquirúrgica durante 6 meses reduce el índice de recidiva de manera significativa. Las complicaciones aparecen con más frecuencia en enfermedades de Dupuytren intervenidas en fases III y IV.

CC-481. REVISIÓN DE LAS TÉCNICAS ALTERNATIVAS A LA LIGAMENTOPLASTIA DE INTERPOSICIÓN-SUSPENSIÓN PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIZARTROSIS

A. Utrillas Compaired, R. Viana López, I. González Gómez y A. Minuesa Asensio

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción y objetivos: El objetivo principal de este trabajo es revisar las técnicas alternativas a la ligamentoplastia de interposición-suspensión y sus resultados para el tratamiento quirúrgico de la rizartrrosis. El objetivo secundario es analizarlas y exponer su validez desde el punto de vista del autor.

Material y método: Se realiza una exhaustiva búsqueda bibliográfica de las técnicas alternativas a la ligamentoplastia de interposición-suspensión (excluyendo la artrodesis y las prótesis trapeciometacarpianas) para el tratamiento de la rizartrrosis, explicando las más de 20 técnicas disponibles y los resultados publicados en la literatura médica a lo largo de los últimos 30 años.

Resultados: Se realiza una exposición de las diversas técnicas descritas en la literatura y sus resultados, comparando las distintas técnicas entre sí y discutiendo su aplicabilidad clínica según el concepto económico de coste oportunidad.

Comentarios y conclusiones: Únicamente cuatro técnicas han demostrado ser técnicamente efectivas en el tratamiento de esta patología de las más de 20 descritas, por lo que el autor concluye exponiendo cuáles son las que, a su juicio, deben emplearse para este tipo de patología.

CC-482. ARTROPLASTIA TOTAL DE MUÑECA SOBRE CARPECTOMÍA PROXIMAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Aragó Olaguibel, B. Morales Moreno, M. García López, P. Sierra Madrid, F. Chivato Vivanco, B. Batres Cid, J.A. Pareja Esteban y J.M. Valmaña Sotillo

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción y objetivos: El uso de la artroplastia total de muñeca está restringido a pocas indicaciones actualmente como la artropatía inflamatoria avanzada o postraumática. El objetivo de este trabajo es describir la implantación de una prótesis total de muñeca sobre una carpectomía proximal previa.

Material y método: Se trata de un paciente de 38 años que acude a nuestra consulta en 2004 por dolor radiocarpiano y limitación a la movilidad de la muñeca derecha. Presenta una pseudoartrosis de escafoides con muñeca SNAC tipo III por lo que es intervenido mediante carpectomía proximal. En el seguimiento el paciente no refiere mejoría del dolor ni de la movilidad y se decide reintervenirle en el año 2006 implantándole una prótesis total de muñeca Universal tipo II no cementada.

Resultados: Tras 5 años de seguimiento el paciente se encuentra satisfecho con la cirugía. No presenta dolor y mantiene cierta movilidad en dicha muñeca que le permite llevar a cabo sus actividades de la vida diaria con normalidad. Radiológicamente la prótesis muestra una buena implantación.

Comentarios y conclusiones: No hemos encontrado referencias en la bibliografía sobre la artroplastia total de muñeca en una articulación con carpectomía proximal previa. Se trata de una posibilidad terapéutica en un paciente joven que solicita mantener algunos grados de movilidad. Se necesitan estudios con mayores muestras y de larga evolución para aumentar las indicaciones de la artroplastia total de muñeca.

CC-483. ARTROPLASTIA TOTAL DE MUÑECA SOBRE CARPECTOMÍA PROXIMAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Aragó Olaguibel, B. Morales Moreno, M. García López, P. Sierra Madrid, F. Chivato Vivanco, B. Batres Cid, J.A. Pareja Esteban y J.M. Valmaña Sotillo

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción y objetivos: El uso de la artroplastia total de muñeca está restringido a pocas indicaciones actualmente como la artropatía inflamatoria avanzada o postraumática. El objetivo de este trabajo es describir la implantación de una prótesis total de muñeca sobre una carpectomía proximal previa.

Material y método: Se trata de un paciente de 38 años que acude a nuestra consulta en 2004 por dolor radiocarpiano y limitación a la movilidad de la muñeca derecha. Presenta una pseudoartrosis de escafoides con muñeca SNAC tipo III por lo que es intervenido mediante carpectomía proximal. En el seguimiento el paciente no refiere mejoría del dolor ni de la movilidad y se decide reintervenirle en el año 2006 implantándole una prótesis total de muñeca Universal tipo II no cementada.

Resultados: Tras 5 años de seguimiento el paciente se encuentra satisfecho con la cirugía. No presenta dolor y mantiene cierta movilidad en dicha muñeca que le permite llevar a cabo sus actividades de la vida diaria con normalidad. Radiológicamente la prótesis muestra una buena implantación.

Comentarios y conclusiones: No hemos encontrado referencias en la bibliografía sobre la artroplastia total de muñeca en una articulación con carpectomía proximal previa. Se trata de una posibilidad terapéutica en un paciente joven que solicita mantener algunos grados de movilidad. Se necesitan estudios con mayores muestras y de larga evolución para aumentar las indicaciones de la artroplastia total de muñeca.

CC-484. FRACTURA DE PUCH

A. Ferrer Frias, E. García Castro, R. Goñi Robledop, P. Igado Insa, A.P. Borja Jara y N. Gorostiaga Pere

Hospital Universitario Txagorritxu. Álava.

Introducción y objetivos: Las fracturas del radio distal son las fracturas más frecuentes de la extremidad superior y representan alrededor del 20% de todas las fracturas. Un porcentaje elevado de estas lesiones afectan a mujeres mayores con osteoporosis. A pesar de las innumerables opciones terapéuticas, el objetivo es la recuperación de la función sin dolor.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 58 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por dolor en muñeca derecha tras accidente de moto. A su llegada presenta la siguiente exploración física: -ligera tumefacción a nivel de carpo, sin hematoma. -BA limitado por dolor. -no dolor en tabaquera anatómica, presentando dolor a nivel de articulación radio-carpiana. Se le realizó RX donde no se apreciaban hallazgos significativos. Se le diagnosticó de artritis postraumática y fue tratado con férula posterior durante una semana. A la semana acude de nuevo al servicio de urgencias por persistencia del dolor, se le realizó nueva RX donde no se apreciaron hallazgos significativos y se trató con yeso de escafoides por sospecha de fractura de escafoides. Se le envió a consultas de traumatología en 15 días con nueva RX.

Resultados: En consultas externas de traumatología se le ve en dos ocasiones con nuevas RX en las cuales no se aprecia una fractura como tal. Ante la persistencia de dolor a nivel de articulación radio carpiana se decide realizar un TAC. En el TC se objetiva una fractura en la extremidad distal del radio que afecta a la cortical anterior y posterior y se extiende hasta la superficie articular sin que exista desplazamiento significativo del fragmento.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas del tercio distal del radio son más frecuentes en personas mayores con osteoporosis. Sin embargo en pacientes jóvenes con traumatismos de alta energía también se pueden producir este tipo de fracturas. Existen diversas clasificaciones para las fracturas de tercio distal de radio y muchos autores defienden la importancia de clasificar a estas fracturas en función del mecanismo de producción. En su diagnóstico una radiografía suele ser suficiente para evaluar el desplazamiento, la angulación y la afectación articular inicial. Sin embargo en algunas ocasiones es necesario la ayuda de una TC para determinar el grado de afectación articular. Existe mucha controversia en el tratamiento de dichas fracturas, sin embargo, este tratamiento debería individualizarse en función del tipo de fractura, el grado de desplazamiento, el nivel de actividad del paciente, la experiencia del cirujano y las lesiones asociadas. Una de las lesiones asociadas es la inestabilidad de la articulación radiocubital distal. Este tipo de lesión es posible que se dé en un tipo de fracturas (B4 o fracturas Die Puch) en las que se puede producir una impactación del hueso semilunar produciéndose así una disociación escafolunas y una inestabilidad radio-cubital distal. En nuestro caso clínico exponemos una de estas fracturas tipo Die Puch que tuvo lugar como consecuencia de un accidente de alta energía. A pesar de no ser vista con una radiografía, gracias a la ayuda de la TC se pudo comprobar la existencia de la misma y la estabilidad de las articulaciones radio-carpiana y radio-cubital distal. En la actualidad el paciente presenta una función motora completa y no dolorosa y fuerza mantenida.

CC-485. COMPLICACIONES DE LA PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES

A.M. Martín Fuentes, D. Cecilia López, B. Bravo Giménez, L. García Lamas, M. Mellado Romero, V. Rodríguez Vega, V. Jiménez Díaz y C. Resines Erasun

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: La planificación terapéutica en casos de artrosis secundaria a pseudoartrosis de escafoides va a encaminada a

aplicar técnicas de salvamento cuyo fin es resolver el colapso avanzado del carpo, intentando lograr la máxima funcionalidad de la muñeca.

Material y método: Varón de 55 años que acude a consultas externas presentando una artrosis radiocarpiana derecha tras pseudoartrosis de escafoides intervenida mediante injerto de cresta iliaca sintetizada con 2 agujas de Kirschner hace 35 años. En las Rx simples y RMN se observa pinzamiento degenerativo de la articulación entre radio y escafoides. El escafoides presentaba la clásica deformidad en joroba y la articulación mediocarpiana se encontraba relativamente conservada, con signos incipientes de degeneración escafo-capitate.

Resultados: Tras discutir las posibilidades de tratamiento, se somete al paciente a intervención quirúrgica realizándose una artrodesis radio-escafo-semilunar sintetizada con 2 placas AO dorsales en L de 2,4 mm. Cinco meses más tarde el paciente continúa con dolor incapacitante y en las Rx se observa una pseudoartrosis de la artrodesis y rotura de la placa radio-escafoidea por lo que se somete a nueva intervención de extracción del material y reosteosíntesis con placas similares a las previas. A las horas de la cirugía el paciente desarrolla un síndrome compartimental y es necesaria la apertura y fasciotomías de compartimentos tenar, hipotenar, e interóseos. Actualmente se encuentra libre de dolor con la artrodesis consolidada y movilidad final de 30° de flexo-extensión; 20° de desviación radial y 10° de cubital.

Comentarios y conclusiones: La artrosis postraumática secundaria a una pseudoartrosis de escafoides (muñeca SNAC) es particularmente incapacitante para aquellos pacientes que realizan actividades pesadas y la elección de un procedimiento reconstructivo es de suma importancia para obtener buenos resultados funcionales. Sin embargo, las diferentes técnicas quirúrgicas no están exentas de complicaciones y estas pueden ser de mayor importancia que el proceso inicial.

CC-486. EL LUGAR DE LA MOSAICOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS DE FRACTURAS DE EXTREMIDAD DISTAL DE RADIO

A. Ernest y V. Galán Labaca

Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Las fracturas complejas de extremidad distal de radio inevitablemente en un 10-20% de los casos van a producir fenómenos artríticos a nivel de la fosa escafoidea del radio, la fosa del semilunar o la cavidad sigmoidea del mismo.

Material y método: Estudiamos un total de 5 pacientes con una lesión inicial tipo C en la clasificación AO, con lesiones artríticas a nivel de la fosa del semilunar (4) y escafoidea (2). En todos los casos se realiza TAC y RMN previos y posteriores al tratamiento. La zona donante fue la rodilla contralateral.

Resultados: Todos los pacientes mejoraron el dolor y la fuerza. Dos de ellos refieren dolor ocasional y los otros tres no presentan dolor.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones artríticas son frecuentes en secuelas de fracturas de extremidad distal de radio (10-20%). Los trasplantes osteocartilaginosos han demostrado su eficacia en articulaciones como la rodilla y el tobillo. Nuestra experiencia es corta, pero los resultados cinco años después de la intervención son satisfactorios, disminuyendo el dolor y el deterioro progresivo articular.

487. EL USO DEL MATERIAL BIOLÓGICO EN FRACTURAS DE EXTREMIDAD DISTAL DEL RADIO

A. Ernest y V. Galán Labaca

Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: En el tratamiento de las fracturas de extremidad distal del radio debemos conseguir una buena reducción anatómica de la lesión, pero también debemos ser capaces de mantenerla hasta que la fractura haya curado.

Material y método: Estudiamos el aporte de los materiales biológicos en el tratamiento de estas lesiones para obtener mejores resultados de las mismas. Utilizamos en todos los casos un material de osteosíntesis y como material biológico factores de crecimiento derivados de las plaquetas, trifosfatos o pentafofosfatos cálcicos y matriz ósea desmineralizada. En total, se valoraron 71 fracturas en las que en 40 casos solo se realizó osteosíntesis y en 31 pacientes se efectuó osteosíntesis más terapia biológica.

Resultados: En la valoración de los resultados utilizamos la escala de valoración analógica del dolor y el cuestionario DASH. En aquellos pacientes tratados mediante osteosíntesis sola, los resultados excelentes y buenos fueron de 78% mientras que en los que añadimos terapia biológica estos resultados se elevaron a 98% del total.

Comentarios y conclusiones: La reducción anatómica y el mantenimiento de la reducción (necesidad de soporte óseo) son claves en la obtención de resultados buenos y excelentes. El aporte de material biológico disminuye la morbilidad y mejora los resultados de nuestros pacientes. La terapia biológica es un campo de futuro con necesidad de ampliar la investigación en la misma.

CC-488. ARTROSIS ESCAFO-TRAPECIO-TRAPEZOIDAL: TRATAMIENTO MEDIANTE IMPLANTE DE CARBONO PIROLÍTICO

A. Ernest y V. Galán Labaca

Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La artrosis escafo-trapecio-trapezoidea es un proceso artrítico poco común y puede producir la pérdida de fuerza y dolor en la muñeca. El propósito de este estudio es evaluar los resultados del uso de un implante de carbono pirolítico después de la resección parcial del polo distal del escafoides.

Material y método: Estudiamos un total de 8 pacientes con artrosis escafo-trapecio-trapezoidea. Utilizamos la clasificación de Crosby (5 pacientes presentaban un estadio 3 y 3 pacientes estadio 2). La evaluación de los resultados se realizó según el cuestionario DASH y la escala EVA.

Resultados: El tiempo de seguimiento medio ha sido de 36 meses. Los pacientes recuperaron sus actividades de la vida diaria en 70 días, todos ellos mejorando el funcionamiento de la columna del pulgar. En la escala de Kapanji el promedio preoperatorio fue de 7 y el postoperatorio de 9. La media en la puntuación DASH fue de 49 preoperatorio y 30 tras la intervención quirúrgica.

Comentarios y conclusiones: La artrosis escafo-trapecio-trapezoidea aislada es una patología relativamente rara en nuestras consultas. El carbono pirolítico es una estructura con una excelente biocompatibilidad y la fácil inserción del disco hace que sea una buena alternativa a otras soluciones en dicha articulación.

CC-489. VARIANTE ANATÓMICA MUSCULAR COMO CAUSA DE SÍNDROME DEL TÚNEL CARIPIANO

A. Jiménez Martín, J.G. Gómez de los Infantes Troncoso, S. Navarro Martínez, F.J. Najarro Cid, F.J. Santos Yubero y S. Pérez Hidalgo

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: El síndrome del túnel carpiano es la neuropatía compresiva más prevalente. Su incidencia es del 0,1-10% (0,7-9,2% en mujeres y 0,4-2,1% en hombres). Las variantes anatómicas musculares como causa de este síndrome deben considerarse prequirúrgicamente. Para Schuhl un 0,5% de los casos presenta un palmaris longus en el túnel como variante (aunque asociada significativamente, $p < 0,01$, odds ratio: 7,0). Reimann ha descrito la agenesia de palmaris (13% de la población), así como, el músculo palmaris profundus en el

interior del túnel. Nuestro objetivo es constatar un caso de esta última entidad.

Material y método: Varón, 43 años, que sufre atrapamiento antebraquial izquierdo. Varias semanas después refiere parestesias en los 3 primeros dedos de la mano (Phalen, Tinnel y Durkan positivos). RNM: Atrapamiento del mediano en túnel carpiano. EMG: Lesión del mediano intensa distal a la salida de la rama para el pronador redondo, sin respuesta motora, ni sensitiva para dedos 1-4º.

Resultados: Retinaculotomía. Extirpación de palmaris profundus dentro del túnel carpiano. Mejoría clínica posterior, con persistencia de parestesias leves y EMG indicando desmielinización moderada de fibras sensitivas y discreta de motoras del mediano descomprimido, desapareciendo la desmielinización sensitiva antebraquial.

Comentarios y conclusiones: Para Lindly-Kleinert el palmaris profundus aparecía en el 5,7% de 526 retinaculotomías. Su hallazgo contraindicaría la retinaculotomía endoscópica carpiana para McClelland. Su tratamiento es la descompresión del túnel y su extirpación. Consideramos de interés este caso dada la prevalencia del síndrome del túnel carpiano y la importancia de conocer esta variante para evitar recidivas ulteriores.

CC-490. DOLOR EN REGIÓN CUBITAL DE LA MUÑECA

A. Jiménez Martín, M. Sicre González, M. Contreras Joya, F.J. Najarro Cid y S. Pérez Hidalgo

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las fracturas del ganchoso son infrecuentes dentro del carpo, (1,5%), aunque serían el cuarto hueso carpiano más afectado tras escafoides (78,8%), piramidal (13,8%) y trapecio (2,3%). Nuestro objetivo es presentar un caso de pseudoartrosis de ganchoso tratada eficazmente mediante reducción abierta y osteosíntesis.

Material y método: Varón de 34 años, que sufre traumatismo sobre mano izquierda, con dolor en región cubital de la muñeca, agravado a la prensión, con parestesias mínimas cubitales. Tras 3 meses tratado conservadoramente persisten las molestias. Radiografía (proyección del túnel carpiano Hart y Gaynor): fractura del gancho del ganchoso. TAC: ausencia de consolidación. RNM: Edema óseo ganchoso.

Resultados: Tras abordar el canal de Guyón, sintetizamos el gancho con tornillo, consolidando en 2 meses, aunque requiriendo la retirada del material, por clínica sensitiva cubital.

Comentarios y conclusiones: Para diagnosticar las fracturas del ganchoso, la TAC muestra sensibilidad del 100%, especificidad del 94% y exactitud del 97,2%, frente a las radiografías, con sensibilidad del 72%, especificidad del 88% y exactitud del 80,5%. La vascularización penetra por la base radial del gancho del ganchoso, pero sólo el 71% posee un vaso nutricio a través de la punta del mismo. El 29% de la población restante, tendría riesgo de osteonecrosis del gancho del ganchoso ante fracturas distales a la base por donde entraría la arteria nutricia. Scheufler revisó 14 fracturas, siendo los tratamientos: escisión fragmentaria (36%) o reducción abierta y osteosíntesis (21%), sin diferencias significativas. El resto, tratadas conservadoramente, presentaron un 83,3% de pseudoartrosis, siendo la intervención quirúrgica fundamental.

CC-491. ARTRITIS POSTRAUMÁTICA EN LA MUÑECA CON HALLAZGO DE VARIANTE ANATÓMICA

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

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: La fusión de los huesos en el carpo ocurre en menos del 1% de la población. Las coaliciones carpianas más frecuentes son la lunopiramidal (9,5% en pacientes de raza negra) y la

grande-ganchoso. El crecimiento aberrante del pisiforme es aún menos frecuente. Nuestro objetivo es presentar un caso para constatar esta variante anatómica.

Material y método: Varón de 51 años que sufre traumatismo sobre la muñeca izquierda, con dolor y limitación funcional. Se realizan radiografías y TAC de muñeca apreciándose un megapisiforme como variante de la normalidad. Cambios degenerativos moderados en la trapeziometacarpiana.

Resultados: Artritis postraumática autolimitada y megapisiforme. Tras varias semanas rehabilitando, evoluciona favorablemente, volviendo a la normalidad y alcanzando 85 puntos en la escala MAYO Wrist Score.

Comentarios y conclusiones: No hemos encontrado bibliografía relativa a un megapisiforme. La mayor sospecha diagnóstica sería la coalición carpiana, donde se vinculara al pisiforme, (siendo su etiología una metaplasia del ligamento pisoganchoso, o una osificación de la porción distal del flexor carpi ulnaris). Se han descrito por Minaar 4 estadios, donde el tipo I implica la fusión incompleta; el estadio II es la fusión con una muesca profunda en la zona de división entre ambos huesos; el estadio III es la fusión completa y el estadio IV además, se asocia a otras anomalías carpianas. La neuropatía cubital es la indicación más clara de la extirpación de esta coalición carpiana. Cuando se producen hallazgos casuales sin clínica, como es nuestro caso, la abstención terapéutica con seguimiento es el mejor tratamiento.

CC-492. INESTABILIDAD CARPIANA EN VISI. REFLEXIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Núñez Muñoz y A.M. Comasolives Arumí

Althaia. Barcelona.

Introducción y objetivos: En 1993 Lichman y cols identificaron 4 tipos diferentes de pacientes con clínica de inestabilidad mediocarpiana: I. Palmar tipo VISI. II. Dorsal tipo VISI. III. Dorsal y palmar. IV. Extrínseca.

Material y método: Presentamos caso clínico de mujer de 12 años, que tras caída sobre su mano, acude a urgencias por dolor dorso-radial. En la radiología se informa normal, se coloca yeso y se orienta como posible lesión a nivel escafoides. Se pide RM que se informa de inestabilidad en VISI y rotura ligamentos radiocarpianos palmares. Se remite a unidad de mano, donde se retira yeso, se exploran ambas muñecas, observándose una laxitud bilateral, más acentuada en la muñeca contralateral. Se realizan Rx en estrés que confirman el diagnóstico.

Resultados: No precisó más inmovilización. Movilidad completa y anodina. Laxitud bilateral sin clínica.

Comentarios y conclusiones: Se debe explorar y de forma comparativa. Las exploraciones complementarias no son irrefutables. Importancia de unidades especializadas. Pensar en la laxitud, como causa más frecuente de VISI.

CC-493. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INTEGRAL DE UNA MANO CON ARTRITIS REUMATOIDE

B. García Martínez, J.F. Blanco Gómez, M. Sanagustín Silano, J.A. Camacho Chacón y J.V. Badiola Vargas

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La artritis reumatoide es el más frecuente los reumatismos inflamatorios crónicos. Es tres veces más frecuente en la mujer. De etiología desconocida, presenta un importante componente genético. En el cuadro evolutivo, la mano se convierte en "órgano diana", hallándose implicada en el 70% de los casos en la fase inicial, y en el 85% en la fase de estado. Esta enfermedad afecta fundamentalmente la membrana sinovial articular y peritendinosa,

causando deformidad, roturas tendinosas y severa limitación funcional. Desde hace décadas, el tratamiento quirúrgico de la mano reumática ha sido motivo de controversia entre reumatólogos y cirujanos. En la actualidad, se acepta que la sinovectomía es de elección en la fase aguda cuando el tratamiento médico no ha surtido efecto en 6 meses. La corrección de las deformidades y roturas tendinosas, son a menudo de difícil solución, habiéndose propuesto numerosas técnicas quirúrgicas.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 53 años con artritis reumatoide de 10 años de evolución afectando ambas manos. Había seguido tratamiento con corticoides e inmunosupresores. En la exploración física se observó en la mano derecha rotura de extensores de 4º y 5º dedos, y desaxación en ráfaga cubital de 2º, 3º, 4º y 5º; luxación de la cabeza del cúbito y del tendón cubital posterior, con déficit para la pronosupinación. En las radiografías aparecía subluxación de la articulación MCF del 2º dedo y luxación total de la MCF del pulgar. Había pérdida de fuerza para la presa y la pinza, el dolor alcanzaba 7 puntos en la Escala Visual Analógica (EVA). La intervención quirúrgica se llevó a cabo realizando tenorrafia de extensores de 4º y 5º dedo por incorporación a extensores de 2º y 3º, centrado del sistema extensor, colocación endoprótesis MCF en 2º y 3º dedo, artrodesis MCF del pulgar y técnica de Darrach asociada a plastia de Spinner-Kaplan.

Resultados: Se realizó valoración clínica y radiológica a los 6 meses de evolución. La flexión de las MCF era de 75º y la extensión completa. La columna del pulgar estaba bien alineada. El test de oposición de Kapandji alcanzaba 9 puntos sobre 10, y la pronosupinación era completa, con cubito estable. La ráfaga cubital aparecía totalmente corregida, y las endoprótesis estables. El dolor postoperatorio en la EVA era de 0 puntos sobre 10. La dinamometría mostraba valores para la presa de 8 kg en la mano operada (por 9 kg en la sana), y de 2 kg para la pinza (por 2,5 kg en la sana). La paciente consideró el estado final de su mano como muy satisfactorio, manifestando que se volvería a operar por el mismo problema.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de la mano reumática es complejo y la cirugía debe ser un elemento más a tener en cuenta en un contexto multidisciplinar. Pensamos que se debe indicar más precozmente el tratamiento quirúrgico para evitar abordar deformidades importantes cuya solución es más dificultosa técnicamente.

CC-494. SECCIÓN DE TENDÓN FLEXOR PROFUNDO BILATERAL

B. Romero Pérez, F. Martín García, A. Marcos García, S. Barroso Rosa, J. Caballero Martel, J.P. Rodríguez Álvarez, J. Nuez García y D. Barahona Lorenzo

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: Aunque la sección traumática del tendón flexor profundo de los dedos es una lesión relativamente frecuente no existe en la literatura médica ningún caso descrito de sección de este tendón en el mismo dedo en ambas manos.

Material y método: Nosotros presentamos el caso de un varón de 44 años que presenta una sección traumática del tercer dedo de la mano de forma bilateral; siendo tratado de manera urgente realizando Pull-out.

Resultados: A los 6 meses de la lesión el paciente presenta buena movilidad de ambos dedos, sin déficit de extensión ni de flexión de interfalángica distal, sin dolor con la movilidad.

Comentarios y conclusiones: Las secciones del tendón flexor profundo puede implicar la retracción del tendón en la palma de la mano y las fracturas de la falange distal. Aunque diversas técnicas de reparación han sido descritas, ninguna ha demostrado ser superior a otra. Los factores clínicos pronósticos incluyen el grado de retracción proximal del tendón, la cronicidad de la lesión, y la presencia y el tamaño

de fragmentos óseos asociados. Los pacientes deben ser asesoradas de manera adecuada respecto a los resultados esperados, la importancia de la rehabilitación postoperatoria y las complicaciones potenciales. Las alternativas de tratamiento para la lesión por arrancamiento crónica siguen siendo específicas para cada paciente e incluyen el manejo conservador, la artrodesis de la articulación interfalángica distal, y reconstrucción por etapas.

CC-495. FRACTURA DEL GANCHO DEL GANCHOSO SINTETIZADA POR VÍA DORSAL PERCUTÁNEA

B.C. Zorzo Godes, A. García Olea, S. González González, T.M. Beteta Robles, C. Jiménez Salanova, M.S. González González y A. Guijarro Valtueña

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas del gancho del ganchoso representan sólo el 2% de las fracturas de los huesos del carpo, aunque su prevalencia real se desconoce, debido a error diagnóstico en muchas ocasiones. Suelen producirse en varones jóvenes deportistas, especialmente en deportes de raqueta o golf. A causa de la alta frecuencia de pseudoartrosis dolorosa se debe optar en la mayoría de casos por el tratamiento quirúrgico, ya sea escisión u osteosíntesis.

Material y método: Se presenta un caso clínico con importante apoyo iconográfico y se realiza revisión de la literatura actual a propósito de dicho caso.

Resultados: Se presenta el caso de un paciente de 21 años, profesor de golf que presenta dolor de muñeca izquierda de 10 meses de evolución tras traumatismo indirecto practicando golf. Refiere que tuvo mucha tumefacción y que fue tratado con reposo y tratamiento sintomático. Desde entonces sufre dolor en cara cubital de muñeca al cargar peso y realizar movimientos de pronosupinación. A la palpación dolor selectivo a la palpación directa sobre el gancho del ganchoso y a la desviación cubital y flexión activa de anular y meñique. En RX de túnel carpiano y TAC se objetiva fractura no desplazada de base del gancho del ganchoso. Se realiza osteosíntesis mediante tornillo troncocónico por vía dorsal percutánea. A los 2 meses se ha producido una importante mejoría en la escala DASH con desaparición del dolor e incorporación a su actividad laboral y deportiva satisfactoria.

Comentarios y conclusiones: Es importante una alta sospecha diagnóstica para detectar este tipo de fracturas. Para el diagnóstico radiológico podemos usar la proyección radiológica del túnel del carpo, TAC y/o RMN. En estudios biomecánicos en cadáver se ha demostrado una disminución de la fuerza de prensión cuando se escinde el gancho del ganchoso y ésta es la razón por la que preferimos la osteosíntesis en pacientes deportistas. La vía dorsal es adecuada para fracturas no desplazadas y técnicamente es reproducible, sin complicaciones en nuestro caso.

CC-496. CONDRAMATOSIS SINOVIOL EN ARTICULACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL

B. Ruiz Nieto, O. Pérez Simanca, A. Simón Carrascal, C. Kettunen Fernández Valencia, I. Martínez Melián, E. Bartolomé del Valle, P. Zuñil Acosta y J. Peralta Molero

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: La condromatosis sinovial es una rara condición benigna monoarticular, usualmente de grandes articulaciones como la rodilla, la cadera, el codo, o el hombro, causada por cuerpos libres osteocartilaginosos de tamaño variable en la sinovial de las articulaciones, vainas tendinosas y bolsas. Afecta mayormente a hombres de mediana edad, y ha sido encontrada en la articulación de la muñeca e interfalángica proximal. Se trata de una metaplasia cartilaginosa de tejido sinovial de las articulaciones, vaina de los tendones o bolsas

sinoviales de revestimiento. La radiografía simple suele ser característica con múltiples cuerpos libres, aunque en ocasiones se requiere RMN para el estudio, incluyendo diagnósticos diferenciales como, sarcoma sinovial, condrosarcoma, osteocondritis, y calcificación de partes blandas. El tratamiento varía desde la resección de los cuerpos libres hasta la extirpación de la masa tumoral, y la sinovectomía.

Material y método: Se presenta en este caso una paciente una paciente diagnóstica de condromatosis sinovial de la muñeca izquierda. Clínicamente se manifestó como una masa indolora de 3 meses de evolución y crecimiento rápido. La RMN reportó lesión compatible con probable sarcoma sinovial, por lo que se realizó biopsia incisional y posteriormente extirpación completa de la lesión.

Resultados: El tratamiento definitivo consistió en extirpación completa de la lesión y estudio mediante anatomía patológica, diagnosticándose condromatosis sinovial.

Comentarios y conclusiones: La condromatosis sinovial es una entidad rara que afecta más frecuentemente a la rodilla, y otras grandes articulaciones, sin embargo puede presentarse a nivel de cualquier articulación, siendo importante el diagnóstico diferencial con patologías tumorales malignas que requieran un tratamiento más agresivo para evitar la progresión de la enfermedad. Con este trabajo se plantea un manejo diagnóstico y terapéutico precoz para evitar posibles complicaciones debidas a la afectación articular.

CC-497. GANGLIÓN INTRAÓSEO DOLOROSO DEL PIRAMIDAL

B. Sobrón Caminero, J. Morán Morán, A. Touza Fernández,
E. Carbó Laso, F. Mora Alañón y J. Vaquero Martín

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: Los gangliones intraóseos del carpo son lesiones relativamente frecuentes y constituyen hallazgos radiológicos que plantean el diagnóstico diferencial con tumoraciones óseas, generalmente asintomáticas. En la mano, afectan típicamente a los huesos escafoides y semilunar.

Material y método: Presentamos un caso de una mujer de 41 años que consultó en nuestro centro por dolor de la muñeca derecha de 6 años de evolución, de inicio espontáneo, sin antecedente traumático conocido y que aumentó paulatinamente hasta hacerse continuo. A la exploración física sólo destacaba el dolor a la palpación de los huesos piramidal y pisiforme. Las radiografías seriadas desde el inicio del cuadro demuestran el crecimiento progresivo de una lesión polilobulada de contornos nítidos en el piramidal hasta ocupar más del 50% del mismo, según se objetivó con la RMN. La paciente fue intervenida realizándose curetaje de la lesión y aporte de injerto autólogo del radio distal ipsilateral.

Resultados: En la última revisión, realizada 6 meses tras la intervención, la paciente se encuentra asintomática, con un rango de movilidad completo y sin limitaciones para realizar su actividad laboral.

Comentarios y conclusiones: La indicación quirúrgica en los gangliones intraóseos se basa en la presencia de dolor persistente y el riesgo o la aparición de una fractura patológica. Hemos encontrado tan sólo 14 casos de gangliones intraóseos que afecten al hueso piramidal documentados en la literatura.

CC-498. SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO AGUDO SECUNDARIO A LESIÓN POR CUERPO EXTRAÑO

C. Álvarez Gómez, M. Gómez Masdeu, L.G. Natera Cisneros,
C. Lamas Gómez e I. Proubasta Renart

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción y objetivos: El sd. del túnel carpiano está considerado como la neuropatía compresiva crónica más común. El síndrome agudo

del túnel carpiano es mucho más infrecuente, y habitualmente secundario a fracturas de radio, huesos del carpo, sangrado, o trastornos vasculares a nivel de la muñeca. Se han publicado muy pocos casos en relación con la ocupación del canal carpiano por cuerpos extraños (12 en la literatura internacional), siendo éste el primero de ellos secundario a una punción por espina de cactus

Material y método: Mujer de 40 años con dolor agudo y clínica de parestesias de primer a cuarto dedos de la mano izquierda tras caída y apoyo de la mano en un cactus, con zonas de punción por espinas del mismo. La exploración física mostró la presencia de un cuerpo extraño a nivel de la región palmar y la reproducción de parestesias con la digitopresión del cuerpo extraño. La función motora del nervio mediano estaba preservada, pero alterada la sensibilidad en su territorio. El estudio con radiografía simple no aportó información, y se realizó estudio de ultrasonido, que mostró la presencia de un cuerpo extraño. Se realizó intervención quirúrgica el mismo día del diagnóstico, por un acceso longitudinal palmar siguiendo el eje en flexión del 4º dedo, 3 mm cubitalmente a la lesión. Se constató la presencia de la espina de cactus dentro del canal carpiano, con la punta en íntimo contacto con el nervio. No había secciones del mismo, con un perineuro intacto. Tras la extracción del cuerpo extraño, se acabó de liberar el retináculo flexor.

Resultados: En el postoperatorio inmediato la paciente presentó una completa desaparición de la sintomatología. Después de 1 año, la paciente permanece asintomática.

Comentarios y conclusiones: La presencia de cuerpos extraños debe ser contemplada en los casos de lesiones penetrantes en las manos. Ante lesiones agudas de estructuras nerviosas, la descompresión temprana es esencial para una recuperación rápida y completa de la función del nervio, así como para la prevención de complicaciones secundarias (dolor residual, lesiones tendinosas, alteraciones motoras o sensitivas).

CC-499. INFRECUEnte COMBINACIÓN DE LESIONES EN EL CARPO: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Cano Gala, D. Pescador Hernández, J.M. Martín Enrique,
C. Corchado Villalba, D.A. Rendón Díaz, J. López Olmedo
y L. Alonso Guardo

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción y objetivos: Las fracturas del carpo frecuentemente son difíciles de diagnosticar y de tratar debido a la compleja arquitectura ósea de la región. Dentro de todas las posibles lesiones del carpo, cabe destacar por su escasa frecuencia y por la posibilidad de que pasen desapercibidas las fracturas del ganchoso. Presentamos el caso de una fractura coronal del hueso ganchoso asociada a fractura de la base del 4º metacarpiano, una lesión rara y que puede poner en discusión los métodos de diagnóstico y de tratamiento más óptimos.

Material y método: Varón de 34 años de edad que acude a urgencias por dolor y tumefacción en dorso de muñeca derecha tras caída accidental y apoyo sobre esa mano unas horas antes. Se practica estudio RX y Tc que demuestra una fractura coronal del cuerpo del hueso ganchoso asociado a fractura de la base del 4º metacarpiano. Se trata mediante reducción abierta y fijación interna con un tornillo interfragmentario, asociado a 2 agujas de Kirschner temporales. Férula de inmovilización durante 8 semanas.

Resultados: 5 meses después el paciente se encuentra sin dolor, con una movilidad normal de la muñeca y reincorporado a la vida laboral.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas del hueso ganchoso representan tan sólo del 2 al 4% de todas las fracturas del carpo. Dentro de ellas, las fracturas que afectan al cuerpo del ganchoso en su plano coronal son aún más infrecuentes. Debido a su mecanismo de producción, no es extraño que se asocien a fracturas y fracturas-luxaciones

a nivel de las bases del 4º y 5º metacarpianos. El diagnóstico es difícil y es necesario la sospecha clínica y el empleo adecuado de la radiología. La TAC es de utilidad tanto para el diagnóstico como para establecer con precisión el patrón de lesión. En la literatura se recoge como esta lesión pasa desapercibida con facilidad. Un diagnóstico precoz es fundamental para evitar o minimizar riesgos de secuelas tales como artritis postraumática crónica o posible pérdida de fuerza en la mano. El dolor y la deformidad en el lado cubital del carpo, en ausencia de imágenes sospechosas en las proyecciones anteroposteriores y laterales, deben hacernos sospechar este tipo de lesión y solicitar radiografías oblicuas con 30º de pronación, que delimitaran mejor este tipo de fractura. En conclusión, la dificultad en el diagnóstico del caso presentado confirman la alta tasa de retrasos en el diagnóstico encontrada en la literatura. A pesar de ello, el tratamiento quirúrgico, en sus diversas modalidades, presenta buenos resultados clínica y funcionalmente.

CC-500. FRACTURA SIMULTÁNEA DE BENNETT Y DE TRAPICIO

C. González Roldan, M. Menéndez García, I. Sancho González, P. Mateo Sebastián, D. Manrique Cuevas y A. Ilzarbe Ibero

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La fractura-luxación de Bennett produce una articulación inestable y habitualmente precisa de fijación quirúrgica. La fractura de trapecio representa entre el 1 y 5% de las fracturas de la muñeca. Su tratamiento dependerá del desplazamiento y/o afectación articular, siendo quirúrgico si el escalón articular excede de 1 mm o la diástasis es mayor de 2 mm. La asociación de ambas entidades es poco frecuente y el tratamiento es una combinación de sus tratamientos por separado.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 37 años que acude a urgencias por traumatismo en la mano derecha tras caída accidental. En la exploración física se aprecia una gran inflamación e impotencia funcional del primer dedo y eminencia tenar. La radiografía muestra una asociación de fractura de Bennett y del cuerpo del trapecio. Se realiza intervención quirúrgica de urgencia y se practica reducción abierta por abordaje palmar de Wagner y osteosíntesis con 4 tornillos de 2,3 mm. Se inmoviliza con férula de yeso con pulgar en abducción durante 4 semanas. La evolución postoperatoria es satisfactoria. En control a los 6 meses se aprecia una osteolisis en el tornillo distal del trapecio que obliga a su retirada y relleno con injerto esponjoso extraído de estiloides radial.

Resultados: El resultado funcional es satisfactorio con movilidad prácticamente completa del pulgar y fuerza conservada con respecto a contralateral. Las Rx siguen mostrando la osteolisis en el trapecio. El paciente retoma su actividad laboral habitual.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de estas lesiones es habitualmente quirúrgico, mediante fijación percutánea con agujas o bien reducción abierta y osteosíntesis con tornillos, si los fragmentos son grandes, para restituir la congruencia articular y la función del pulgar.

CC-501. NO SÓLO ES UNA FRACTURA DE ESCAFOIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Corchado Villalba, J.M. Martín Enrique, D. Pescador Hernández, C. Cano Gala, D. Rendón Díaz, E. Gálvez González y J.F. Blanco Blanco

Complejo Hospitalario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Las lesiones carpianas son lesiones complejas que son en gran medida infradiagnosticadas. Es necesario no sólo conocer ampliamente la anatomía del miembro si no comprender los patrones biomecánicos que siguen los distintos componentes en el momento de producirse el daño. A continuación se expone un caso único de frac-

tura luxación perisemilunar transescafoidea-trans-hueso grande describiendo su mecanismo lesional y el posterior tratamiento.

Material y método: Varón de 26 años que tras una caída jugando al fútbol acude a urgencias con tumefacción en la muñeca izquierda y dolor en cara radial que se agudiza a la dorsiflexión. Al estudio radiológico simple se observa fractura de escafoides con dudosa imagen patológica en hueso grande. Se realiza un TAC en donde se observa fractura de 1/3 proximal con fragmento invertido. El paciente es intervenido al día siguiente realizando osteosíntesis de fragmentos y reparación ligamentosa.

Resultados: El paciente continúa en seguimiento evolucionando satisfactoriamente presentando a los 2 meses de la lesión movilidad completa sin pérdida de fuerza ni alteración de la sensibilidad alguna.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas luxaciones del carpo son lesiones secuenciales en las que se sigue una cadena de lesiones óseas y ligamentosas. Es necesario sospecharlas y conocer bien este mecanismo lesional puesto que está descrito que un 25% de ellas pasan desapercibidas al especialista. Resumidamente, existen dos arcos lesionales carpianos (mayor y menor) que son las zonas de mayor vulnerabilidad. El mecanismo lesional gira siempre entorno al hueso semilunar que se considera "la piedra angular del carpo" puesto que alrededor del él comienza a desarrollarse la cascada lesional descrita en 4 fases: que van desde la luxación del semilunar, con la rotura del ligamento escafo-semilunar (fase 1) hasta la luxación semilunar palmar por lesión del Ligamento radiocarpiano dorsal (fase 4). Es necesario conocer bien estos conceptos básicos y el desarrollo biomecánico de estas fracturas luxaciones para poder sospechar que tras la apariencia de una simple fractura de escafoides se puede esconder una lesión carpiana compleja que debemos tratar en profundidad.

CC-502. ARTROSIS ESCAFOTRAPEZOIDEA EN PACIENTE LABORAL

D. Iglesias Aparicio, P. Peleato Gistau, S. Ferrer Peirón, E. Joven Aliaga, C. Schinder, M. Alsina Pujol, F. Alarcón y C. Martínez Cornago

Hospital de Barbastro. Huesca.

Introducción y objetivos: La artrosis escafo-trapezoidea es una patología poco descrita en la literatura, con escasas referencias a su tratamiento y totalmente a la sombra de la artrosis trapecio-metacarpiana en las publicaciones.

Material y método: Presentamos un caso de un paciente de 45 años con artrosis escafotrapezoidea severa confirmada en tomografía axial computarizada y en radiología simple. El dolor le imposibilita la realización de su trabajo de mecánico. No asocia artrosis trapecio-metacarpiana, ni otras alteraciones.

Resultados: Se intervino realizándose artrodesis escafotrapezoidea con 2AK y aporte de matriz ósea desmineralizada e inmovilización de 2 meses; posteriormente rehabilitación de 2 meses, y alta laboral, con disminución de 5 puntos en la escala EVA de dolor.

Comentarios y conclusiones: La artrosis escafotrapezoidea es una patología poco frecuente y con tratamiento poco descrito; nosotros proponemos la artrodesis como tratamiento en fases avanzadas de la enfermedad.

CC-503. TRATAMIENTO DE LA FRACTURA DE BENNETT. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Martínez Ogalla, E. Lobato Menendez, M. Rotinen Díaz, I. Cearra Guezuraga, E. Castrillo Carrera, U. García de Cortázar Antolín, M. Arroyo Blázquez y A. Izaguirre Zurinaga

Hospital de Basurto. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso de un varón de 36 años de edad, con único antecedente de asma alérgico en tratamiento con

broncodilatadores, que presenta dolor e impotencia funcional de base de 1º dedo de mano izquierda, con presencia de signos inflamatorios locales, tras caída casual sobre 1º dedo. Se realiza radiología simple objetivándose fractura-luxación de Bennett. Se practica reducción e inmovilización con férula posterior de yeso y se interviene al paciente a las 48 horas del traumatismo, realizándose reducción cerrada mediante maniobra clásica y osteosíntesis con 2 agujas de Kirschner intermetacarpianas, excluyendo fragmento de Bennett. Se inmoviliza con 1º dedo en posición de "hitchhiker". Tras 6 semanas post cirugía se retira inmovilización y agujas de Kirschner, permitiendo movilización. Comienzo de rehabilitación con fisioterapia a las 10 semanas tras cirugía. El paciente refiere durante este periodo dolor y tumefacción con impotencia funcional de 1º dedo, que no mejoran con rehabilitación. En control radiológico a las 12 semanas tras cirugía se objetiva pérdida de reducción interfragmentaria y subluxación trapecio-metacarpiana (TPZ-MCP). Pasados 8 meses desde traumatismo inicial, persiste la clínica del paciente. Se reinterviene al paciente procediendo a la osteotomía del foco de fractura, reducción abierta y osteosíntesis del fragmento de Bennett con tornillo de Leibinger, asociando estabilización con aguja de Kirschner de 1º metacarpiano a trapecio.

Material y método: Se realiza revisión bibliográfica de la fractura-luxación de Bennett y la anatomía funcional de la articulación trapecio-metacarpiana. Técnicas de reducción cerrada y abierta. Revisión de las técnicas de estabilización más utilizadas y sus resultados a medio-largo plazo.

Resultados: La evolución del paciente es satisfactoria recuperando casi completamente el rango articular trapecio-metacarpiano la funcionalidad del 1º dedo, y por consiguiente de la mano.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas intrarticulares de la base del 1º metacarpiano, aunque relativamente infrecuentes, son de gran relevancia clínica pues afectan a la articulación trapecio-metacarpiana, limitando así la movilidad del 1º dedo, parte muy importante de la función del miembro superior. Aunque no siempre ha sido de elección el tratamiento quirúrgico de la fractura-luxación de Bennett, la tendencia de las últimas décadas ha sido la osteosíntesis, ya sea tras reducción cerrada o abierta. Las variables que nos orientarán sobre la elección de la técnica de osteosíntesis son la capacidad de reducción cerrada y el tamaño del fragmento de Bennett. Se propone una técnica novedosa de reducción de esta fractura-luxación, descrita por Edmuns y cols, consistente en una maniobra de screw-home-torque rotation del 1º dedo, que permite una reducción más anatómica cuando se encuentra íntegro el "complejo ligamentoso dorsal" de la TPZ-MCP.

CC-504. ARTROSIS A 3 NIVELES DEL CARPO. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Martínez Ogalla, E. Lobato Menéndez, M. Rotinen Díaz, I. Cearra Guezuraga, E. Castrillo Carrera, M. Abeal López, R. Alonso Vidal e I. Gorostiaga Mendía

Hospital de Basurto. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un varón de 51 años de edad, con antecedentes de hipercolesterolemia, intervenido por fractura de cráneo y fresador de profesión, que presenta dolor e impotencia funcional de primer dedo y muñeca de extremidad superior izquierda (ESI) de larga evolución. Radiológicamente se objetiva rizartrrosis, artrosis radio-escafoidea y medio-carpiana severas, posiblemente correlacionadas con colapso avanzado del espacio escafo-lunar (scapholunate advanced collapse: SLAC) grado III. Nos encontramos ante un paciente con una lesión radiológica severa a tres niveles del carpo, con repercusión clínica importante, que no mejora con tratamiento analgésico ni rehabilitador. El objetivo es encontrar un tratamiento quirúrgico que permita eliminar el dolor derivado de la artrosis radiocarpiana (RC), medio-carpiana (MC) y trapecio-metacarpiana (TM), manteniendo la funcionalidad del primer dedo y la muñeca.

Material y método: Se realiza revisión bibliográfica del tratamiento quirúrgico de la asociación de artrosis a tres niveles del carpo. Se propone tratamiento quirúrgico en dos tiempos. En un primer tiempo se realiza artrodesis trapecio-metacarpiana con tornillos canulados e injerto sintético de hueso. En un segundo tiempo quirúrgico, se realiza esfoidectomía y artrodesis "4 esquinas" del carpo (grande, semilunar, ganchoso, piramidal). En el postoperatorio de ambos tiempos se inmoviliza al paciente con férula antebraquial de yeso durante 6 semanas, iniciándose en ese momento movilización pasiva y activa de antebrazo, muñeca y dedos. Se inicia rehabilitación con fisioterapia (cinesiterapia activa y pasiva) 12 semanas después cada intervención.

Resultados: Mediante esta intervención se consigue remisión del dolor causado por la artrosis RC, MC y TM, sin que se produzca un colapso de la columna del primer dedo. Actualmente el paciente tiene un arco de flexo-extensión de muñeca de 60º y una fuerza de prensión de la mano del 80% respecto a la contralateral. Se ha reincorporado a su vida laboral.

Comentarios y conclusiones: La artrosis severa a tres niveles del carpo no representa una patología muy común en una persona laboralmente activa. Por ello no existe una casuística elevada que permita establecer un tratamiento estandarizado. En este caso se realiza una intervención poco común con la que se han obtenido buenos resultados. Ante patologías infrecuentes tienen cabida cirugías alternativas.

CC-505. ROTURA ESPONTÁNEA DE EXTENSORES DE LA MANO POR ARTROSIS RADIOCUBITAL DISTAL EN PACIENTE CON CÚBITO MINUS

D. Valverde Vilamala, E. Alentorn Geli, J. Cebamanos Celma, G. Pidemunt Molí, X. Espiga Tugás y L. Puig Verdí

Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: La artrosis radiocubital distal puede ser la causa de la rotura espontánea de tendones extensores de la mano. Varios son los factores de riesgo asociados: morfología en "viera" de la escotadura, inclinación dorsal de la misma, desplazamiento radial de la cabeza cubital, osteofitosis... Pero lo más común es que el paciente presente la variante cúbito plus.

Material y método: Presentamos un caso de rotura espontánea de tendones extensores (3, 4 y 5º dedos) por artrosis RC distal en una paciente que presentaba un cúbito corto. Intraoperatoriamente se objetivó una rotura dorsal de la cápsula articular RC y un osteofito prominente sobre la región de degeneración tendinosa. Se resolvió con una transferencia del flexor superficial del 4º dedo a extensor de 4º y 5º, así como con la sutura terminolateral del extensor común de 3º al del 2º y una regularización del osteofito.

Resultados: A los 3 meses postoperatorios, la paciente recuperó la extensión completa de 3-4 dedos, casi completa en el 5º. Requirió un importante esfuerzo rehabilitador, pero consiguió el cierre del puño. Niega dolor en región RC distal y se muestra satisfecha con la intervención.

Comentarios y conclusiones: Se trata de un caso atípico por presentarse en un paciente con cúbito minus y cómo se resolvió mediante transferencias tendinosas y una rehabilitación precoz.

CC-506. ROTURA DEL FLEXOR PROFUNDO DEL QUINTO DEDO DE LA MANO POR FRACTURA DEL GANCHO DEL GANCHOSO

D. Valverde Vilamala, J. Cebamanos Celma, G. Pidemunt Molí, X. Espiga Tugás, C. Torrens Canovas y L. Puig Verdí

Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: La incidencia de fracturas del gancho del ganchoso es baja, representando entre un 2 y 4% de las fracturas del carpo. La mayoría se producen en deportistas que empuñan un objeto (golf, tenis...). Se trata de una lesión que suele pasar desapercibida

y diagnosticarse a raíz de sus potenciales complicaciones. Una de ellas (aunque infrecuente) es la rotura de los tendones flexores de la región cubital de la mano (17% de los casos).

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 47 años que debuta con un déficit de flexión de la IFD del 5º dedo de la mano sin antecedentes de herida o traumatismo que recuerde. Después de varias pruebas complementarias (TC, RMN) se le objetiva una pseudoartrosis en el gancho del ganchoso. Intraoperatoriamente se identifica y extrae el fragmento de gancho y se observa una rotura del flexor profundo (FP) del 5º dedo así como una porción degenerada en la zona media del superficial. El problema se resuelve realizándose una sutura termino-terminal del cabo distal del FP roto con la bandeleta cubital del flexor superficial del 4º dedo.

Resultados: A los tres meses de seguimiento, el paciente presenta un cierre completo del puño, una extensión completa del dedo y una funcionalidad correcta del FP 5º dedo. El paciente se muestra satisfecho con el resultado y niega dolor.

Comentarios y conclusiones: Se trata de una patología poco frecuente y la demostración de otra alternativa válida para su tratamiento, ya que la mayoría de cirujanos que se encuentran con éste problema realizan la transferencia de todo el tendón flexor superficial del 4º dedo o la sutura termino-lateral con el flexor profundo del 4º.

CC-507. RESCATE DE PRÓTESIS TRAPECIO METACARPIANAS RECONVIRTIÉNDOLAS A BARTON PELLEGRINI

D. Valverde Vilamala, J. Cebamanos Celma, I. Piñol Jurado, G. Pidemunt Molí, C. Torrens Canovas, X. Espiga Tugás y L. Puig Verdí

Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: El tratamiento quirúrgico de la artrosis trapezio metacarpiana puede ser de muchas maneras: desde resecando el trapezio (dejando o no interpuesto algún elemento entre escafoides y metacarpiano) a la colocación de una prótesis. Dicha prótesis consigue una rehabilitación más rápida y una mayor fuerza prensil, pero presenta el inconveniente que, en ocasiones, puede fracasar. Muchos son los métodos descritos en la literatura para solucionar el fallo de estas artroplastias, destacando las trapeciectomías solas o los espaciadores tendinosos o de silicona (Swanson).

Material y método: Presentamos nuestra experiencia en el rescate de este tipo de prótesis reconvirtiéndolas en Barton-Pellegrini. Se trata de dos mujeres (44 y 63 años) portadoras de artroplastias trapezio-MTC de la mano izquierda que han fallado. Una de ellas por aflojamiento y luxación, mientras que la otra por osteolisis importante. En ambos casos se realizó una retirada protésica y una reconversión a trapeciectomía con interposición de espaciador tendinoso (Barton-Pellegrini).

Resultados: Los dos casos han presentado una franca mejora del dolor, una movilidad completa (Kapanji 10 y cierre completo del puño) con una notoria aunque poco relevante disminución de la fuerza prensil. El seguimiento ha sido de 4 años en una y de 6 meses en la otra.

Comentarios y conclusiones: La conversión a Barton-Pellegrini es un método útil, fácil de realizar y que puede dar buenos resultados en este tipo de casos.

CC-508. ROTURA DE ARTROPLASTIA METACARPOFALÁNGICA DE CARBÓN PIROLÍTICO POSTOPERATORIA

D. Valverde Vilamala, J. Cebamanos Celma, G. Pidemunt Molí, C. Torrens Cánovas, X. Espiga Tugás y L. Puig Verdí

Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: El dolor y la limitación funcional a nivel de las pequeñas articulaciones de la mano debido a la destrucción articu-

lar secundaria a procesos artríticos o a traumatismos requiere, en casos en que el tratamiento conservador no es suficiente, la realización de artroplastias. El objetivo de las mismas es eliminar el dolor así como mejorar el rango de movimiento. Tradicionalmente se han utilizado prótesis de silicona para su realización, pero éstas tienen un alto índice de complicaciones: rotura de implantes, luxación de los mismos, sinovitis... Más recientemente aparecen prótesis de carbón pirolítico, con un índice mayor de biocompatibilidad, menos desgaste de la prótesis, mejor arco de movimiento y un índice de rotura del implante muy bajo (1,4%, todos intraoperatorios).

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 43 años a quién se le implantó una prótesis de carbón pirolítico en la MTCF de 2º dedo mano derecha como consecuencia de una fractura luxación de la cabeza del metacarpiano. 6 años después, el paciente presentó una rotura de la punta del vástago del MTC probablemente secundaria a una sobrecarga y a un traumatismo que tuvo un año antes. Fue intervenido realizándose un recambio protésico utilizando una ventana ósea proximal para la extracción del componente roto.

Resultados: Después de un año de seguimiento, el paciente presenta un arco de movimiento de flexión dorsal 15º y flexión palmar de 80º, dolor únicamente en los esfuerzos y se ha reincorporado a su actividad laboral habitual (construcción).

Comentarios y conclusiones: Se trata de un caso dónde se observa una complicación muy poco frecuente en este tipo de prótesis relacionada con un traumatismo postoperatorio y como se resolvió.

CC-509. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN MEDIANTE LA INYECCIÓN DE COLAGENASA DE CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM

D. Ruiz Picazo, I. Gracia Rodríguez, J.M. Barceló Bañuls, A.D. González Pérez, A.M. Blanco Parreño y M.M. Pardo Coello

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Dupuytren es una entidad inflamatoria crónica del tejido conectivo, de etiología y patogenia no aclarada y de transmisión autosómica dominante con penetrancia variable. Se localiza en el tejido fibroso graso, entre la piel y las estructuras profundas de la superficie de la palma de la mano. Debido a las contracturas que presenta esta enfermedad puede llegar a ser muy limitante. Su tratamiento no es curativo; es sintomático. La cirugía tiene tasas altas de complicaciones y recidivas. Por eso, el tratamiento actual de la enfermedad va encaminado a tratarla de manera percutánea.

Material y método: Presentamos 12 casos de pacientes con Enfermedad de Dupuytren con grados variables de contractura que van de un grado II a un grado V de la clasificación de Tubiana y Michon. Todas las contracturas se localizaban en dedos trifalángicos. Fueron tratadas mediante la inyección de colagenasa de Clostridium histolyticum.

Resultados: Los pacientes fueron informados y accedieron al tratamiento mediante la firma del Consentimiento Informado. Se realizó la inyección de colagenasa de Clostridium histolyticum en las cuerdas afectadas y se citaron a las 24 horas para realizar la movilización. Se observó la desaparición de la cuerda así como la recuperación de la funcionalidad de los dedos afectados, a excepción de dos de ellos debido a que presentaba rigidez previa de la interfalángica proximal. Como complicaciones destacamos las molestias en el sitio de la inyección así como cinco casos en el que la piel se abrió mínimamente, pero que curó por segunda intención sin ninguna repercusión.

Comentarios y conclusiones: La colagenasa de Clostridium histolyticum es el único tratamiento no quirúrgico aprobado por la FDA y la Agencia Europea del Medicamento para el tratamiento de la enfermedad de Dupuytren. El tratamiento mediante la inyección percutánea de la colagenasa de Clostridium histolyticum ha demostrado ser coste-efectivo, con iguales o menores recidivas comparada con la cirugía y ser bien tolerado por el paciente.

CC-510. OSTEOTOMÍA DE ACORTAMIENTO RADIAL EN LA ENFERMEDAD DE KIENBOCK

D.A. Rendón Díaz, J.M. Martín Enrique, C. Cano Gala, C. Corchado Villalba, D. Pescador Hernández y P. Miramontes González

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Kienbock es un estado clínico secundario a la disminución de la irrigación sanguínea del hueso semilunar del carpo lo cual produce como consecuencia dolor y gran limitación funcional. Se clasifica en 5 estadios I: pequeñas líneas de fractura, II: esclerosis del semilunar sin colapso, III: esclerosis del hueso dorsal del sitio de fractura, IV: esclerosis del sitio de fractura, colapso y fragmentación del hueso semilunar, V: artritis secundaria a los cambios del radio. Presentamos un caso clínico de un estadio grado II con posterior tratamiento quirúrgico en esta infrecuente patología.

Material y método: Paciente masculino 61 años sin antecedentes relevantes quien presenta traumatismo en hiperextensión de muñeca derecha, inicialmente se realiza manejo con anti-inflamatorios y muñequera, 6 meses después consulta por dolor constante y limitación funcional moderada. En estudios radiológicos RMN se encuentra alteración de intensidad en hueso semilunar de comportamiento hipointenso en secuencias T1 en más del 50% de su extensión y zonas de granulación en T2 con diferencias notables de longitud entre el radio y cubito, lo cual indica estadio II.

Resultados: En vista del diagnóstico se decide realizar una osteotomía de acortamiento del hueso radial con mejoría clínica del dolor y de los arcos de movimiento posterior al periodo de recuperación.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas del hueso semilunar es una entidad de baja incidencia que debe diagnosticarse y tratarse de manera adecuada para evitar secuelas como la enfermedad de Kienbock. Existen varias técnicas quirúrgicas las cuales se realizaron de acuerdo a la clasificación clínica y los hallazgos encontrados radiológicamente. En este caso se decidimos realizar una osteotomía de acortamiento debido a la diferencia de longitud que existía entre el cúbito y el radio.

CC-511. PSEUDOARTROSIS EVOLUCIONADA DE ESCAFOIDES CARPIANO

D. Manrique Cuevas, L. Alzueta Zubiri, M. Ercilla Oyarzábal, T. Martínez Jiménez, M. Menéndez García, P. Mateo Sebastián, J. Mondragón Rubio e I. Goñi Zubiri

Complejo Hospitalario de Navarra B (HVC). Pamplona.

Introducción y objetivos: La pseudoartrosis de escafoides es una complicación grave, a veces, bien tolerada clínicamente (por lo que puede pasar desapercibida) y que desemboca en un colapso carpiano progresivo de consecuencias muy graves. Esta evolución fue descrita por Watson y Ballet como colapso avanzado secundario a pseudoartrosis de escafoides (SNAC, Scafoïd Nonunion Advanced Collapse). Con el objetivo de evitar la artrosis radiocarpiana secundaria, la pseudoartrosis de escafoides debe tratarse quirúrgicamente.

Material y método: Paciente de 35 años, diestro, abogado de profesión, con antecedente de fractura de escafoides, tratada conservadoramente y dado de alta por curación hace 13 años. Durante este tiempo ha presentado dolor ocasional bien tolerado, siempre en relación con el ejercicio físico, y cierto grado de rigidez progresiva. Acude a urgencias por caída casual con la mano en extensión, con mucho dolor e impotencia funcional. Las radiografías muestran fractura sobre pseudoartrosis inestable de escafoides y claros signos de colapso carpiano. Se practicó una reducción abierta por abordaje volar, limpieza del foco, aporte de autoinjerto tricortical y osteosíntesis con tornillo AO de escafoides y aguja desrotatoria (Fisk-Fernández). Previo a la

colocación del injerto, se redujo la posición en DISI del semilunar mediante un Kw temporal.

Resultados: Se ha conseguido la consolidación, logrando restablecer la altura del escafoides y parcialmente se ha corregido el patrón en DISI del semilunar. Ausencia total de dolor. Funcionalmente ha mejorado el rango de movilidad y fuerza, persistiendo el déficit de flexión dorsal.

Comentarios y conclusiones: Las técnicas quirúrgicas de las que se dispone para el tratamiento del colapso carpiano son todas de salvamento (estiloidectomía radial, resección de primera línea del carpo, artrodesis parcial o total de muñeca...). En las muñecas asintomáticas o mínimamente sintomáticas, se recomienda el tratamiento conservador. Las opciones quirúrgicas deben reservarse para casos con gran colapso carpiano y artrosis avanzada o en las refracturas sobre pseudoartrosis. En el caso que presentamos hemos optado por un tratamiento menos drástico.

CC-512. FIJACIÓN EXTERNA COMO TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS INTRAARTICULARES DE RADIO DISTAL: RESULTADOS RADIOLÓGICO-FUNCIONALES A CORTO PLAZO

E. Corella Abenia, L. Ezquerro Herrando, A. Castillo Palacio, N. Blanco Rubio, A. Torres Campos, R. Estella Nonay, J. Ramiro García y J. Albareda Albareda

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Existe una controversia actual acerca de cuál es el método de tratamiento preferido en las fracturas intraarticulares de radio distal en caso de importante conminución o osteoporosis: reducción abierta y fijación interna o fijación externa.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo de 25 pacientes recogidos entre el 2007 y 2010 del HCU Lozano Blesa (Zaragoza) tratados mediante fijador externo tipo Pennig. Las fracturas se tipifican según la Clasificación AO-ASIF de Müller y de Frykman tras estudio radiológico inicial. Se recogen datos demográficos así como mecanismo lesional, fracturas en otras localizaciones y complicaciones asociadas. Se realizan evaluaciones radiológicas post-operatorias y al alta definitiva del paciente así como valoración de los resultados funcionales tras el tratamiento mediante el cuestionario Quick-DASH.

Resultados: La muestra se compone de un 67% de mujeres y un 33% de hombres con una edad media de 70,11 años. El mecanismo lesional más frecuente fue una caída casual desde su propia altura. En el 89% de los pacientes coexistían otras fracturas; siendo más frecuente la de la estiloides cubital. El 6% de los pacientes presentaban una fractura abierta (grado I de la clasificación de Gustilo). Respecto a la clasificación de AO, el 55% eran del tipo C, el 33% del tipo B y el 12% del tipo A. Atendiendo a la clasificación de Frykman el 55% eran tipo VIII, el 22% del tipo VII, el 11% de tipo V y el 12% del tipo II. El porcentaje medio de traslación inicial era del 61,33%, presentando el 77% de las fracturas una conminución dorsal. Se registraron en el momento inicial, en el postoperatorio inmediato y alta del paciente las siguientes medidas: inclinación radial (con media de 13,11; 22,22; 18,78); altura radial (con media de 8,11; 11; 10,44); e inclinación volar (con media de 22; 15,11; 11,11). El tiempo medio de inmovilización fue 8'66 semanas; con una consolidación media de la fractura de 10,11 semanas siendo el seguimiento medio de los pacientes de 14,3 meses.

Comentarios y conclusiones: La fijación externa en fracturas de radio distal es un método de tratamiento mediante el cual se puede conseguir una buena reducción anatómica en dichas lesiones. En nuestra serie se obtuvo una mejora en las mediciones radiológicas finales tras la utilización de la fijación externa, siendo los valores al alta del paciente similares a los valores de la normalidad anatómica. La tasa de complicaciones fue semejante a otras opciones de tratamiento al igual que los resultados funcionales obtenidos. Como conclusión final señalar que la fijación externa es un procedimiento rápido, con un

riesgo de infección pequeño y en el que existe una mínima agresión de partes blandas.

CC-513. LUXACIÓN PURA DE LA ARTICULACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

E.J. Salvador González, R. Carrillo Dutor, M. Torres Coscoyuela, J.M. Nieto Carrizosa, J. Suárez Fernández, A. de Paz Nieves, P. García Ibáñez y A. Sanz Laguna

Hospital de Móstoles. Madrid.

Introducción y objetivos: La luxación de la articulación radiocubital distal no asociada a fractura es una patología muy infrecuente. En la literatura sólo podemos encontrar series de casos con un número de pacientes muy pequeño. Presentamos un caso de luxación pura de esta articulación, que acudió a urgencias de nuestro hospital, tras caída de un toro mecánico.

Material y método: Se ha realizado una revisión bibliográfica de esta patología a raíz de encontrarnos con este caso en nuestra sala de urgencias. Se aportan imágenes de radiografías y una TAC con reconstrucción tridimensional.

Resultados: Se realizó una reducción incruenta en la sala de urgencias, que resultó no satisfactoria, por lo que se decidió intervenir al paciente de forma urgente llevando a cabo una reducción cerrada bajo anestesia en quirófano consiguiendo una posición adecuada de la articulación. Se comprobó la estabilidad de dicha articulación no siendo necesario utilizar ningún tipo de material para su fijación. Se inmovilizó mediante un yeso cerrado braquioantebraquial. El paciente evolucionó satisfactoriamente y actualmente el paciente se encuentra asintomático y ha recuperado por completo la movilidad previa.

Comentarios y conclusiones: La luxación aislada de la articulación radiocubital distal es una entidad muy poco frecuente en traumatología, que no debe pasarnos desapercibida. Lo más frecuente es encontrarla asociada a una fractura de radio proximal formando la entidad conocida como Essex-Lopresti. Es necesario una minuciosa exploración clínica y unas correctas proyecciones radiológicas para que su diagnóstico no nos pase desapercibido. Su tratamiento, ya sea mediante reducción abierta o cerrada, suele dar resultados satisfactorios y en pocas ocasiones se presentarán secuelas, si durante el tratamiento se consiguió una reducción adecuada.

CC-514. FRACTURA SIMULTÁNEA DE ESCAFOIDES CARPIANO Y RADIO DISTAL

E.M. López Herrada, F. Requena Sánchez, J.R. Cardona Santana y M.A. Delgado Alaminos

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Las fracturas simultáneas de escafoides y radio distal son lesiones poco habituales. Las series publicadas recogen un número limitado de casos. Las opciones de tratamiento son variadas, desde inmovilización, enclavado percutáneo con agujas o tornillos o fijación externa para el radio. Presentamos el caso de un paciente con fractura de radio distal tipo 23 A2 y fractura de escafoides ipsilateral.

Material y método: Paciente de 19 años, ganadero de profesión, que sufre accidente de motocicleta. Se diagnostica fractura de radio distal extraarticular izquierdo conminuta más fractura de escafoides ipsilateral. Es intervenido quirúrgicamente y mediante abordaje volar sobre FCR ampliado hasta escafoides se realiza reducción abierta y osteosíntesis con placa bloqueada y tornillo AO de 3,0 mm.

Resultados: El paciente fue dado de alta domiciliaria al día siguiente de la intervención con vendaje elástico. Se le instruyó para iniciar la movilización domiciliaria tras los primeros días postoperatorios y disminución del dolor. Se realizaron controles a las 4, 8 y 12 semanas. La

consolidación de ambos huesos fue satisfactoria al final del proceso. Flexión dorsal de 30° y palmar de 80°. Dolor mínimo en los últimos grados de flexión y extensión forzada. Reincorporación al mundo laboral en diez semanas.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas simultáneas de radio distal y escafoides carpiano ipsilateral son lesiones raras pero importantes para la función de la mano. Implican un traumatismo de alta energía. El tratamiento quirúrgico basado en los principios de reducción anatómica y fijación interna rígida permite una adecuada consolidación y un inicio del proceso rehabilitador precoz.

CC-515. INESTABILIDAD Y ARTROSIS TRAPECIOMETACARPIANA SINTOMÁTICA SECUNDARIA A SIRINGOMIELIA. TRATAMIENTO MEDIANTE ARTRODESIS

E.M. López Herrada, F. Requena Sánchez, J.R. Cardona Santana y M.A. Delgado Alaminos

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: La siringomielia es una entidad patológica que se caracteriza por existencia de cavidades quísticas dentro del cordón medular. Clínicamente hay afectación inicial de la sensación táctil, dolorosa y térmica, y progresiva hipotonía o atrofia muscular en manos. En este estudio presentamos un caso y su resolución que ejemplifica la disminución del control muscular en manos y su consecuencia clínica en una paciente con elevada calidad de vida.

Material y método: Paciente mujer de 43 años que refería desde hacía varios meses dolor y pérdida de capacidad de prensión en primer dedo de mano izquierda. Presentaba un primer metacarpiano luxado y reductible y adecuada función de la articulación metacarpofalángica. Las pruebas de imagen confirmaban los hallazgos y revelaban la existencia de artrosis de la base del pulgar (grado II de Eaton). Se realizó artrodesis trapeziometacarpiana con placa AO de 2,4 mm.

Resultados: Se realizó seguimiento en consultas a las 4, 7, 9 y 14 semanas. Inició movilización asistida del dedo y mano a las 6 semanas. La consolidación radiológica se consiguió a los dos meses. La paciente no presentaba dolor y era capaz de oponer hasta el quinto dedo. Se reincorporó a la vida laboral y actividades habituales sin restricciones.

Comentarios y conclusiones: La artrodesis trapeziometacarpiana con placa de minifragmentos es una opción válida para el tratamiento de la rizartrosis sintomática en pacientes relativamente jóvenes con moderada demanda funcional. En nuestro caso mostramos su benignidad para la estabilización de la articulación en el caso de pérdida de control muscular.

CC-516. INCORPORACIÓN LABORAL PRECOZ TRAS FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON TORNILLO TRAS FRACTURA BILATERAL SIMULTÁNEA DE ESCAFOIDES CARPIANO

E.M. López Herrada, F. Requena Sánchez, R. Cardona Santana y M.A. Delgado Alaminos

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Las fracturas de escafoides sin o con mínimo desplazamiento pueden ser tratadas de forma conservadora mediante inmovilización, o con cirugía percutánea. Una fractura bilateral supondría inmovilización de ambas muñecas durante un periodo entre 6 y 8 semanas, más el periodo rehabilitador, con la consiguiente incapacidad funcional. El caso demuestra los beneficios del tratamiento percutáneo en cuanto a precocidad en el inicio de la movilidad articular y la incorporación laboral.

Material y método: Paciente de 37 años, docente de profesión, que sufre fractura de escafoides carpiano bilateral tras accidente deportivo. Se realiza osteosíntesis percutánea con tornillo AO 3,0 mm.

Resultados: El paciente fue dado de alta el mismo día de la intervención con un vendaje elástico en ambas muñecas. La movilidad se le permitió desde el primer día. Los posteriores controles clínicos y radiológicos fueron satisfactorios. A las tres semanas se reincorporó a su labor docente mientras continuaba con el proceso rehabilitador.

Comentarios y conclusiones: En fracturas no desplazadas o mínimamente desplazadas de escafoides carpiano la osteosíntesis percutánea acelera el proceso de consolidación y disminuye las complicaciones asociadas a la inmovilización por largo tiempo, con mínima morbilidad, así como permite el inicio de la movilidad y la incorporación precoz a la vida laboral.

CC-517. DISOCIACIÓN LUNO-PIRAMIDAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Romero Pijoan, L. Peralta Marfull, S. López Marne, I. Garreta Català, G. Cortés Ledesma, E. Cañas Miguel y F. Portabella Blavia

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso clínico de un paciente diagnosticado de disociación luno-piramidal que requirió reparación ligamentosa. La presentación tiene como objetivo recordar los datos clínicos y exploraciones complementarias que nos conducen al diagnóstico así como mostrar un ejemplo de tratamiento válido para esta patología.

Material y método: Se trata de un hombre de 33 años que consultó a urgencias tras haber sufrido caída casual sobre mano izquierda. En la exploración destacó dolor y tumefacción en región hipotenar sin crepitación ni hematoma. Se realizaron radiografías donde se evidenció luxación a nivel del carpo para la que se procedió a reducción cerrada e inmovilización con yeso cerrado hasta realización de tratamiento definitivo. A los pocos días se revisó mediante artroscopia evidenciándose ruptura completa del ligamento luno-piramidal que condicionaba una inestabilidad volar del carpo. En el mismo acto quirúrgico, se procedió a reducción abierta con AK y a sutura del ligamento luno-piramidal con arpones.

Resultados: En los controles radiográficos post-quirúrgicos, se aprecia una correcta reducción de la articulación luno-piramidal y a la exploración física, la muñeca se mantiene estable con las maniobras forzadas. Después de rehabilitación, el paciente ha recuperado la función completa de la muñeca.

Comentarios y conclusiones: La disociación luno-piramidal es una entidad de difícil diagnóstico que requerirá en la mayoría de las ocasiones un tratamiento quirúrgico. Conocer las maniobras exploratorias así como los principales signos indicativos de esta lesión será de gran utilidad para orientar el diagnóstico ante pacientes que presenten una clínica compatible.

CC-518. LUXACIÓN METACARPO-FALÁNGICA ABIERTA ASOCIADA A ROTURA TRAUMÁTICA DEL NERVO COLATERAL RADIAL

E. Rabanal Fernández, A.I. Rodríguez Garrido, A. Sanz Sobrado, F. Barandiaran Landín, J.C. Rodríguez Lucas, I. Pérez Macho, F. Ayerbe Goenaga y P. Álvarez Martínez

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Las luxaciones metacarpo-falángicas (MCF) son un evento relativamente infrecuente dadas las características anatómicas de estas articulaciones. Se muestra un caso representativo de este tipo de lesiones para ilustrar la importancia de un conocimiento exhaustivo de la anatomía y de la necesidad de un tratamiento precoz para evitar las complicaciones derivadas de las mismas.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer joven que acude al servicio de Urgencias presentando una luxación abierta de la articulación MCF del segundo dedo. En la exploración se observa asimismo un déficit sensitivo en el aspecto radial del segundo dedo. Tras comprobar que se trata de una luxación completa se opta por una reducción abierta en quirófano. Tras realizar un abordaje palmar se visualizan: el nervio colateral radial sobre la cabeza del metacarpiario. Los tendones flexores mediales y dorsales a la cabeza, traccionando en dicho sentido de la placa volar que se encuentra desplazada en el dorso impidiendo la reducción. El primer músculo lumbrical en una posición lateral. Una solución de continuidad del nervio colateral radial a nivel de la articulación MCF. Se reduce mediante liberación de la polea A1 y se realiza una sutura termino-terminal del nervio colateral.

Resultados: La paciente ha recuperado la sensibilidad a nivel del pulpejo y ha alcanzado un rango de flexo-extensión satisfactorio.

Comentarios y conclusiones: La importancia de un profundo conocimiento de la anatomía pocas veces resulta tan manifiesta como en este tipo de lesiones, donde resulta esencial no solo para poder realizar una correcta reducción, sino también para evitar las complicaciones.

CC-519. CONDROMA EXTRAÓSEO DIGITAL DE LA MANO ENMASCARADO POR TUMOR GLÓMICO

F. Cebrián Córdoba, S. Amor Jiménez, P. Nicolás Gil, M. Hernández Torralba, P. Sánchez Angulo y F. Albaladejo Mora

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: El condroma de partes blandas es un tumor benigno formador de cartilago, poco frecuente, que se localiza principalmente en las manos y los pies de adultos entre 30 y 60 años. Aproximadamente dos tercios de estos tumores están compuestos por lóbulos de cartilago hialino maduro, pero pueden presentar características histológicas menos frecuentes como fibrosis, osificación, cambios mixoides, calcificación distrófica, áreas de proliferación granulomatosa, o zonas hipercelulares que se asemejan a un condroblastoma.

Material y método: Varón de 53 años. Presenta historia de consulta a diferentes especialistas y repetidas pruebas diagnósticas por dolor crónico sobre región subungueal del pulgar izquierdo. Se realiza diagnóstico de tumor glómico, con lesión puntiforme azulada objetivable a través de la uña, con dolor intenso a la palpación y ligera impronta ósea en el estudio RMN. Se realiza escisión microscópica con conservación ungueal.

Resultados: El paciente refiere mejoría ostensible. Tras un mes de seguimiento consulta por bultoma en pulpejo del IV dedo de la misma mano. Con sospecha diagnóstica de lipoma se programa para cirugía. En el acto quirúrgico se halla colección de material blanquecino de consistencia gomosa y forma alargada de unos 6 cm de diámetro mayor. El estudio anatomopatológico confirma diagnóstico de "condroma de partes blandas. Variedad imitador de condroblastoma". La evolución del paciente es favorable. Sin recidiva actual.

Comentarios y conclusiones: La variedad "imitador de condroblastoma" es una variante poco conocida del condroma de partes blandas, caracterizada por ser una lesión hiper celular, compuesta por células gigantes multinucleadas en cantidad variable y células condroblásticas poligonales o elongadas, de citoplasma eosinófilo amplio y núcleo excéntrico y ovalado, con presencia de finas calcificaciones pericelulares con patrón en enrejado. Esta variante además puede tener lóbulos de cartilago hialino maduro, mixohialino o estar constituida en su práctica totalidad por áreas similares al condroblastoma. En cuanto al pronóstico, parece ser similar al de los condromas convencionales de partes blandas, que presentan una tasa de recidiva de 17-18%.

CC-520. FRACASO DE PLACA DE ARTRODESIS EN LA COLUMNA DEL PULGAR

F. Cebrián Córdoba, P. Sánchez Angulo, M. Hernández Torralba, P. Nicolás Gil, S. Amor Jiménez, A. Pérez García y F. Albaladejo Mora
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: La artrodesis es un procedimiento quirúrgico muy efectivo en el tratamiento con diversas indicaciones en la columna del pulgar, desde la artrosis trapezometacarpiana, y sus complicaciones evolutivas, a las inestabilidades crónicas, procesos inflamatorios y degenerativos, paralíticos y traumáticos metacarpofalángicas.

Material y método: Se presentan cuatro pacientes con tratamiento mediante artrodesis con placa condílea. Dos de ellos sobre la articulación trapezometacarpiana como tratamiento para la rizartrrosis, y otros dos sobre la articulación metacarpofalángica inestable. En todos los casos, tras mejoría clínica inicial y reinserción laboral, sufrieron episodio de dolor súbito con limitación funcional e inflamación regional, hallándose rotura de la placa en el estudio radiográfico. Como tratamiento de rescate se realizó cirugía de recambio con implante de nueva placa de artrodesis, de mayor perfil, sin nuevas complicaciones.

Resultados: El bajo perfil de las placas condíleas resultó insuficiente para contener las fuerzas y demandas funcionales a las que se encuentra sometida esta área, por lo que mejor indicación hubiera sido el implante de placas de mayor consistencia.

Comentarios y conclusiones: El primer dedo y la columna que lo sostiene está sujeto a una gran demanda funcional en todas las acciones de la mano. Es posible artrodesar diversos segmentos sin disfunción para la oposición y gestos de pinza, siendo tratamiento de elección en diversas patologías. Para aumentar la probabilidad de éxito existen diversos implantes específicos de la zona, así pues, los intentos de cirugías con menor agresión e impacto estético no deben suponer una prioridad.

CC-521. RESECCIÓN FRENTE A RECONSTRUCCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES ÓSEO EN METACARPÍANOS. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

F. Cebrián Córdoba, P. Nicolás Gil, P. Sánchez Angulo, M. Hernández Torralba, S. Amor Jiménez, A. Pérez García y F. Albaladejo Mora

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes u osteoclastoma, constituye el 2º tumor óseo primario en frecuencia de la mano con mayor incidencia en la tercera década de la vida y predominancia en el sexo femenino. A pesar de no pertenecer a una estirpe sarcomatosa, se considera una lesión localmente agresiva en mano y radio distal con un desarrollo del 1 al 2% de metástasis histológicamente idénticas al tumor primario, y alta tasa de recurrencia (40-60%).

Material y método: Paciente 1: varón de 38 años, marroquí, que acude a consulta externa para revisión de "tumor de células gigantes del III MTC de la mano derecha" tratado quirúrgicamente hacía 8 meses en su país de origen mediante curetaje de la lesión sin aporte adicional de injerto óseo. En la exploración física se advertía dolor a la palpación, con aumento de partes blandas y rigidez metacarpo-falángica. La radiografía simple muestra una lesión lítica metafiso-epifisaria distal con gran deformidad e insuflación cortical, que genera una discrepancia en longitud del III MTC de 2-3 cm. Sin evidencia de reacción periostica ni afectación del hueso subcondral. Con la sospecha de recidiva tumoral se solicita estudio RM donde se aprecia destrucción ósea de la epífisis distal del III MTC, sin afectación de partes blandas adyacentes. Paciente 2: mujer de 59 años que acude a urgencias tras traumatismo banal a nivel del tercer dedo de la mano derecha. En la

exploración física presentaba dolor e impotencia funcional a nivel de la cabeza del III MTC. Diagnosticado como "fractura oblicua corta del cuello del III MTC" se trata mediante inmovilización con sindactilia III-IV y férula conformada. A las tres semanas, se observa en la revisión radiográfica una lesión lítica epifisaria distal del III MTC con trazo de fractura en proceso de consolidación, sin afectación de falanges ni metacarpianos adyacentes. No se evidencia alteración articular ni reacción periostica.

Resultados: El caso 1 representaba la recurrencia tumoral como resultado de un tratamiento insuficiente. Dada la destrucción ósea residual, la juventud, y la demanda funcional y laboral del paciente, se optó por la amputación reglada del III radio en lugar de intentar la reconstrucción, con un resultado clínico y funcional excelente. Sin recidiva a los tres años de seguimiento. En el caso 2, se consideró que el curetaje de la lesión con relleno de injerto óseo, sería capaz de controlar la patología debido a la integridad cortical ósea y la ausencia de extensión del tumor, conservando estrato óseo, la funcionalidad y el aspecto cosmético. Sin embargo, en la última revisión a los ocho meses de la cirugía se constata recidiva local, por lo que según nuestra experiencia, la amputación reglada del radio constituye la opción más fiable.

Comentarios y conclusiones: El comportamiento biológico del tumor en cuanto a agresividad local, multicentricidad (el 18% de los casos de los que aparecen en la mano), potencial de metastatización (especialmente a pulmón) y elevada tasa de recurrencia (del 80-90% en algunas series), hace necesario obviar los criterios de conservación de la funcionalidad, siempre que no sea posible garantizar unos márgenes de resección fiables, sobre todo si ya existen manifestaciones de la capacidad invasiva del tumor (fracturas patológicas, invasión de partes blandas). Cabe destacar que la reconstrucción lleva asociado, en la mayoría de casos, la rigidez e incongruencia articular metacarpo-falángica residual como secuela, ya que solamente se repara satisfactoriamente el componente óseo (no así estructuras capsulares, ligamentos, poleas tendinosas...), haciendo necesario valorar la amputación reglada del radio completo, con un resultado funcional excelente (excepto en el pulgar) como elección en aquellos pacientes más jóvenes, activos y con demanda laboral. Por tanto, los esfuerzos reconstructivos quedarían reservados a aquellos casos seleccionados donde la apariencia física constituye el mayor dilema (suelen ser ancianos).

CC-522. NECROSIS AVASCULAR COMBINADA DE SEMILUNAR Y PIRAMIDAL DEL CARPO

F. Cebrián Córdoba, P. Sánchez Angulo, P. Nicolás Gil, S. Amor Jiménez, M. Hernández Torralba y F. Albaladejo Mora

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Se presenta hallazgo casual de necrosis avascular combinada de huesos semilunar y piramidal del carpo.

Material y método: Mujer de 67 años. En tratamiento crónico con corticoides, acude a Consulta externa por dolor crónico sordo en muñeca derecha y limitación funcional leve sin antecedente traumático.

Resultados: En la radiografía simple no se advierten lesiones óseas agudas ni deformidad aparente. Se realiza estudio TC que revela "necrosis avascular selectiva de los huesos semilunar y piramidal de la primera hilera del carpo derecho". Actualmente se encuentra a la espera de tratamiento definitivo tras estudio anatómo-patológico.

Comentarios y conclusiones: Esta entidad no se encuentra publicada, su origen multifactorial incluye la hiperlipidemia, tratamiento crónico con corticoides, lupus eritematoso sistémico. La aparición de dolor selectivo en pacientes de riesgo debe ser estudiada con pruebas complementarias para un diagnóstico certero.

CC-523. DOBLE LUXACIÓN EN DEDO DE LA MANO

F.J. Carrillo Piñero, L. Clavel Rojo, J.P. García Paños, J. Martínez Ros, M. López Antón, S. Illán Franco, S. García Hortelano y J.M. Moreno Fernández

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Los traumatismos de la mano son muy frecuentes, mereciendo una especial mención dentro de ellos las lesiones capsuloligamentosas digitales (esguinces y luxaciones), cuya localización predominante es a nivel de la articulación interfalángica proximal de los dedos largos y articulación metacarpofalángica del pulgar. Es necesario realizar un correcto diagnóstico y tratamiento de dichas lesiones, teniendo en cuenta que, para obtener un resultado final satisfactorio, es preciso evitar tanto el exceso terapéutico como la insuficiencia del mismo. Presentamos un caso de luxación de interfalángica proximal y distal en un mismo dedo.

Material y método: Paciente 74 años que sufre caída sobre la mano derecha con traumatismo directo contra una puerta. A la exploración se observa importante deformidad de quinto dedo con impotencia funcional. En la radiografía anteroposterior y lateral se observa luxación dorsocubital de articulación interfalángica proximal y distal de quinto dedo. Se realiza reducción cerrada más inmovilización mediante férula digital durante 2 semanas y tras retirada de esta movilidad progresiva.

Resultados: El paciente ha recuperado balance articular con flexo extensión completa y sin defectos en el eje rotacional. No dolor ni signos de inestabilidad.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones capsuloligamentosas graves (luxaciones) de la articulación de los dedos de la mano tienen una especial trascendencia, debido a las secuelas que ocasionan en un porcentaje no despreciable de casos. El caso presentado es poco habitual, ante un traumatismo fuerte en la mano la luxación más frecuente es en la articulación interfalángica proximal. Al sufrir luxación en dicho lugar la fuerza del mecanismo de producción se disipa, por ello es difícil sufrir luxaciones de dos articulaciones contiguas. El tratamiento no difiere del de la luxación de una sola articulación; reducción cerrada y comprobación de la estabilidad, y si esta no es posible o la articulación permanece inestable se optaría por tratamiento quirúrgico.

CC-524. BILATERAL BIPARTITE PROXIMAL POLE CARPAL SCAPHOID BONE. TRAUMATIC OR CONGENITAL ETIOLOGY?

F. Requena Sánchez, E. López Herrada, R. Cardona Santana y M.A. Delgado Alaminos

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Bipartite scaphoid is a congenital anomaly of the carpal scaphoid which has already been described in literature. It is a rare deformity, with an aetiology that is still under discussion. There are two main hypotheses: congenital, due to an independent ossification of two separate nuclei, and traumatic, following unidentified fracture of the scaphoid during childhood. Congenital aetiology is advocated for the association with many congenital malformation syndromes, specially with Holt-Oram Syndrome. The aim of this study is to include the surgical findings as an argument to support the traumatic hypothesis in one case of possible bilateral bipartite scaphoid.

Material y método: We report a case of a 19-year-old patient with bilateral bipartite scaphoid who was admitted to our Hospital for evaluation of a persistent bilateral wrist pain. X-ray showed bilateral proximal pole bipartition, equal density in both ossicles, sclerotic edges without degenerative changes in the radial scaphoid carpal articulation. Exeresis of the proximal pole and reinsertion of the scapholunate ligament was performed in both wrists, with a one year period of time between each surgery.

Resultados: Surgical findings in both wrists showed fibrous cartilage similar to other cases of pseudoarthrosis. No hyaline cartilage was found on the adjacent surfaces of the ossicles.

Comentarios y conclusiones: Although no history of trauma was recognized in this case, and the condition of bilateral lesion could make us believe in a congenital aetiology; the x-ray, clinical and surgical findings support that this is a traumatically acquired condition.

CC-525. RESCATE DE ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON PLACA DORSAL DE RADIO DISTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

H. Gómez Santos, J.C. Sánchez Hernández, P. García Medina, C. Justo Astorgano, T. del Olmo Hernández, M.C. Sanz Pascual, C. Hernández Galera y J. Díaz Heredia

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La artrodesis en la muñeca reumatoide es necesaria con frecuencia. Estaría indicada en pacientes que requieran una reconstrucción radiocarpiana y que van a tener una alta demanda de su muñeca o aquellos que presentan una significativa deformidad o inestabilidad de la muñeca, una escasa potencia extensora o una deficiente reserva ósea. La síntesis con placa ofrece una fijación sorprendentemente buena incluso en hueso blando, reumatoideo. Aporta una fijación más reproducible en extensión leve y no interfiere con los espacios intramedulares. Las placas dorsales de bloqueo ofrecen una solución para tratar lesiones complejas de la muñeca que necesitan ser abordadas desde el lado dorsal del radio.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 49 años diagnosticada de artritis reumatoide estadio IV de años de evolución, quien presenta como antecedente fracaso de artrodesis de muñeca izquierda (osteosíntesis con 3 agujas de Kirschner y matriz ósea interpuesta), cursando con pseudoarthrosis 11 meses después. La paciente presentaba inicialmente intensa afectación artrítica radiocubital distal, radiocarpiana y mediocarpiana con ausencia de huesos del carpo y desarticulación metacarpofalángica. Fue reintervenida empleando el abordaje dorsal previo de muñeca, refrescando los extremos óseos y sintetizándolos con una placa dorsal de extremidad distal de radio Acu-Loc, reforzando la síntesis interponiendo Kryptonite intermetal.

Resultados: Preciso una inmovilización con férula antebraquial durante un periodo de 60 días. Seguida de una inmovilización nocturna con férula termoplástica volar de muñeca hasta consolidación completa. Se han realizado controles radiográficos seriados comparándolos entre sí y con el estudio postoperatorio inicial, verificando progresivamente la fusión. Realizó fisioterapia controlada para potenciación muscular en dicha muñeca. Actualmente se encuentra completamente asintomática, presenta fuerza 4/5 respecto a contralateral y sensibilidad completa.

Comentarios y conclusiones: Atendiendo a los resultados a corto plazo de nuestro caso, la placa dorsal de radio distal podría considerarse una opción terapéutica a tener en cuenta en la fijación de artrodesis total en muñecas reumáticas, pues proporciona una fijación rígida y estable en el hueso debilitado.

CC-526. LIBERACIÓN ARTROSCÓPICA DEL TÚNEL CARPIANO. NUESTRA EXPERIENCIA

H. Gómez Santos, J.C. Sánchez Hernández, C. Justo Astorgano, J. Díaz Heredia, M.C. Sanz Pascual, C. Hernández Galera, T. del Olmo Hernández y P. García Medina

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: En los últimos años se han desarrollado técnicas endoscópicas en un intento de reducir el dolor postoperatorio y la cicatriz dolorosa tras el tratamiento mediante cirugía abierta. Se

han descrito complicaciones graves en la literatura, lo que suscita controversias sobre el valor de esta técnica, aunque también se ha comprobado que puede realizarse con seguridad por cirujanos experimentados siendo los resultados muy satisfactorios.

Material y método: Analizamos los resultados retrospectivos de 9 pacientes intervenidos en nuestro hospital, en 7 muñecas derechas y 2 izquierdas, con edades comprendidas entre los 31 y los 77 años, mediante una liberación artroscópica del túnel carpiano. La serie comprende 3 varones y 6 mujeres, con una afectación neuropática moderada electromiográfica del nervio mediano a su paso por la muñeca. Se realizó en el mismo acto quirúrgico un procedimiento adicional en dos de los casos, por rotura del fibrocartilago triangular y artrosis trapeziometacarpiana.

Resultados: Tras el procedimiento la mayoría de los pacientes se encontraban satisfechos, con desaparición de la clínica, sin persistencia de los síntomas en ninguno de los casos ni recidiva durante su seguimiento. Todos los pacientes en edad laboral, reanudaron tempranamente sus actividades.

Comentarios y conclusiones: Esta técnica en manos experimentadas ofrece ventajas evidentes como la disminución del dolor postoperatorio, conservación de la fuerza de prensión y pinza, acortamiento del tiempo de recuperación y un mejor resultado global que con la cirugía abierta.

CC-527. FRACTURA LUXACIÓN DE F2. RAFI + FIJADOR EXTERNO

H. Gómez Santos, J.C. Sánchez Hernández, C. Justo Astorgano, M.C. Sanz Pascual, J. Díaz Heredia, C. Hernández Galera, T. del Olmo Hernández y P. García Medina

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de las falanges de las manos son bastante frecuentes. Tan solo el 15% de las mismas se tratan de forma quirúrgica. Todas precisan de una movilización precoz de las articulaciones para disminuir las rigideces. Si se trata de una fractura inestable el objetivo del tratamiento debe ser conseguir una reducción anatómica, proporcionando una adecuada estabilidad para realizar una movilización precoz.

Material y método: Paciente de 17 años, sin antecedentes de interés, que es diagnosticado de fractura luxación de la base de la falange media del 2º dedo de la mano izquierda, tras caída casual.

Resultados: Tratándose de una fractura inestable y articular se optó por el tratamiento quirúrgico, mediante reducción abierta y fijación interna con 3 minitornillos interfragmentarios. Para conseguir la movilización precoz de los dedos se empleó adicionalmente un fijador externo de tracción articular. El fijador fue retirado a las 3 semanas del proceso. Tras 18 meses de seguimiento el paciente mantiene movilidad articular completa, sin ninguna complicación adicional.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de la base de la falange media se producen por carga axial y son de mal pronóstico. Los fijadores externos dinámicos permiten realizar artrodiastasis interfalángica para una movilización de forma precoz tras una síntesis estable y evitar así rigideces.

CC-528. ARTROPLASTIA DE INTERPOSICIÓN CON ARTELON. NUESTRA EXPERIENCIA

H. Gómez Santos, J.C. Sánchez Hernández, P. García Medina, C. Justo Astorgano, J. Díaz Heredia, M.C. Sanz Pascual, C. Hernández Galera y T. del Olmo Hernández

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La artrosis de la base del pulgar es una patología muy frecuente y limitante para el paciente que la padece.

Existen numerosas alternativas para su tratamiento, tanto conservadoras como quirúrgicas. Esta técnica permite el tratamiento de los estadios I, II, III y en ocasiones el estadio IV de Eaton, mediante la interposición de un espaciador sintético de forma mínimamente invasiva y asistida por artroscopia.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo sobre los pacientes intervenidos en nuestro centro mediante artroplastia de interposición con Artelon en las rizartrosis. Analizaremos los resultados en un grupo de cuatro pacientes, diagnosticado de rizartrosis, que no han mejorado con tratamiento médico ni rehabilitador. Los criterios de inclusión fueron dolor incapacitante del pulgar, refractario a tratamiento conservador, con un buen balance articular relativo del pulgar. La serie comprende pacientes con una edad media de 52 años, 1 varón y los restantes mujeres, afectos de artrosis trapeziometacarpiana en 3 manos derechas y 1 izquierda, intervenidos por el mismo cirujano principal.

Resultados: Clasificamos los pacientes preoperatoriamente según la clasificación de Eaton-Littler-Burton en estadios atendiendo a la afectación articular que presentaban. Los resultados fueron analizados en todos los pacientes por el mismo cirujano, diferente al ejecutor. Los resultados clínicos y funcionales se analizaron mediante un protocolo estandarizado para todos los pacientes que incluía el índice Kapandji para medir la oposición del pulgar, la fuerza mediante un dinamómetro y empleando el Jamar Pinch Test, el Nine Hole Peg Test y el SODA score para la función y el SODA score y el MHQ score para el grado de dolor. Así mismo se hizo una valoración radiográfica protocolizada, comparando y recogiendo datos pre y postoperatorios en todos los pacientes, y se recogieron y analizaron las complicaciones surgidas en esta serie.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de esta patología con una técnica poco agresiva, ofrece importantes ventajas y consigue buenos resultados, sin limitar posibles y futuras cirugías de rescate.

CC-529. OSTEOMA OSTEÓIDE DE ESCAFOIDES CARPIANO

I. Esteban Feliu, N. Vidal Tarrason, A. Lluch Bergadà, M. Llusà Pérez y X. Mir Bullo

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: El osteoma osteoide (OO) localizado en los huesos carpianos es uno de los motivos de dolor en la muñeca sin antecedente traumático. A este nivel puede no presentar todas las características clínicas que suele tener en otras localizaciones.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 23 años que acudió para valorar el dolor severo, tumefacción y limitación de la movilidad que presentaba desde 2 años antes en la zona radial de la muñeca derecha. No referiría antecedente traumático. Un año antes había sido intervenido para obtener muestras de tejido sinovial, con cultivo negativo y AP informada de sinovitis crónica. La Rx mostraba un aumento de densidad en el tercio medio del escafoide. La gammagrafía ósea objetivaba un hiper captación en toda la zona radial de la muñeca. El TAC confirmó la presencia de un nidus que orientó el diagnóstico hacia un OO. Se procedió a la exéresis quirúrgica de la lesión por un abordaje dorsoradial, relleno con autoinjerto de radio y estiloidectomía radial.

Resultados: Tras la intervención la sintomatología dolorosa preoperatoria desapareció casi por completo, llegando a estar asintomático a los 3 meses de la cirugía.

Comentarios y conclusiones: El OO debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor severo de la muñeca y mano sin antecedente traumático. La exéresis de la lesión produce la mejoría de la clínica dolorosa.

CC-530. RECONSTRUCCIÓN DEL LECHO UNGUEAL TRAS LA RESECCIÓN EN BLOQUE DE UN TUMOR GLÓMICO MEDIANTE COLGAJO LAMINAR PEDICULADO

I. Esteban Feliu, N. Vidal Tarrason, A. Lluch Bergada, M. Llusà Pérez y F.J. Mir Bullo

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Describir la reconstrucción del lecho ungueal mediante un colgajo laminar pediculado de la zona adyacente tras la resección en bloque de un tumor glómico, y presentar el resultado a largo plazo.

Material y método: Mujer de 34 años de edad acude a consulta por dolor severo en región distal dedo anular derecho sin antecedente traumático. Refería aumento del dolor a la exposición al frío. En la exploración física parecía existir una zona de enrojecimiento del lecho ungueal, sin signos inflamatorios ni alteraciones de la parte queratinizada de la uña. La radiografía simple era normal, la RMN era compatible con tumor glómico.

Resultados: Se procedió a intervenir a la paciente. Tras levantar la parte queratinizada de la uña, se identificó la lesión del lecho y se procedió a la resección en bloque de la lesión. Para reconstruir el defecto creado y garantizar que el nuevo crecimiento ungueal se produjera sobre una superficie lisa, se procedió a levantar un colgajo laminar de lecho ungueal de la zona adyacente. Posteriormente se volteó el colgajo (a modo de hoja de libro), y se suturó en los márgenes del defecto. Por último se colocó la parte queratinizada como protección fijada con dos suturas laterales. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de tumor glómico. La clínica dolorosa desapareció casi inmediatamente. Al control tras 2 años permanece asintomática, con una movilidad del dedo normal. La uña presentó una superficie lisa prácticamente desde el primer crecimiento de la parte queratinizada, manteniéndose hasta el momento.

Comentarios y conclusiones: La preservación y la reconstrucción del lecho ungueal es uno de los objetivos primordiales a la hora de realizar la exéresis de una lesión tumoral a dicho nivel. Existen diferentes técnicas descritas en la literatura. La reconstrucción del lecho ungueal mediante un colgajo laminar pediculado es una buena opción de tratamiento, obteniéndose en nuestro paciente un resultado satisfactorio.

CC-531. DOLOR CRÓNICO DE MUÑECA Y MANO DEBIDO A TENOSINOVITIS CRÓNICA POR BRUCELLA

I. Esteban Feliu, A. Lluch Bergada, N. Vidal Tarrason, M. Llusà Pérez, J. Cortina Gualdo y F.J. Mir Bullo

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La brucelosis es una zoonosis. Típicamente es una enfermedad febril sistémica, siendo la infección ósea y articular infrecuente. Aunque, la enfermedad osteoarticular sea la complicación más frecuente. La sacroileítis es la manifestación más frecuente, más característica en pacientes jóvenes.

Material y método: Mujer 34 años, trabajadora en un matadero avícola, acude a consulta con historia de tumefacción dolorosa en muñeca y mano derechas de 2 años de evolución. A la exploración presentaba tumefacción y dolor a la palpación región volar muñeca y mano a nivel del primer y quinto dedos derechos, con dolor al estiramiento pasivo de dichos dedos. Se realizan pruebas complementarias convencionales, que resultaron anodinas, se realizó resonancia magnética, informada como extensa y difusa tenosinovitis flexora con líquido y engrosamiento con extensas proliferaciones sinoviales, a descartar enfermedad glanulomatosa. Se programa la paciente para sinovectomía-biopsia a cielo abierto. Los resultados histológicos mostraron sinovitis crónica inespecífica con importante componente fibrinoide. Por la ocupación de la paciente, se practicaron serologías para brucelosis.

La reacción del rosa de Bengala para Brucella fue positiva. En los cultivos se aisló Brucella sp. Siendo diagnosticada de tenosinovitis crónica por Brucella.

Resultados: Se inició tratamiento antibiótico con doxiciclina 100 mg/12h durante ocho semanas, asociada a estreptomycin 1 g/24h las dos primeras semanas. Doce semanas después de la intervención, finalizado el tratamiento antibiótico, sin dolor, con buen aspecto de cicatriz y correcta movilización de muñeca y dedos.

Comentarios y conclusiones: La monoartritis es una forma de brucelosis localizada, aunque es una forma rara de presentación y, la mayoría de casos son artritis reactivas en lugar de sépticas. La afectación de la muñeca en la brucelosis es muy rara. Otros casos descritos en la literatura, también relatan otra clínica como de síndrome de túnel del carpo o alteración en las radiografías como son erosiones subcondrales en varios huesos del carpo y signos de osteomielitis en el hueso ganchoso.

CC-532. CORRECCIÓN DE MANO ESPÁSTICA SECUNDARIA: TRASPOSICIONES TENDINOSAS MÚLTIPLES MÁS ARTRODESIS ARTICULACIÓN TRAPECIOMETACARPIANA

I. Sancho González, I. Orradre Burusco, J. Rey Vasalo, M. Ercilla Oyarzábal, M. Menéndez García, S. Gozzi Vallejo, M. Gil Arbiol y D. Sánchez Guardamino Sáenz

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Mostrar nuestra experiencia en la corrección tardía de la mano espástica con cirugías previas, a propósito de un caso.

Material y método: Paciente varón de 50 años de edad, con antecedentes de parálisis cerebral infantil con retraso psicomotor y distonía de extremidades derechas, antecedentes de crisis cólicas, quemaduras y cirugía correctora para la disfunción de la extremidad superior en la infancia sin aportar informes quirúrgicos. Presentando en la exploración física una actitud permanente en desviación cubital y flexión de mano, no fijas. Pulgar aducto y flexo fijo grado III combinado con retracción cutánea de primera comisura e hiperlaxitud de articulación MF. El paciente procesa adecuadamente órdenes verbales sencillas, consiguiendo realizar movimientos concretos de extensión con EPL, EDC en una posición funcional de la muñeca y flexión con FCP, FPL, FCR. Se procede a realizar corrección quirúrgica a través de incisiones previas, observando trasposición de FCU a ECRB. Con retensado de plastia previa, plastia en tridente de 1ª comisura, liberación musculatura tenar, capsulodesis volar en articulación MF, artrodesis trapecio metacarpiana más tenodesis APL+EB, para mantener abducción del 1º dedo. Alargamiento fraccionado FCR, FPL y FDS. Férula de inmovilización 3 semanas.

Resultados: Evolución favorable tras el procedimiento quirúrgico, obteniendo un uso aceptable de la extremidad previamente excluida por falta de funcionalidad de la misma, en actividades sencillas.

Comentarios y conclusiones: Las trasposiciones tendinosas permiten recuperar parte de la funcionalidad perdida de una extremidad de manera fiable, permitiendo el posicionamiento de la misma para realizar actividades, con un mejor resultado funcional que puede variar en función de la capacidad del paciente con alteración psicomotriz en integrar órdenes y movimientos recomendados.

CC-533. MINIFIJADOR PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURA-LUXACIÓN DE LA ARTICULACIÓN IFP

I. Martín Concepción, J. de Torres Urrea, S. Domínguez Díaz y J.L. Jumilla Carrasco

Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: La articulación más comúnmente luxada en el cuerpo humano y por lo tanto en la mano es la interfalángica proxi-

mal (IFP). La gravedad de la lesión es frecuentemente subestimada lo que repercute en un tratamiento inadecuado con morbilidad a largo plazo. El sentido de la luxación generalmente es dorsal aunque pueden ocurrir luxaciones laterales o volares.

Material y método: Paciente varón de 19 años con AP de 2 luxaciones de la articulación IFP del 4º dedo de la mano derecha. Acude a urgencias 2 semanas después de un nuevo traumatismo en el 4º dedo. Dx: Fx-luxación posterior IFP del 4º dedo derecho. Tto: artroplastia con interposición de la placa volar con arpón y colocación de minifijador Pennig. El fijador se utiliza a modo de distractor y para mantener una inmovilización durante 5 semanas.

Resultados: El paciente después de rehabilitación consigue una extensión completa y flexión de 90º al mes de la retirada del fijador.

Comentarios y conclusiones: La fractura-luxación de la articulación IFP es una patología frecuente con múltiples tratamientos y con resultados variables que generalmente provocan una limitación de la flexo-extensión. En este caso, el tratamiento con el minifijador nos permite mantener una inmovilización y distracción con la articulación reducida a la espera de que curen las partes blandas.

CC-534. TRATAMIENTO DE LA FRACTURA-LUXACIÓN DE LA ARTICULACIÓN CARPOMETACARPIANA DEL QUINTO DEDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Cervera Irimia, J.A. Herrera Molpeceres y A. Santacruz Arévalo

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Las fracturas-luxaciones de la articulación carpometacarpianas (CMC) del quinto dedo se asemejan a la fractura de Bennett, siendo lesiones mucho menos frecuentes. La fuerza dirigida axialmente sobre el quinto metacarpiano produce la fractura y lesiona los ligamentos estabilizadores intermetacarpianos, que junto con la acción que ejercen el extensor y flexor cubital del carpo a través del ligamento pisimetacarpiano y la tracción del abductor del quinto dedo sobre el ganchoso, provocan la luxación e inestabilidad CMC del quinto dedo.

Material y método: Presentamos un paciente de 16 años, sin antecedentes médicos de interés, que tras golpear una pared presenta dolor y deformidad en región cubital de la mano. Tras el estudio radiográfico es diagnosticado de fractura intraarticular de la base del cuarto dedo y fractura-luxación de la articulación CMC del quinto dedo. Debido a la inestabilidad de la lesión se decide intervención quirúrgica mediante reducción cerrada con tracción longitudinal del dedo y presión lateral de la base del quinto metacarpiano y osteosíntesis percutánea mediante la implantación de dos agujas de Kirschner fijadas entre el cuarto y quinto metacarpiano y una aguja de Kirschner fijada transarticular. Posteriormente se colocó una férula cubital antebraquial.

Resultados: La evolución postoperatoria fue favorable. Se mantuvo la férula durante 2 semanas. Tras la retirada de la férula se iniciaron movimientos progresivos de los dedos y a las 6 semanas se procedió a la extracción de las agujas de Kirschner. Actualmente el paciente se encuentra sin dolor y con un buen rango de movilidad.

Comentarios y conclusiones: No existe un acuerdo en la literatura sobre el tratamiento óptimo de estas fracturas, sin embargo la mayoría de los autores coinciden en que la reducción cerrada de estas fracturas suele ser inestable y es necesario, por tanto, la fijación percutánea para mantener la reducción. Además la reducción e inmovilización únicamente con escayola puede provocar que pase inadvertida una reluxación debido a la dificultad en la interpretación radiográfica que presentan las superposiciones óseas y el artefacto del yeso.

CC-535. FRACTURA-LUXACIÓN RADIOCARPIANA TRANSESTILOIDEA CON LUXACIÓN DE LA ARTICULACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL ASOCIADA: CASO CLÍNICO

J. Cervera Irimia, F. Cotón Cabañero y R. Laredo Rivero

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: La luxación radiocarpiana es una lesión infrecuente, 0,2% de todas las luxaciones. Puede asociarse a fracturas de apófisis estiloides de radio y/o cúbito y ocasionalmente de fracturas marginales de radio. Por lo general son causadas por traumatismos de alto impacto. Presentamos un varón de 30 años con luxación radiocarpiana y fractura de estiloides radial.

Material y método: El paciente acude a urgencias tras traumatismo sobre la mano en una caída de motocicleta, y es diagnosticado de luxación radiocarpiana con fractura de estiloides radial. Se realiza de forma urgente, bajo anestesia general, maniobras de tracción y contracción para reducción cerrada y posteriormente inmovilización de muñeca con fijador externo y osteosíntesis percutánea de apófisis estiloides de radio con aguja de Kirschner.

Resultados: Se retiró el fijador y la aguja de Kirschner a las 6 semanas. Posteriormente se incorporó a un programa de rehabilitación para mejorar rangos de movimiento. A las 12 semanas de la lesión se observa un arco de movilidad de 60º de flexión, 60º de extensión, 15º de desviación cubital, 10º de desviación radial y niega dolor. Se incorporó a sus actividades cotidianas sin restricción alguna.

Comentarios y conclusiones: La fijación correcta de la estiloides radial es primordial, siendo necesario corregir al menos la deformidad de urgencia para mejorar el estado neurovascular que se encuentra muchas veces comprometido. Es necesario estabilizar quirúrgicamente las lesiones, obtener una reducción anatómica y alinear las articulaciones, para obtener el mejor resultado funcional y un menor deterioro de la articulación con el paso del tiempo.

CC-536. REVISIÓN DE LAS FRACTURAS DE MUÑECA INTERVENIDAS CON PLACA LCP, VÍA VOLAR EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA

J. Minaya García, R. Escudero Marcos, N. Alonso García, D. Pérez Bermejo, I. Aguado Maestro, M.F. García Alonso, H.J. Aguado Hernández y J. Nistal Rodríguez

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción y objetivos: La osteosíntesis con placa volar en fracturas de muñeca es una opción en el tratamiento de fracturas de tercio distal de radio, en especial en aquellas intraarticulares, con gran comunicación dorsal o en aquellos pacientes jóvenes con grandes requerimientos físicos. Realizamos una revisión de los pacientes que precisan la realización de esta técnica en nuestro hospital, valorando los criterios para su indicación, complicaciones y evolución con seguimiento mínimo de un año.

Material y método: Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio por fractura de tercio distal de radio e indicándose RAFI con placa volar, con seguimiento mínimo durante un año, realizando un análisis bibliográfico comparativo con nuestros resultados.

Resultados: Se ha intervenido 45 pacientes con esta técnica, con una edad media de 55 años, recuperación funcional prácticamente completa, a excepción de 3 pacientes que presentan dolor localizado y se acompaña de una limitación en la flexo-extensión tanto activa como pasiva. Un paciente presentó clínica de síndrome de túnel carpiano precisando nueva intervención. Se retiró la inmovilización a la semana, a excepción de diez pacientes que se les mantuvo durante el

primer mes. No ha precisado ninguno de ellos la retirada del material de osteosíntesis.

Comentarios y conclusiones: Nos encontramos con una serie con resultados similares a los demás publicadas, pero sin un protocolo claro, ni en las indicaciones ni en el seguimiento de los pacientes. Se trata de una técnica accesible, con muy buenos resultados funcionales siempre que la indicación sea la adecuada.

CC-537. SÍNDROME DE CANAL CARPIANO POR COMPRESIÓN DEL LUMBRICAL

J.R. Caballero Martel, B. Romero Pérez, J. Nuez García, D. Barahona Lorenzo, S. Barroso Rosa, H. Almeida Merino, A. Peiró García y J.A. Medina Henríquez

Complejo Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: El síndrome del canal carpiiano es el resultado de la compresión del nervio mediano en el túnel del carpo. Consiste principalmente en parestesias y adormecimiento en la distribución nerviosa típica del nervio mediano que se exacerban principalmente por la noche. Cualquier circunstancia que produzca una ocupación del túnel carpiiano o limite su capacidad puede desencadenar los síntomas, entre ellos factores anatómicos como anomalías en los huesos del carpo, acromegalia, flexión y extensión de muñeca; incremento del contenido del túnel carpiiano fracturas del carpo o muñeca, luxaciones o subluxaciones, artritis postraumáticas, músculos aberrantes (lumbricales, palmar menor), tumores locales... Factores neuropáticos como la diabetes mellitus, alcoholismo... enfermedades inflamatorias (lupus eritematoso), etc.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 35 años, trabajador manual, sin antecedentes personales de interés con clínica de adormecimiento de los tres primeros dedos, más parestesias en la misma zona, además el paciente refiere torpeza en los movimientos, sobre todo refiere dichos síntomas durante su jornada laboral. A la exploración presenta Tinel positivo en la región de la muñeca y aparición de los síntomas durante la flexión forzada de la muñeca. El electromiograma lo diagnostica como compresión moderada del nervio mediano a nivel de la muñeca.

Resultados: Se realiza tratamiento conservador sin mejoría clínica, por lo que se decide tratamiento quirúrgico abordando el canal carpiiano a través del ligamento anular del carpo haciendo un colgajo en Z tipo Kapandji, se encuentra sobre todo a la flexión de los dedos un músculo lumbrical que se introduce en el canal y causante de la compresión nerviosa, por lo que se realiza resección del mismo. El paciente mejoró clínicamente pudiéndose reincorporar con normalidad a su trabajo, sin sintomatología alguna.

Comentarios y conclusiones: El síndrome del canal carpiiano es una patología frecuente de la mano del adulto, siendo la compresión del lumbrical una de las etiologías menos frecuentes. La presentación clínica generalmente es nocturna, siendo menos frecuente que se produzca durante el día, hay que realizar una buena exploración física que nos permita descartar signos compresivos a otro nivel. En general basta con el electromiograma como prueba complementaria, aunque si sospechamos una lesión ocupante de espacio habrá que realizar otras pruebas (radiografía, TAC o RMN). El tratamiento consiste en la liberación abierta del ligamento anular, con o sin plastia, en nuestro caso se decidió hacer una plastia ya que el paciente era un trabajador manual, para no perder fuerza de prensión y resecar aquello que nos disminuía de volumen el canal, en este caso parte del músculo lumbrical. Tras una buena liberación la mejoría clínica es significativa.

CC-538. SÍNDROME DE CANAL CARPIANO EN ENFERMEDAD DE HURLER

J.R. Caballero Martel, B. Romero Pérez, J. Nuez García, S. Barroso Rosa, D. Barahona Lorenzo, H. Almeida Merino, A. Peiró García y J.A. Medina Henríquez

Complejo Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: El síndrome del canal carpiiano es el resultado de la compresión del nervio mediano en el túnel del carpo. Consiste principalmente en parestesias y adormecimiento en la distribución nerviosa típica del nervio mediano que se exacerban principalmente por la noche. Cualquier circunstancia que produzca una ocupación del túnel carpiiano o limite su capacidad puede desencadenar los síntomas, entre ellos factores anatómicos como anomalías en los huesos del carpo, acromegalia, flexión y extensión de muñeca; incremento del contenido del túnel carpiiano fracturas del carpo o muñeca, luxaciones o subluxaciones, artritis postraumáticas, músculos aberrantes (lumbricales, palmar menor), tumores locales... Factores neuropáticos como la diabetes mellitus, alcoholismo... enfermedades inflamatorias (lupus eritematoso), etc. En los niños, el síndrome del túnel carpiiano es excepcional, pudiendo ser factores predisponentes la macrodactilia, las enfermedades de depósito lisosomal y la marcada historia familiar de síndrome de canal carpiiano.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 8 años con enfermedad de Hurler con clínica de adormecimiento de los tres primeros dedos, más parestesias en la misma zona, además los padres refieren torpeza en los movimientos. A la exploración presenta Tinel positivo en la región de la muñeca y aparición de los síntomas durante la flexión forzada de la muñeca. El electromiograma lo diagnostica como compresión moderada del nervio mediano a nivel de la muñeca.

Resultados: Se realiza tratamiento conservador sin mejoría clínica, por lo que se decide tratamiento quirúrgico abordando el canal carpiiano y sección longitudinal del ligamento anular del carpo. El paciente mejoró clínicamente tanto clínica como la sensibilidad disminuyendo la torpeza con la mano.

Comentarios y conclusiones: El síndrome del canal carpiiano es una patología frecuente de la mano del adulto, no siendo frecuente en los niños a no ser que exista patología asociada como las enfermedades por depósito. La presentación clínica generalmente es nocturna, siendo menos frecuente que se produzca durante el día, observándose torpeza en los movimientos de las manos. En general basta con el electromiograma como prueba complementaria, aunque si sospechamos una lesión ocupante de espacio habrá que realizar otras pruebas (radiografía, TAC o RMN). El tratamiento consiste en la liberación abierta del ligamento anular. Tras una buena liberación la mejoría clínica es significativa.

CC-539. OSTEOMA OSTEOIDE EN APÓFISIS ESTILOIDES CUBITAL SIMULANDO LESIÓN DEL FIBROCARTÍLAGO TRIANGULAR

J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, A.B. González Gil, J. Gallego Bustos y S. Amillo Garayoa

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La primera descripción del osteoma osteoide (oo) fue realizada por Bergstrand en 1930. Jaffé la describió como identidad independiente en 1935. Aunque cualquier hueso puede estar afecto, la localización en mano y muñeca es rara. Nuestro objetivo es tratar de definir el comportamiento especial del OO en la proximidad de la articulación radiocarpiana, que puede enmascarar la etiología real del dolor.

Material y método: Revisión retrospectiva de un paciente de 37 años con dolor en muñeca derecha de 3 años de evolución, de características inflamatorias, afectando al descanso nocturno y señalado a punta de dedo en el lado cubital de la muñeca. Diagnosticado en otro centro de lesión del fibrocartilago triangular, fue intervenido un año antes vía artroscópica, sin mejora de los síntomas. Presentaba un balance articular conservado con una flexión de muñeca de 80°, una extensión de la misma de 70°; desviación cubital de 45° dolorosa y desviación radial de 25°. Pronosupinación completa. Dolor vivo a la palpación de la estiloides cubital con cambios inflamatorios.

Resultados: La radiografía anteroposterior y lateral de muñeca, objetiva una lesión lítica de bordes escleróticos, de 0,4 mm en estiloides cubital. Aportaba el paciente una artroresonancia de muñeca derecha donde se apreciaba en secuencia potenciada en T2 señal hiperintensa en región del fibrocartilago triangular. No se aprecia el nidus característico del osteoma osteoide. El paciente es intervenido realizando resección de apófisis estiloides cubital asociado a sinovectomía articular con revisión del fibrocartilago triangular que se encontraba íntegro. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de osteoma osteoide.

Comentarios y conclusiones: El OO debe ser considerado en el diagnóstico diferencial del dolor crónico de muñeca. La reacción inflamatoria sinovial puede enmascarar la presencia de la lesión ósea retrasando el diagnóstico o inadecuando el tratamiento. Creemos que es importante tratar este tipo de lesiones con técnicas que permitan la confirmación anatomopatológica.

CC-540. DUPUYTREN TRATADO CON COLAGENASA

J. Andrés Grau, F.J. Carrillo Juliá, M.L. Rodríguez-Miñón Ferrán, J.F. Abellán Guillén, J.E. Gil Gómez y M.A. Sánchez Carrasco

Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Dupuytren es un proceso de naturaleza proliferativa que afecta a la fascia palmar. Los valores de prevalencia de la enfermedad de Dupuytren oscilan según las series publicadas entre el 2-42% de la población general, del 9,9% en pacientes de un grupo de edad comprendido entre los 45-54 años y de hasta un 25,5% en pacientes mayores de 75 años. La enfermedad tiene una prevalencia alta en poblaciones de raza caucásica, en concreto en etnias originarias del norte de Europa, por ello se ha afirmado que es una enfermedad de los celtas y vikingos. En las poblaciones de raza blanca mediterránea y orientales, siempre se ha dicho que la prevalencia es baja, sin embargo los últimos años esto se está poniendo en duda. La enfermedad es extremadamente rara en individuos menores de 16 años. Su prevalencia aumenta con la edad, siendo muy frecuente en pacientes de las últimas décadas de la vida. Según una amplia encuesta realizada por McFarlane (1985) la edad media de comienzo es de unos 49 años y la de intervención quirúrgica a los 58 años. Es ampliamente aceptado que ésta enfermedad es menos frecuente en mujeres que en los hombres en una proporción global 5,1:1. Lo cierto es que la diferencia en la prevalencia es dependiente de la edad. A medida que avanza la edad las diferencias entre hombres y mujeres disminuyen e incluso en la 8ª y 9ª década se iguala la proporción. Aunque no se ha identificado ninguna relación causa-efecto directa, con frecuencia individuos que realizan determinadas actividades, o sufren otros procesos tienen una alta incidencia de enfermedad de Dupuytren: alcoholismo, DM, tabaquismo, epilepsia, entre otros. La naturaleza de la enfermedad de Dupuytren continúa sin esclarecerse del todo. Independientemente de su patogénesis la enfermedad tiene un comportamiento biológico inicialmente similar a una neoplasia benigna fibromatosa que con el tiempo se parece más a los

fenómenos de contracción y maduración propios de los fenómenos cicatriciales mediados por un proceso celular activo miofibroblástico. En la enfermedad de Dupuytren la fascia normal está reemplazada por tejido patológico resultado de los cambios producidos en las bandas y ligamentos. Cabe precisar no obstante que algunos elementos normales no se ven afectados por el proceso. Este es el caso de los ligamentos de sostén del aparato extensor, los ligamentos de sostén cutáneo de Cleland y del ligamento transversal de la aponeurosis palmar (excepto su extensión a la primera comisura que sí puede padecerlo). El diagnóstico de la enfermedad de Dupuytren en sus primeros estadios es difícil y depende de la experiencia. Las primeras manifestaciones como retracciones y endurecimiento de la piel, antes de la formación de los nódulos y de las cuerdas puede ser confundida con otros procesos. La clasificación de Tubiana es la más empleada en clínica, en esta clasificación se mide el grado total de flexión, sumando los grados de contractura de todas las articulaciones. Sumando los grados de contractura de las distintas articulaciones. El objetivo del tratamiento de la enfermedad de Dupuytren es la recuperación de la extensión de los dedos sin pérdida de la flexión. El tratamiento ha evolucionado mucho desde hace unos diez años. En las formas simples, el tratamiento suele ser muy eficaz en más del 80% de los casos. Si existe bloqueo de la articulación, la eficacia es un poco menor (70%). Existen diferentes tipos de cirugía que se pueden realizar: fasciotomía, fasciectomía, cirugía de articulación. Hoy en día, la cirugía mínimamente invasiva permite el tratamiento tanto precoz como tardío de esta enfermedad y ofrece grandes ventajas respecto a la cirugía abierta convencional. Actualmente, se está comenzando a emplear la colagenasa de *Clostridium histolyticum*, cuyo sustrato es el colágeno I y III de la cuerda del Dupuytren. Se puede realizar una inyección intralesional en consulta, obteniéndose buenos resultados.

CC-541. DEFECTOS CUTÁNEOS TRAS LA APLICACIÓN DE COLAGENASA EN EL DUPUYTREN

J. Andrés Grau, F.J. Carrillo Juliá, M.L. Rodríguez-Miñón Ferrán, J.F. Abellán Guillén, J.E. Gil Gómez y L. Ibáñez Martínez

Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y objetivos: La contractura palmar de Dupuytren es una fibromatosis caracterizada por el engrosamiento y acortamiento de la aponeurosis palmar y sus prolongaciones digitales. Inicialmente se manifiesta por un nódulo o engrosamiento de la piel que se fija a la fascia en la región palmar. Es de causa desconocida y de naturaleza progresiva (rapidez variable) e irreversible. Raramente dolorosa. Las colagenasas son proteinasas que hidrolizan colágeno en condiciones fisiológicas. Un tratamiento innovador es el tratamiento con colagenasa. Inyección de Xiapex® en una cuerda de Dupuytren, que se compone principalmente de colágeno intersticial de tipos I y III, conduce a una rotura enzimática de la cuerda. Una de las consecuencias secundarias son los defectos cutáneos al realizar el estiramiento del dedo.

Material y método: Exponemos una serie de casos que estamos tratando en nuestro servicio mediante colagenasa y que han sufrido un defecto cutáneo tras la ruptura de la cuerda al extender el radio afectado tras la administración de la colagenasa.

Resultados: En grados avanzados de la enfermedad se pueden producir defectos cutáneos tras el tratamiento con colagenasa como consecuencia del estiramiento de la piel tras una contractura muy acentuada. Los resultados que hemos obtenido son buenos. Se produce cicatrización por segunda intención con reepitelización del defecto y sin retracción de la piel.

Comentarios y conclusiones: En resumen la colagenasa de *Clostridium histolyticum* ha demostrado ser segura, eficaz y las posibles com-

plicaciones post-inyección parecen ser favorables vs la fasciectomía tradicional.

CC-542. COMPLICACIÓN INUSUAL A LARGO PLAZO TRAS BURTON-PELLEGRINI (B-P)

J.A. Roig Llopis, C. Diago Guiral, F. Corbí Aguirre, V. Rico Ramírez, A. Mora de Sambricio, M. Oldrati Oldrati e I. de Miguel Herrero

Hospital de Manacor. Baleares.

Introducción y objetivos: La artroplastia de resección tipo Burton-Pellegrini (B-P), constituye una de las estrategias terapéuticas para el tratamiento de la artrosis trapeziometacarpiana con mínimas complicaciones. Presentamos una complicación inusual a largo plazo tras una artroplastia B-P: la ruptura del flexor pollicis longus (FPL).

Material y método: Paciente mujer de 52 años, activa laboralmente que durante el año 2004 fue diagnosticada de artrosis trapeziometacarpiana grado III. Se trató mediante la artroplastia de B-Pe inmovilización con yeso durante 5 semanas. En los controles sucesivos a consultas presenta una movilidad completa, una fuerza de puño y digital simétrica al lado no operado. Radiológicamente existe un colapso del espacio de unos 5 mm. A los 3 meses la paciente se incorpora a su actividad laboral y posteriormente es dada de alta de nuestras consultas. A los 7 años acude a urgencias por presentar un déficit de flexión de la interfalángica del pulgar izquierdo. Se orienta como ruptura espontánea del FPL.

Resultados: Se trata quirúrgicamente mediante una transposición del flexor superficial del cuarto dedo, durante la exploración quirúrgica se aprecia un punto de monofilamento sintético perteneciente a la anchoa, que perforó la cara volar de la cápsula y erosionó el FPL hasta llegar a romperlo. Se descartó otro mecanismo de ruptura tras comprobar que no existían exostosis.

Comentarios y conclusiones: Se trata de una complicación muy poco frecuente a tener en cuenta.

CC-543. AMPUTACIÓN SUBTOTAL TRAUMÁTICA DEL DEDO DE LA MANO

J. García Regal y J.M. Mariscal Peralta

Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción y objetivos: Paciente varón de 50 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por herida a nivel proximal del 2º dedo de la mano izquierda (no dominante) con sierra tipo radial.

Material y método: En la exploración, se aprecia amputación subtotal del 2º dedo de la mano izquierda a nivel de F1 con continuidad únicamente de tejido cutáneo dorsal. Presenta sección completa de tendones flexores y de paquetes vasculonerviosos. En Rx se aprecia fractura conminuta con pérdida ósea a nivel de diáfisis de F1.

Resultados: De urgencias y mediante bloqueo del plexo braquial, se realiza fijación externa mediante fijador tipo mini-penning desde primer metacarpiano hasta F2. Sutura tendinosa flexora mediante doble marco de Kessler y sutura nerviosa de nervios colaterales. Se administró antibioterapia intravenosa durante 5 días y retirada de la fijación externa a las 4 semanas con posterior inicio de tratamiento rehabilitador. Evolución favorable con conservación del dedo afectado aunque presenta una gran rigidez y limitación funcional.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones en las manos son muy frecuentes. El 60% de estas lesiones corresponden a fracturas abiertas y 1/3 de éstas a traumas aislados de los dedos. La elección del mejor plan de tratamiento para cada paciente depende no sólo del tipo de lesión, sino también de la edad, expectativas de vida, deseos de recuperación, sexo, mano dominante, dedo afectado, ocupación y nivel de cooperación. Ante este tipo de lesiones los objetivos del tratamiento son la estabilización esquelética, prevención de la infección y reparación y cobertura de partes blandas.

CC-544. FRACTURA-LUXACIÓN ABIERTA DEL CARPO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.J. López Martínez, J.P. Puertas García-Sandoval, R. Rodríguez Martínez, J.J. Parrilla Riera, S. Vela Pardo, J. Martínez Ros, S. García Hortelano y J.M. Moreno Fernández

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Las fracturas-luxaciones abiertas del carpo constituyen, salvo raras ocasiones de riesgo vital importante, una urgencia quirúrgica derivando, de su precoz reducción y estabilización, sus resultados funcionales posteriores.

Material y método: Presentamos el caso clínico de un varón de 28 años que sufre accidente de motocicleta de alta energía con caída con su mano derecha en hiperextensión, con impotencia funcional. Es derivado a servicio de urgencias hospitalario donde, tras una primera revisión, se descartan lesiones neurológicas y de órganos vitales, siendo diagnosticado de una leve contusión hepática sin sangrado abdominal y de fractura-luxación abierta de carpo derecho grado IIIB de Gustilo y Anderson con desviación dorsoradial del carpo, fractura de estiloides radial, fractura abierta grado II de Gustilo y Anderson de falange proximal de 2º dedo y fractura de cabeza de 5º metacarpiano con angulación de 40º. El paciente presenta buenos pulsos periféricos pero una ausencia de sensibilidad en la mitad cubital volar de 4º dedo y en 5º dedo. Se interviene de urgencias, donde se le realiza un lavado profuso de las heridas y una reducción mediante tracción y control de radioescopia de su luxación carpiana. Se realiza su estabilización mediante 3 agujas de Kirschner a nivel radiolunopiramidal, radioescapof grande y en articulaciones mediocarpianas, manteniendo la distracción mediante un fijador externo tipo Penning con 2 fichas en 2º metacarpiano y 2 fichas en radio. Las fracturas de la falange proximal de 2º dedo y de 5º metacarpiano se redujeron y se sintetizaron mediante agujas de Kirschner. Se realizó una liberación quirúrgica abierta del nervio cubital, el cual presentaba una axonotmesis parcial (grado II Sunderland) y un aspecto hemorrágico en superficie.

Resultados: El paciente precisó de ingreso hospitalario durante 6 días para observación de su lesión hepática y para control de sus heridas mediante curas locales diarias y tratamiento antibiótico intravenoso. Fue revisado a las 3 semanas para apertura de la rótula del fijador externo y comienzo de la movilización pasiva de la muñeca, con retirada de las agujas de Kirschner a las 6 semanas y retirada del fijador externo a las 8 semanas tras la lesión inicial. El paciente volvió a trabajar 18 meses después, presentando un buen resultado funcional con buena prensión de objetos, flexión palmar de 40º y extensión de 35º, con una recuperación total a los 6 meses de su lesión nerviosa.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas-luxaciones abiertas del carpo son lesiones de alta energía de elevada gravedad que precisan de un tratamiento quirúrgico de urgencias. Dentro de todas ellas hay gran variedad de lesiones a nivel óseo y/o ligamentoso, presentando un mejor pronóstico aquellas luxaciones puras sin aparente lesión ligamentosa, siendo algo peor el resultado en aquellas luxaciones puras con fractura de la estiloides radial asociada. El tratamiento quirúrgico precoz con una perfecta reducción, la antibioterapia y el control de las heridas y la ausencia de lesiones vasculonerviosas de gravedad constituyen las claves para un buen resultado funcional posterior.

CC-545. FRACTURA DE RADIO DISTAL. ¿TRATAMIENTO QUIRÚRGICO URGENTE O DIFERIDO?

J.M. Mariscal Peralta, J. García Regal y A. García Hermosa

Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción y objetivos: Las fracturas de radio distal son muy frecuentes en nuestro medio y el tratamiento ortopédico con yeso sigue siendo el tratamiento más utilizado. En ocasiones, nos encontramos con fracturas que por la edad o los requerimientos funcionales del

paciente exigen una osteosíntesis lo más anatómica posible. Estos casos que no abordan en las urgencias requieren en ocasiones una planificación y tiempo de cirugía que en las guardias no es fácil de encontrar.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 65 años con vida activa y trabajadora manual que tras caída casual presenta deformidad en dorso de tenedor en muñeca izqda, junto con herida contusa menor de 1 cm en borde cubital de muñeca. Sin alteraciones vasculo-nerviosas distales. Rx: fractura de radio distal con trazo articular (AO tipo 23.C). En un primer tiempo quirúrgico, en urgencias, se coloca fijador externo (tipo Penning) y dos agujas Kirschner para estabilización de la fractura, consiguiéndose una reducción aceptable. Tras una semana de evolución se observa colapso del fragmento dorsal. Se decide reintervención para conseguir parámetros de reducción más adecuados y se estima oportuno colocar placa de radio distal volar de 2,4 mm extraarticular. Pese a conseguir en este caso una reducción muy adecuada, se deja fijador externo como elemento adicional de estabilización. Tras 5 semanas se retira fijador externo y se comienza con ejercicios de rehabilitación.

Resultados: Después de 2 meses de rehabilitación, el rango de movilidad de la muñeca intervenida es semejante a la contralateral y la paciente no presenta dolor para la realización de las actividades cotidianas.

Comentarios y conclusiones: El entorno que rodea a las Urgencias, en ocasiones, no nos permite realizar la planificación, ni nos proporciona el tiempo quirúrgico adecuado para la realización del tratamiento quirúrgico de forma definitiva. Es en estos casos donde debemos plantearnos si no es conveniente posponer la cirugía hasta que las condiciones sean lo más favorable posible (personal auxiliar adiestrado, tiempo suficiente, planificación del tiempo quirúrgico y del material a utilizar...).

CC-546. COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURA DE RADIO DISTAL DE ALTA ENERGÍA

L. Zorita Urricelqui, P. Múgica Santibáñez, C.A. Morales Marín, D. Blanco Santiago y M.A. Rodríguez Íñigo

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Las fracturas de radio distal en el paciente joven suelen deberse a mecanismos de alta energía y suelen necesitar tratamiento con fijador externo y/o osteosíntesis interna.

Material y método: Varón de 40 años sin antecedentes de interés que tras accidente de moto presenta fractura Barton conminuta izquierda y fractura radiocubital distal conminuta derecha abierta grado I. La fractura izquierda se trata con placa volar y la derecha con otra placa VCP y fijador externo tipo penning. Se ha recogido de manera prospectiva su evolución clínica y radiológica.

Resultados: La fractura de radio distal izquierdo evoluciona bien pero en la derecha presenta como complicación desplazamiento secundario y rotura de extensor pollicis longus y de los 4 extensores del extensor común de los dedos (sólo mantiene EIP y EDQ). Se tenodesan extensores a cápsula para transferencia tendinosa en 2º tiempo. Se realiza reducción abierta por doble abordaje y fijación con placa en L derecha columna cubital, placa de soporte estiloides y placa VCP, manteniendo el fijador externo. A los 2 meses de la fractura se retira fijador externo. A los 6 meses, se realiza extracción material osteosíntesis muñeca derecha, tenolisis y transferencia tendinosa de palmar mayor a extensor común de los dedos con injerto tendinoso de palmar menor, sutura tendinosa tipo Pulvertaft proximal y Lasso distal. Actualmente se encuentra en rehabilitación con buena evolución clínica.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento mediante fijador externo y placa es una buena opción para las fracturas de alta energía. Se han documentado roturas y compresión de los tendones extensores y flexores. La más frecuente es la del extensor pollicis longus por desgaste

del tendón en el 3º compartimento por el callo óseo y el compromiso vascular. Si los tendones se han roto debido a implantes o abrasión ósea, deberá corregirse mediante desbridamiento o extracción del implante antes de la reparación del tendón, transferencia o injerto.

CC-547. FRACTURAS DE RADIO DISTAL. REVISIÓN DE CASOS DEL HOSPITAL DE CRUCES

L. Zorita Urricelqui, E. Rabanal Fernández, J.L. Hurtarte Solís, L. Palazuelos Blanco, D. Blanco Santiago, M.A. Hernández Tadeo y C. Lozano Marín

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Las fracturas de radio distal representan 1/6 de las fracturas tratadas en nuestra urgencia. El objetivo de este estudio es realizar una revisión del resultado de las distintas opciones de tratamiento según el tipo de fractura.

Material y método: Se ha realizado una revisión retrospectiva de 111 fracturas de radio distal comparadas según el tipo de tratamiento realizado (conservador, agujas, placa volar o fijador externo) y tomando como valores el tipo de fractura según la clasificación de Fernández, la edad, el sexo, los parámetros radiográficos iniciales y al año del tratamiento, el rango de movilidad conseguido y las distintas complicaciones surgidas.

Resultados: El tratamiento de las fracturas de radio distal mediante reducción abierta y osteosíntesis con placa es el que mejores resultados ofrece al año de seguimiento tanto en flexión dorsal ($p < 0,05$ comparado con conservador) y palmar ($p < 0,05$ comparado con tratamiento conservador y fijador externo) como en parámetros radiográficos ($p < 0,05$ comparado con conservador). En cuanto a las complicaciones más reseñables hemos obtenido un 39% de desplazamientos secundarios en el grupo del tratamiento conservador y un 17% de infecciones en el grupo tratado mediante agujas.

Comentarios y conclusiones: Disponemos de varios métodos de tratamiento para las fracturas de radio distal. La reducción abierta y fijación con placa volar nos ofrece mejores resultados funcionales y radiográficos mientras que la reducción cerrada e inmovilización con yeso proporciona peores resultados y mayor tasa de complicaciones.

CC-548. FRACTURA DE LA BASE DEL SEGUNDO METACARPIANO EN PACIENTE CON ECTRODACTILIA BILATERAL O DEFORMIDAD EN "PINZA DE LANGOSTA"

M. Pardo Coello, J.V. Ramírez Villaescusa, P. Torres Lozano y G. Plaza Fernández

Hospital General de Albacete.

Introducción y objetivos: La ectrodactilia, también conocida como síndrome de Karsch-Neugebauer o malformación "en mano hendida" o "en pinza de langosta" es una anomalía congénita rara de baja prevalencia y caracterizada por defectos de los elementos centrales de manos y pies.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 80 años, agricultor jubilado, con ectrodactilia bilateral, que sufrió una fractura en la base del segundo metacarpiano derecho tras un traumatismo y fue tratada de forma ortopédica.

Resultados: Esta alteración genética está ligada al cromosoma X y de herencia autosómica dominante. Se puede presentar aislada o en asociación con otras anomalías como aplasia tibial, defectos craneofaciales y alteraciones genitourinarias. Parece estar relacionada con mutaciones en el gen *ap63*, cuya penetrancia y expresión son muy variables. La cirugía en estos casos consiste en actuar liberando el pulgar y reduciendo, en la medida de lo posible, la comisura, principalmente, alrededor del año de edad. Otro planteamiento quirúrgico es corregir la sindactilia cutánea que puede aparecer en los dedos cubitales, que

puede realizarse, incluso, a los dos años de edad. En realidad, la funcionalidad de la mano suele ser buena, aunque el aspecto estético sea deficiente. Nuestro paciente no presenta anomalías asociadas y desarrolla una vida normal con independencia para sus actividades. Su fractura fue inmovilizada durante cuatro semanas y consolidó sin problemas. No obstante sus dos descendientes hembras presentaban la misma anomalía en ambas manos, sin ninguna otra alteración y sin repercusiones en su calidad de vida.

Comentarios y conclusiones: La ectrodactilia, aunque poco conocida, es una anomalía especialmente invalidante al presentarse asociada a otras. El objetivo en estos pacientes es facilitar una capacidad de prensión y oposición del pulgar óptimas. El origen congénito permite que el paciente se adapte a la deformidad y pueda desarrollar una vida normal, presentando, a veces, una mayor discapacidad estética que funcional.

CC-549. FRACTURA DE CUERPO DEL GANCHOSO: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

M. Aciego de Mendoza Gómez, F. Márquez Marfil, A. Ayala Rodrigo y C. Andarcia Bañuelos

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción y objetivos: Las fracturas del hueso ganchoso afectan principalmente al cuerpo o a la apófisis unciforme. Constituyen una entidad muy poco frecuente con una incidencia de 1 a 4% de las fracturas del carpo según las series publicadas. Afectan principalmente al adulto joven activo. Es imprescindible una alta sospecha clínica ya que su diagnóstico con frecuencia pasa desapercibido. En ocasiones las radiografías convencionales no las detectan y es necesaria la realización de otras proyecciones. La RNM y el TAC son pruebas importantes para caracterizar la fractura y descartar inestabilidades asociadas. Existen distintos sistemas de clasificación y el tratamiento se instaura en función de la estabilidad y desplazamiento de la lesión.

Material y método: A continuación presentamos dos casos de pacientes jóvenes varones con fractura del cuerpo del gancho asociada a subluxación la articulación carpometacarpiana del 4º y 5º radio tras sufrir compresión axial por un puñetazo. Se realiza además un análisis sobre la epidemiología, clínica, sistemas de clasificación y tratamiento de esta patología.

Resultados: Ambos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por un cirujano experto mediante reducción abierta y fijación interna con minitornillos obteniendo un resultado radiológico adecuado. Tras una inmovilización de 4 semanas, ambos pacientes se encuentra sin dolor y con buena movilidad.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas del hueso ganchoso son una entidad rara, suelen producirse por traumatismos directos en la mano o fuerzas axiales sobre el 4º y 5º MTC. Su clínica es inespecífica y a menudo las pruebas radiográficas convencionales las pasan desapercibidas. Es importante sospecharlas en varones jóvenes con inflamación y dolor en borde dorsocubital de la mano tras sufrir un impacto de alta energía. El tratamiento continúa siendo controvertido, sin embargo el RAFI tiene su aplicación en los casos de fracturas desplazadas o subluxaciones del 4 y 5º MTC asociadas.

CC-550. LUXACIÓN INVETERADA DE 4.º Y 5.º METACARPANOS

M.I. Holgado Álvarez, A. Cienfuegos López y J.M. Rodríguez de la Cueva

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La fractura-luxación de las articulaciones carpometacarpianas en el lado cubital es rara. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, un examen clínico cuidadoso y buenas radiografías. Son lesiones de alta energía con un mecanismo que

implica flexión palmar forzada de la muñeca combinada con impacto longitudinal con la mano cerrada. La luxación puede ser palmar o dorsal y pueden coexistir fracturas. Si pasan desapercibidas generan una discapacidad grave al no tratarse.

Material y método: Paciente de 23 años, presenta deformidad en dorso de mano derecha de meses de evolución tras un traumatismo previo. En la exploración, marcada tumefacción de consistencia dura en el borde dorsocubital de mano. El 4º y 5º dedo presentaban malrotación a la flexión y limitación dolorosa a la extensión activa. Las radiografías muestra una consolidación viciosa de una fractura luxación dorsal de las bases de 4º y 5º metacarpianos con su articulación con el hueso ganchoso. Se intervino la fractura luxación inveterada. Consiste en la realineación por vía dorsal de estas articulaciones y posterior artrodesis con tornillos de minifragmentos.

Resultados: Tras un periodo de inmovilización, es enviado al servicio de rehabilitación. Tras 2 meses ha conseguido recuperar extensión completa y una flexión incompleta pero sin malrotación del 4º y 5º radio.

Comentarios y conclusiones: Es necesario un alto índice de sospecha para el diagnóstico de este tipo de lesión. Hinchazón alrededor de la muñeca y acortamiento de los dedos deben ponernos alerta. Estudios Rx posteroanterior y lateral son necesarios para identificarlos. En la proyección AP, la superposición de las superficies articulares, pérdida de paralelismo, y la asimetría en las articulaciones carpometacarpianas debe hacernos sospechar la posibilidad de esta sutil lesión. La reducción cerrada es exitosa si se hace rápidamente con estabilización percutánea más rehabilitación postoperatoria intensiva.

CC-551. TRANSFERENCIA TENDINOSA EN PACIENTE CON ROTURA CRÓNICA DE TENDONES FLEXORES

M. López Antón, F. Martínez Martínez, S. Illán Franco, F.J. Carrillo Piñero, J.J. López Martínez, J.P. García Paños, J. Martínez Ros y R. Rodríguez Martínez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Podemos diferenciar entre lesiones agudas o crónicas de los tendones flexores de la mano. En función de la localización de la lesión podremos conocer el pronóstico, por lo que la IFFSSH aceptó la clasificación propuesta por Verdan, en la que divide a los dedos largos en 5 zonas y al pulgar en 3 zonas. 1. Dedos largos: a. Zona I: entre inserción distal de flexor superficial y la inserción distal del flexor profundo. b. Zona II: desde el pliegue palmar distal a zona media de la 2ª falange. c. Zona III: entre pliegue palmar distal y borde inferior de ligamento anular del carpo d. Zona IV: túnel carpiano. e. Zona V: desde borde proximal de LAAC a unión de tercios medio y distal del antebrazo. 2. Pulgar: a. Zona T1: entre borde proximal de polea A2 e inserción de tendón flexor largo b. Zona T2: entre cuello de 1º MTC y parte distal de polea oblicua. c. Zona T3: trayecto profundo de tendón flexor largo en zona de eminencia tenar. Las poleas del aparato flexor (5 anulares y 3 cruciformes) son esenciales para la flexión de los dedos, puesto que mantienen a los tendones unidos a la superficie ósea, evitando así el efecto cuerda de arco. Es esencial conservar las zonas de las poleas anulares A2 y A4 en los dedos largos, y la polea oblicua en el pulgar (2 anulares y 1 oblicua). La reparación primaria del tendón debe hacerse antes de las primeras doce horas desde la lesión. La reparación primaria diferida es la que se realiza entre las 24-10 días. Después de los 10-14 días la reparación se considera secundaria precoz, y es secundaria tardía si se realiza después de los 21 días. Hasta los dos primeros meses podrá intentarse una reparación directa. Después será necesario un injerto o una transferencia tendinosa.

Material y método: Paciente varón de 61 años de edad que acude a Urgencias de nuestro hospital por imposibilidad para la flexión de las falanges proximal y distal del 5º dedo de su mano derecha de unos 4

meses de evolución. No refiere traumatismo ni herida previa en dicha región. Aporta un electromiograma sin hallazgos patológicos. Ante la sospecha clínica de rotura crónica de los tendones flexores superficial y profundo del 5º dedo se realiza ecografía que confirma el diagnóstico. Se interviene quirúrgicamente para proceder a la sutura secundaria tardía (> 3 sem). Empleamos un abordaje en zig-zag sobre zona 3 evidenciando adherencias entre tendón superficial y profundo. Ante la imposibilidad de realizar la sutura termino-terminal optamos por realizar la transferencia de tendón superficial del 4º dedo al tendón profundo del 5º y sutura mediante técnica de Pulvertaft. Colocamos férula de inmovilización durante 1 semana.

Resultados: Tras la retirada de la inmovilización el paciente comenzó un protocolo de rehabilitación para la movilización controlada precoz (Kleinert precoz). A partir de la 6ª semana se permitió la realización de ejercicios más vigorosos, alargamientos a la 8ª semana y se consiguió la recuperación completa a la 10ª semana.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones en zonas III, IV y V tienen mejor pronóstico que en la zona II. Si es posible es recomendable reparar ambos tendones, aunque si hay mucho aplastamiento o adherencias es preferible reparar sólo el profundo. Si la sutura termino-terminal no es posible podemos usar otros métodos: injerto intercalar de tendón (2-5 cm) unido a los extremos por sutura de Bunnell. Transferencia de tendón superficial adyacente a tendón profundo. Unión termino-lateral a flexor profundo adyacente con sutura Pulvertaft. El tendón flexor profundo de los dedos largos es por sí solo capaz de realizar la flexión completa, por lo que el flexor superficial puede emplearse para efectuar la transferencia tendinosa. Actualmente se ha abandonado la tradicional inmovilización postoperatoria de 3 semanas, ya que se ha visto que con un programa de movilización controlada precoz disminuye la formación de adherencias, aumenta la fuerza de tensión en la sutura, se favorece la restauración de la superficie de deslizamiento del tendón y se genera un efecto positivo en la vascularización. Existen dos modelos para el manejo postoperatorio de estas lesiones (Duran y Kleinert), que están fundamentados en los ejercicios de movilidad pasiva en flexión. Inicialmente se coloca una férula dorsal que mantiene flexión de la muñeca en 20-30º, MCF en 45º e IF casi extendidas. El resultado final de la reparación no dependerá sólo de la meticulosa técnica quirúrgica, sino que se verá influido en la misma medida por un buen programa de movilización y rehabilitación precoz controlada.

CC-552. LA RIZARTROSIS GRADO IV DE COMTE

O. Faour Martín, M.A. Martín Ferrero, A. Vega Castrillo, M.A. de la Red Gallego y J.A. Valverde García

Hospital de Puertollano. Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La rizartrrosis constituye una causa frecuente de merma en la calidad de vida por el dolor que conlleva y, cuando es avanzada, puede constituir una importante limitación de la capacidad funcional de la mano dificultando enormemente las actividades básicas de la vida diaria. De esta manera, en ocasiones, ni el tratamiento conservador ni las técnicas quirúrgicas habituales resuelven el cuadro clínico de forma satisfactoria. Presentamos nuestra experiencia al respecto.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 57 años de edad, diestra y trabajadora manual, con los antecedentes personales de alergia a pirazolonas, síndrome ansioso depresivo y hipotiroidismo en tratamiento farmacológico, que es derivada a la consulta de Traumatología por su médico de Atención Primaria, por dolor e impotencia funcional del primer dedo de la mano derecha. Acude a la consulta tras cuatro meses desde la derivación, la paciente refiere dolor e inflamación en la tabaquera anatómica de 2 años de evolución, sin antecedente traumático. El dolor presenta características mecánicas, refiriendo intervalos de mejoría en los períodos vacacionales,

coincidiendo con el cese de la actividad manual. Además refiere sensación de debilidad para coger o sujetar objetos. Desde hace cinco meses presenta serias dificultades para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. A la exploración, destaca el dolor y crepitación a la palpación en la articulación metacarpofalángica del primer dedo, la cual aparece inflamada, con deformidad y signo del hombro positivo. Además, el dolor se agudiza con la compresión sobre el eje del primer metacarpiano asociando un movimiento de flexoextensión (test de Cranck) y un movimiento rotacional (test de Grind). Asimismo, se observa una deformidad compensatoria, como es la hiperextensión de la articulación metacarpofalángica del primer dedo la cual no disminuye con la abducción pasiva de la articulación trapeziometacarpiana. En cuanto a la movilidad, destaca la gran limitación a la oposición del pulgar. La paciente no presenta signos de síndrome de túnel carpiano, ni de otras entidades como dedos en resorte o tenosinovitis de DeQuervain. En cuanto a las exploraciones complementarias, se solicitó una radiografía simple en proyecciones lateral y anteroposterior del primer radio de la mano derecha; en ella se evidenció la existencia de un pinzamiento marcado de la articulación trapezio metacarpiana, con pérdida total del contorno de las superficies articulares, así como la presencia de quistes subcondrales y una subluxación de la superficie articular mayor de un tercio. El tamaño de los osteofitos es mayor de 2 mm y existen cambios degenerativos pantrapeziales, con un escafoides marcadamente displásico. De esta manera, estamos ante un caso de rizartrrosis grado cuatro de la clasificación de Eaton-Littler, a la cual se asocia la hiperextensión de la articulación metacarpofalángica. Como consecuencia de la morfología displásica del trapezio, desestimamos la cirugía de artroplastia convencional con prótesis trapeziometacarpiana; de esta manera, se programó la cirugía para este caso de rizartrrosis avanzada, realizándose una artroplastia de interposición mediante la técnica de Burton-Pellegrini modificada, de la manera que describimos a continuación: La intervención se realizó con anestesia locorregional, en régimen de cirugía mayor ambulatoria; se comienza realizando una incisión volar sobre la articulación trapeziometacarpiana. Tras aislar la arteria radial, exponemos la articulación entre los tendones del extensor pollicis brevis (EPB) y abductor pollicis longus (APL) y tras una capsulotomía en "libro", se extirpa el trapezio. Aunque en este caso lo extraemos en una sola pieza, habitualmente se retira fragmentado para evitar una posible lesión del tendón del flexor carpi radialis (FCR), que cruza oblicuamente el espacio de trapeziectomía para ir a insertarse en la base del segundo metacarpiano. Se secciona el tendón completo del FCR en la unión musculotendinosa del antebrazo, aunque Burton describiese inicialmente sólo la mitad del tendón, y lo recuperamos en el espacio de trapeziectomía mediante disección a través de dos incisiones transversas y traccionando de su inserción en el 2º metacarpiano. Se prepara un túnel en la base del primer metacarpiano, desde la zona articular más palmar hasta el centro de la cortical dorsal, a un centímetro aproximadamente de la articulación. A continuación se pasa el tendón por el túnel y se sutura sobre sí mismo para conseguir la suspensión del primer metacarpiano. Con el resto del tendón se confecciona una plastia aproximadamente esférica que se anclará con dos hilos en el fondo de la incisión, rellenando el espacio que ocupaba el trapezio. Se procede a continuación a realizar un buen cierre de la cápsula articular que impida la expulsión de la plastia. En nuestro caso, previo a la colocación de la plastia, se procedió a la realización de una artrorrisis de los sesamoideos al primer metacarpiano, con la finalidad de evitar la hiperextensión metacarpofalángica, comprobándose de forma preoperatoria la efectividad de la misma. No se registraron complicaciones sépticas perioperatorias ni alteraciones de la cicatrización. Se coloca una férula de yeso palmar corta y otra dorsal, incluyendo el primer radio, por un espacio de tiempo de 4 semanas. Pasado este tiempo, se derivó a la paciente al servicio de rehabilitación.

Resultados: A los tres meses desde la cirugía, la paciente se reincorporó a su trabajo habitual y no refería dolor del primer radio. Un año

después de la cirugía, la paciente seguía libre de sintomatología y la articulación metacarpofalángica permanecía estable, con un movimiento de oposición hasta el pliegue palmar distal, y con una apertura de la primera comisura de más de cuarenta grados.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la osteoartritis trapeciometacarpiana ha sido siempre un reto para el cirujano de la mano, siendo el pulgar un elemento fundamental para la función de prensión y pinza. Múltiples técnicas quirúrgicas han sido descritas para esta enfermedad siempre con el objetivo de mejorar el dolor y conservar la función y estabilidad del pulgar para desempeñar las actividades laborales y de la vida diaria. Queremos subrayar que aunque el tipo de artroplastia de resección descrito por Burton-Pellegrini, de tenosuspensión e interposición, es útil para la resolución de la clínica y el mantenimiento de una funcionalidad adecuada en casos de rizartrosis avanzada, no sirve para corregir las deformidades en hiperextensión de la articulación metacarpofalángica, por lo que en caso de presentarse ésta con una medida superior a 20°, la operación debe complementarse con otra técnica a tal fin, como es, por ejemplo, la artrorrrisis de los sesamoideos sobre el primer metacarpiano.

CC-553. LA CIRUGÍA DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARIANO Y EL TRATAMIENTO REHABILITADOR

O. Faour Martín, M.A. Martín Ferrero, A. Vega Castrillo, M.A. de la Red Gallego, F. Ardura Aragón y J.A. Valverde García

Hospital de Puertollano. Ciudad Real.

Introducción y objetivos: El síndrome del túnel carpiano, es la neuropatía compresiva más frecuente de la extremidad superior. La Asociación Americana de Cirujanos Ortopédicos¹ (AAOS) y su guía clínica para el síndrome del túnel carpiano, lo define como la neuropatía compresiva sintomática del nervio mediano, caracterizado fisiopatológicamente, por el aumento de la presión existente en el túnel carpiano así como la disminución en la funcionalidad del nervio. No obstante, a pesar de su elevada frecuencia y prevalencia en nuestra sociedad, la incertidumbre continúa presente en el momento actual, en relación a cuál puede ser la mejor forma de diagnóstico y de tratamiento.

Material y método: Hemos llevado a cabo la revisión de 100 pacientes con el diagnóstico clínico y electromiográfico de síndrome de túnel carpiano, tratados quirúrgicamente de neulolisis abierta del nervio mediano. 50 de estos pacientes fueron derivados al servicio de rehabilitación, donde recibieron tratamiento de laserterapia y ejercicios activos de muñeca y dedos. Tras comprobar la homogeneidad entre los grupos en cuanto a las principales características clínicas y electromiográficas, fueron evaluados en el sexto mes tras dicho tratamiento, mediante la escala clínico funcional de Levine. Se analizaron los datos con la prueba T de comparación de medias. Asimismo, se evaluó la presencia de positividad para el signo de Tinnel y el test de Phalen.

Resultados: No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en las preguntas del cuestionario ni en la presencia de signos clínicos de síndrome del túnel carpiano.

Comentarios y conclusiones: Aunque la liberación quirúrgica del túnel carpiano, es exitosa en un gran porcentaje de los pacientes afectados por la patología que estamos valorando, existen importantes diferencias y desacuerdos entre los cirujanos ortopedas, en cuanto a la técnica quirúrgica de elección se refiere, y en relación a los resultados esperados, principalmente a medio y largo plazo, y en los casos de síndrome de túnel carpiano más severos. Consideramos que el apoyo a una determinada técnica quirúrgica para el tratamiento del síndrome de túnel carpiano, debe estar fundamentado en la experiencia aportada por la medicina basada en la evidencia, y no exclusivamente en la opinión de los expertos. En nuestra serie no hemos encontrado

ventajas añadidas del tratamiento rehabilitador postoperatorio, a un periodo de seguimiento de seis meses.

CC-554. OSTEOTOMÍA CORRECTORA DE RADIO DISTAL EN PACIENTE CON DEFORMIDAD DE MADELUNG BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Benavente Rodríguez, J.A. Oteo Maldonado, P. Merino Carretero, S. Pascual del Hoyo, C. López Orosa, M. Coco Velilla, A. Orois Codesal y F.J. García Lázaro

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: La deformidad de Madelung se utiliza para describir una variedad de alteraciones en la muñeca, caracterizadas por una fusión prematura de la fisis distal del radio en la parte medial, que dará lugar a una alteración en la configuración del radio distal, con inclinación medial y volar de la superficie articular, acortamiento de la mitad cubital del radio distal, con una varianza cubital positiva, y un carpo con una configuración triangular con ápex en el semilunar. Para su tratamiento se han ensayado diferentes técnicas que proporcionan unos resultados más o menos aceptables.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 52 años de edad con deformidad bilateral de Madelung intervenida en nuestro centro de ambas muñecas, habiendo realizado una osteotomía correctora de radio distal con colocación de injerto de cresta iliaca estabilizada con una placa volar en T, asociada a reconstrucción de TFCC con injerto tendinoso (EDM) en ambos casos. Las intervenciones se realizaron con 5 años de diferencia, según la situación clínica de la paciente.

Resultados: Ambas osteotomías consolidaron correctamente. Tras un periodo de rehabilitación se alcanzó un arco de movilidad casi completo, aunque persisten disestesias en ambas cicatrices. Actualmente, tras 6 y 1 año de evolución la paciente mantiene una capacidad funcional satisfactoria en ambas muñecas.

Comentarios y conclusiones: Son múltiples las opciones de tratamiento quirúrgico para corregir este tipo de deformidad. En este caso, los resultados de una osteotomía fijada con una placa volar en T vía volar aportó unos resultados satisfactorios en ambas muñecas. Además, debido a la presencia de una alteración a nivel de la articulación radiocubital distal y un cubito plus, es necesario asociar alguna técnica que aporte estabilidad en este nivel.

CC-555. ANGIOMA SOBRE MANO Y PRODUCCIÓN DE NECROSIS DIGITAL TRATADA CON INJERTO

P. Nicolás Gil, F. Albaladejo Mora, F. Cebrián Córdoba, S. Amor Jiménez y M. Hernández Torralba

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Son lesiones rojizas, superficiales, que suelen aparecer en la infancia, constituidas por vasos sanguíneos de pequeño tamaño en forma agrupada. Pueden localizarse en cualquier zona de la superficie cutánea. El tamaño varía desde lesiones de muy pequeño tamaño hasta lesiones que pueden abarcar un miembro. La mayor parte de los angiomas desaparecen espontáneamente, suelen ser raros en la edad adulta. Los hemangiomas pueden ser superficiales (la más frecuente) también conocida como angioma fresa o tubero, y en la forma profunda. o existe relación entre el tamaño del angioma y las posibilidades de regresión.

Material y método: Se presenta caso con angioma que cubre mano derecha, y que acaba produciendo necrosis digital, que será tratada mediante extirpación e injerto.

Resultados: El paciente evolucionó satisfactoriamente y es revisado en consultas actualmente.

Comentarios y conclusiones: Los angiomas son tumores benignos que no suelen producir sintomatología y no requieren extirpación. Presentamos un caso raro en el que se describe cómo afecta al paquete produciendo necrosis digital. Y que debe ser tratado con extirpación más injerto para salvarlo.

CC-556. NUESTRA CASUÍSTICA EN ENCONDROMAS DE LA MANO. DIAGNÓSTICO, MANEJO Y TRATAMIENTO

P. Nicolás Gil, F. Albaladejo Mora, P. Sánchez Angulo, F. Cebrián Córdoba, S. Amor Jiménez, M. Hernández Torralba y A. García Pérez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Los encondromas son los tumores óseos más frecuentes de la mano. Aparecen entre la 1ª y 3ª década de la vida, siendo la mayoría benignos, y excepcionalmente malignizan. Su tratamiento fundamental es el curetaje de la lesión asociando o no relleno de la cavidad.

Material y método: Se revisan los 12 casos tratados en nuestro servicio desde el año 1987 hasta el 2010, exponiendo: Las características de cada paciente, siendo en su mayoría hombres. El lugar de mayor frecuencia de aparición en el esqueleto de la mano, fue la falange distal del primer dedo, en 3 casos. 5 casos sufrieron fractura patológica, necesitando estabilización de fractura, ya fuese con férula (3 casos) o con osteosíntesis con miniplaca (2 casos).

Resultados: Y posterior seguimiento de los mismos, sin sufrir recidiva hasta el momento en ninguno de ellos.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de elección en nuestra serie fue el curetaje de la lesión asociando autoinjerto esponjoso del suelo del segundo compartimento dorsal del radio en 7 casos. Utilizando también sustitutos óseos en 3 casos.

CC-557. LUXACIÓN SEMILUNAR SIN FRACTURA DE ESCAFOIDES ASOCIADA

P. Zuñil Acosta, G. Grañén Llorens, G. Muñoz Sánchez, H. Mínguez Pérez, C. Fernández Kettunen, O. Pérez Simancas, J.V. Peralta Molero y R. de los Santos de la Cruz

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: La luxación del hueso semilunar no es una lesión común. El 60- 65% de los casos se asocian a fractura de escafoides. La lesión se da tras una caída con la mano en hiperextensión, el escafoides realiza la extensión y el semilunar no puede realizarla en el mismo grado; lo que provoca disrupción de ligamento escafo-semilunar y luno-piramidal. Solamente quedan íntegros el soporte capsular dorsal y los ligamentos palmares radiolunares. El diagnóstico se realiza con radiografía simple. Puede asociarse lesión neurológica del mediano.

Material y método: Se presenta a un varón de 30 años que sufre caída accidental sobre mano derecha presentando radiográficamente una luxación del semilunar tipo II sin fractura de escafoides y sin lesión neurológica asociada.

Resultados: Se realizó reducción cerrada de la lesión sin fijación percutánea. El paciente estuvo inmovilizado 5 semanas y posteriormente realizó un programa rehabilitador. Al año de evolución, el paciente está asintomático y presenta movilidad completa.

Comentarios y conclusiones: Se estima que el 16-25% de luxaciones del semilunar pasan desapercibidas de manera inicial. Se debe obtener una buena proyección lateral para poder diagnosticarla. Hay que hacer hincapié en mirar la fosa del semilunar porque un retraso diagnóstico se relaciona con peores resultados y a menudo requiere cirugías de salvamento.

CC-558. LA FRACTURA DEL GANCHOSO

P. Zuñil Acosta, J.V. Peralta Molero, G. Muñoz Sánchez, A.I. Simón Carrascal, E. Bartolomé del Valle, H. Mínguez Pérez, R. de los Santos de la Cruz e I. Martínez Melián

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas del ganchoso son infrecuentes, constituyen el 2% de todas las fracturas del carpo. Hay dos tipos de fracturas: tipo I o del gancho (más frecuente) y tipo II o del cuerpo. Suelen presentarse como dolor en el lado cubital de la muñeca y edema. Radiográficamente son necesarias proyecciones oblicuas para diagnosticar la lesión o requerir la ayuda del TAC para su confirmación. Las lesiones aisladas del cuerpo suelen ser estables y tratadas ortopédicamente.

Material y método: Se presenta a un varón de 22 años que sufre un traumatismo en mano derecha al dar un puñetazo. A la exploración presentaba dolor y edema en borde cubital de muñeca derecha e impotencia funcional. Radiográficamente se visualiza luxación del 5º metacarpiano. En el TAC se evidencia fractura en libro abierto del cuerpo del ganchoso con luxación de la base de 5º metacarpiano. Se realizó reducción y osteosíntesis con tornillos (se muestran imágenes de la cirugía) y se mantuvo inmovilizado tres semanas.

Resultados: A los seis meses de la lesión, el paciente presenta consolidación de la fractura, sin alteraciones de la movilidad y sin signos de necrosis avascular.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas del cuerpo del ganchoso son infrecuentes pero aún así, deben tenerse como sospecha diagnóstica. Es importante realizar tratamiento quirúrgico de la lesión cuando es inestable y realizar un correcto seguimiento por la posible necrosis ósea avascular del polo proximal de la fractura.

CC-559. ARTRODESIS TRAPECIOMETACARPIANA BILATERAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

P. Sánchez Angulo, F. Albaladejo Mora, S. Amor Jiménez, P. Nicolás Gil, M. Hernández Torralba y F. Cebrián Córdoba

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: La artrosis trapeziometacarpiana es una entidad frecuente en la práctica clínica habitual. Suele presentarse en mujeres mayores de 60 años y se clasifica en 4 estadios radiológicos según la clasificación de Eaton y Glickel. Para su tratamiento existen diversidad de opciones conservadoras y varias opciones terapéuticas dependiendo del estadio radiológico, la profesión y las expectativas funcionales del paciente. Presentamos un caso clínico de artrodesis bilateral trapeziometacarpiana (TM) y discutiremos acerca de las opciones de tratamiento.

Material y método: Caso clínico: varón de 41 años, fisioterapeuta del Real Murcia CF que presenta dolor a nivel TM bilateral y que le impide realizar su trabajo con normalidad. Este paciente realiza gran presión sobre sus articulaciones TMs al masajear las piernas de los futbolistas con gran volumen muscular. A la exploración clínica presenta dolor sobre ambas TMs con maniobras de provocación positivas y presencia de crujiidos articulares. En la Rx AP, LAT y oblicua presenta rizartrrosis grado III de Eaton y Glickel en la izquierda y grado IV en la derecha. Se decide tratamiento quirúrgico para ambas manos realizándose artrodesis TM con placa atornillada primero en la mano derecha y luego en la izquierda pasadas 4 semanas de la primera intervención. En ambos casos siguió tratamiento inmovilizador durante 4 semanas con yeso para comenzar tratamiento RHB posteriormente con controles radiográficos satisfactorios.

Resultados: A los 3 meses aproximadamente había recuperado la movilidad completa en la derecha y al mes siguiente en la izquierda. La fuerza máxima de presión al 4º y 5º mes respectivamente (4 meses tras la cirugía) cuando se reincorporó a su trabajo habitual.

Comentarios y conclusiones: Existen varias opciones terapéuticas para el tratamiento de la artrosis TM. Hay que considerar edad del paciente, expectativas funcionales y ocupación del mismo. En el caso que nos ocupa podríamos haber considerado la opción de la ligamentoplastia con suspensoplastia según la técnica de Burton y Pellegrini para solventar por un lado la inestabilidad resultante del fallo del ligamento intermetacarpiano y palmar oblicuo y por otro conservar la altura de la columna del pulgar una vez extirpado el trapecio. Si revisamos la literatura vemos como al comparar la anterior técnica con la artrodesis se encuentran resultados similares con respecto al alivio del dolor y satisfacción del paciente. La realización del Burton-Pellegrini consigue un mayor arco de movilidad y es necesario menor tiempo de inmovilización. En cambio la artrodesis proporciona mayor fuerza de pinza pero también un mayor porcentaje y seriedad de complicaciones. Como conclusión podríamos decir que la elección de un método u otro de tratamiento depende en gran manera de las necesidades y requerimientos funcionales del paciente.

CC-560. COBERTURA DEL PULPEJO DEL PULGAR MEDIANTE COLGAJO A FLUJO INVERSO DORSO-CUBITAL DE BRUNELLI

P. Sánchez Angulo, F. Albaladejo Mora, M. Hernández Torralba, F. Cebrián Córdoba, S. Amor Jiménez y P. Nicolás Gil

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Para el tratamiento de las amputaciones traumáticas del pulpejo del pulgar disponemos de varias opciones de colgajos entre los que se encuentran el de Moberg, Hueston, Venkataswami, etc. En general se pretende cubrir defectos palmares con piel palmar debido a su rica innervación sensitiva necesaria para el tacto fino. Cuando por las características de la lesión no podemos reconstruir con piel palmar debemos realizar otras alternativas terapéuticas entre las que se encuentra el colgajo en isla a flujo inverso dorsocubital del pulgar.

Material y método: El colgajo dorso-cubital del pulgar fue descrito por Brunelli en 1993 y se trata de un colgajo en isla a flujo inverso para cubrir defectos del pulpejo del pulgar. Se trata de un colgajo de piel dorsal a nivel de la articulación metacarpo-falángica del pulgar y basado en la arteria dorso-cubital del pulgar. Dicha arteria es rama de la primera intermetacarpiana dorsal (rama del arco dorsal o del cayado de la radial) y discurre por el dorso del lado cubital del pulgar. A nivel de la articulación interfalángica la circulación dorsal se anastomosa con la palmar y éste será el punto de pivotaje del colgajo. El defecto creado se cubrirá con injerto libre de piel total tomado generalmente del pliegue palmar de la muñeca. Podemos incluir el nervio dorso-cubital del pulgar en el colgajo y anastomosarlo al colateral radial para dar sensibilidad al colgajo. Presentamos 2 casos clínicos para ilustrar la técnica.

Resultados: En ambos casos el defecto se cubrió en su totalidad y las heridas cicatrizaron en su tiempo habitual. Los pacientes se encuentran asintomáticos y satisfechos con el resultado estético y funcional desempeñando sus trabajos correspondientes.

Comentarios y conclusiones: Es importante el conocimiento de los colgajos para la cobertura de amputaciones traumáticas de los dedos sobre todo del pulgar ya que es un dedo fundamental para la realización de la pinza y realización de actividades de discriminación sensitiva fina y habilidades manuales. Para la cobertura del pulpejo se prefiere piel palmar mediante los colgajos de Moberg, Hueston y Venkataswami pero cuando no es posible por las características de la lesión se puede optar por colgajos en isla de piel dorsal como son el colgajo Cerv Volant de Foucher o el colgajo dorsocubital de Brunelli. Preferimos el colgajo de Brunelli al de Foucher debido a que para la realización del segundo debemos hacer 2 incisiones ya que preferimos no tunelizar el colgajo por riesgo de lesión de la arteria, suele haber más pelo en el dorso del 2º dedo que en el dorso de la articulación

metacarpofalángica del pulgar y disecamos menos trayecto arterial en el de Brunelli con menor riesgo de lesión arterial.

CC-561. PSEUDOARTROSIS DEL CUERPO DEL PIRAMIDAL ASOCIADO A INESTABILIDAD PISOPIRAMIDAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

P. Sánchez Angulo, F. Albaladejo Mora, P. Nicolás Gil, M. Hernández Torralba, F. Cebrián Córdoba y S. Amor Jiménez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Las fracturas del cuerpo de piramidal representan la segunda o tercera causa de fracturas de los huesos del carpo. Lo más habitual es que se presenten como fracturas avulsiones de la cortical dorsal o como fracturas del cuerpo. Suele ser debida a accidentes de motocicleta o bicicleta cuando se cae sobre el suelo apoyando la mano en hiperextensión. Presentamos un caso clínico pseudoartrosis del piramidal asociado a inestabilidad piso-piramidal tras accidente de motocicleta que pasó desapercibido en la primera atención en urgencias y que descubrió en la consulta a los 3 meses del accidente.

Material y método: Caso clínico: se presenta el caso de un varón de 34 años que sufre accidente de motocicleta cayendo de la misma apoyando la mano y que se presenta en el servicio de urgencias con traumatismo sobre muñeca derecha. Tras una primera valoración clínica y radiográfica el paciente es dado de alta con diagnóstico de contusión de muñeca e inmovilizado con un vendaje compresivo que quitan en su centro de salud a la semana. Tras 3 meses de persistencia de la sintomatología es atendido en consultas externas de traumatología. Presenta a la exploración dolor en la cara cubital palmar de muñeca derecha a nivel del hueso pisiforme y a la exploración inestabilidad de la articulación piso-piramidal. En la Rx AP y LAT no se aprecia lesión ósea por lo que se decide solicitar TAC para descartar fracturas asociadas. En el TAC se aprecia pseudoartrosis de piramidal del polo supero interno. Se procede a tratamiento quirúrgico de la lesión procediéndose a extirpación de pisiforme junto con fragmento de piramidal que no se pudo sintetizar por su pequeño tamaño.

Resultados: Al mes de la cirugía el paciente se encontraba asintomático y podía hacer todas las actividades de su vida cotidiana reincorporándose al trabajo 2 semanas después.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas del piramidal suelen verse con cierta frecuencia en el diagnóstico diferencial de los traumatismos del carpo. Suelen ser fracturas de la cortical dorsal o del cuerpo del piramidal que rara vez se asocian a inestabilidad disociativa de la luno-piramidal en este caso. Existe otro tipo de fractura que es la que afecta a la parte más volar del hueso, se presenta como fractura-avulsión y ésta sí puede dar inestabilidad sobre todo luno-piramidal. La presencia de pseudoartrosis del piramidal es extremadamente rara y más aún si se asocia a inestabilidad piso-piramidal. Suelen ser fracturas que afectan a la superficie distal cubital a nivel de la articulación pisopiramidal y que ocurren por fuerzas de cizalla producidas por la subluxación del pisiforme como es el caso que nos ocupa. El tratamiento debe realizarse mediante resección del fragmento osteocondral en combinación con la resección del pisiforme.

CC-562. NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN MEDIANTE LA INYECCIÓN DE COLAGENASA

P. Sánchez Angulo, F. Albaladejo Mora, F. Cebrián Córdoba, S. Amor Jiménez, P. Nicolás Gil y M. Hernández Torralba

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: El Dupuytren es una enfermedad frecuente que oscila entre un 2-42% de la población según los estudios y que

afecta sobre todo a varones (6:1) entre la 5ª y 6ª década de la vida. Consiste en la proliferación de tejido fibroso patológico sobre la aponeurosis palmar superficial cuya retracción produce deformidades de los dedos en flexión limitando de esta manera la correcta funcionalidad de la mano. La enfermedad tiene una base genética de transmisión autosómica dominante y penetrancia variable que le confiere una alteración de la homeostasis de ciertos factores de crecimiento que activan a los fibroblastos produciendo un aumento de depósito de colágeno tipo I y tipo III (diferentes del normal) en la fascia palmar. Son necesarios estímulos mecánicos crónicos o puntuales para activar a los fibroblastos. Basado en este hecho, se ha desarrollado un nuevo tratamiento encaminado a romper esas fibras anómalas de colágeno tipo III mediante el uso de colagenasas. La colagenasa de *Clostridium histolyticum* (CCH) es una formulación de dos enzimas colagenasas clase I (AUX-I) y clase II (AUX-II), cuya coexpresión y aislamiento se obtiene de la fermentación anaeróbica de una cepa de la bacteria *Clostridium histolyticum* seleccionada por sus características fenotípicas. Las colagenasas son proteínas que hidrolizan colágeno en condiciones fisiológicas, de modo que tras la inyección en una cuerda de Dupuytren, compuesta principalmente de colágeno intersticial de tipos I y III, se produce una rotura enzimática de la misma. Presentamos 2 casos clínicos como representación de nuestra experiencia con 15 casos.

Material y método: Realizamos la infiltración en 15 pacientes con edades comprendidas entre los 66 y los 81 años de edad con presencia de cuerda única con afectación de 4º y 5º radio. Los estadios que infiltramos fueron desde el IIA al IIIB de Zancolli. Realizamos seguimiento a los 2-7-15-30-60-90 días pospunción. Presentamos 2 casos de enfermedad de Dupuytren inyectados con colagenasa (Xiapex®) como representación de los 15 que llevamos hechos donde se explica la técnica. El caso nº 1 se trata de un varón de 66 años con una contractura tipo II A de Zancolli del 4º radio y en el caso nº 2 tratamos a un varón de 80 años con una contractura tipo III B del 5º radio de la misma clasificación. Para ello citamos a los pacientes en la consulta y usamos una dilución de 0,25 ml de colagenasa para infiltrar la cuerda a nivel de la metacarpofalángica (MF) en ambos casos previa desinfección de la zona con alcohol al 70%. Se debe infiltrar en la zona de máxima tensión cercana a la articulación en cuestión infiltrando la misma cantidad en 3 puntos separados 2-3 mm u oblicuando la aguja para repartir la dilución. En el segundo caso realizamos una segunda infiltración a nivel de la interfalángica proximal (IFP) usando para ello 0,20 ml de la dilución de colagenasa. Una vez hecha la infiltración se aplican gasas estériles sobre la zona de punción y se realiza un vendaje almohadillado incluyendo los dedos. Se deja hacer efecto a la colagenasa durante 24 horas, tiempo en que se volvieron a citar a los pacientes esta vez en quirófano de Cirugía Mayor Ambulatoria para realizar la extensión de la cuerda bajo bloqueo mediano-cubital. Al retirar el vendaje es muy frecuente ver signos de equimosis en el lugar de punción. Se procede a la extensión progresiva y cuidadosa del dedo pudiendo notar un chasquido y/o resalte al romperse la cuerda. Se puede comprobar la extensión completa de los dedos. En el segundo paciente y debido a la mayor retracción se produjo una laceración de la piel, hecho frecuente en este tipo de retracciones y que únicamente precisa curas ambulatorias. Para terminar se coloca una férula moldeable que mantiene la extensión del dedo durante la primera semana y posteriormente se mantiene por la noche durante 2-3 meses.

Resultados: Todos los pacientes se encuentran satisfechos.

CC-563. FASCITIS NECROTIZANTE EN EL TERCER DEDO DE LA MANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Igado Insa, A. Ferrer Frías, A.P. Borja Jara, E. García Castro, R. Goñi Robledo y J.M. Alfonso Lerga

Hospital Universitario Txagorritxu. Álava.

Introducción y objetivos: La fascitis necrotizante es una infección de las partes blandas causada por bacterias virulentas que producen toxi-

nas, las cuales son las responsables del cuadro sistémico. Se caracteriza por afectar a la fascia superficial, tejido subcutáneo, grasa subcutánea y fascia profunda. Se acompaña de dolor local, fiebre y toxicidad sistémica. A menudo tiene un desenlace fatal si no se diagnostica a tiempo y se instaura tratamiento adecuado con prontitud, con una mortalidad muy elevada.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 47 años, fumador, de profesión jardinero, que presenta una lesión punzante en cara palmar 3º dedo mano derecha con espina de un rosal. Acude a urgencias tras 2 días de evolución, presentando tumefacción y dolor en 3º dedo de la mano derecha, el paciente se encuentra afebril, se realiza analítica en la que se aprecia PCR de 91 mg/L y leucocitosis con desviación izquierda. Se instaura tratamiento antibiótico oral con amoxi-clavulánico y se envía a su domicilio. Acude a la mañana siguiente presentando flictenas hemorrágicas en cara dorsal 3º dedo y eritema en palma de mano con signos de linfangitis en extremidad superior derecha. El estado general es bueno, no presenta fiebre, hipotensión, ni afectación sistémica en la analítica. Presenta intenso dolor a la movilización pasiva del 3º dedo con actitud del dedo en semi flexión y dolor a la palpación en el trayecto de la vaina tendinosa del flexor del 3º dedo. En analítica se aprecia un valor de PCR de 199 (rango normal [0-5]). En las radiografías no se aprecia cuerpo extraño, osteomielitis ni fracturas asociadas. Ante la sospecha diagnóstica de tenosinovitis piógena versus fascitis necrotizante se realiza en quirófano de urgencias desbridamiento y drenaje, se realiza punción de las flictenas y se manda a cultivar. Abordaje mediante incisión en zona palmar de F2, apreciándose sufrimiento cutáneo con necrosis del tejido celular subcutáneo. Se realiza incisión en la palma a nivel de la polea A1 por donde drena material purulento que se manda a analizar, se coloca sonda pediátrica saliendo por borde cubital de F2, se coloca drenaje tipo penrose suturado a sonda consiguiéndose un sistema de irrigación cerrado con suero salino que se mantiene durante 24 horas. Se instaura tratamiento ATB endovenoso con amoxi-clavulánico hasta llegada de cultivos en los cuales crece un *Streptococcus* β-hemolítico A(1) sensible a penicilina, con lo que se mantiene mismo tratamiento. El paciente permanece estable en todo momento, sin presentar datos de afectación sistémica.

Resultados: Los niveles de PCR se van normalizando, pero en desbridamientos sucesivos se aprecia mala evolución de los tejidos blandos con necrosis del pulpejo, tras 9 días de tratamiento antibiótico endovenoso se realiza amputación a nivel 1/3 medio F2.

Comentarios y conclusiones: La fascitis necrotizante es una patología en la que no existe predilección en cuanto a edad o sexo, aunque es más frecuente en diabéticos, alcohólicos, inmunocomprometidos, drogadictos y pacientes con enfermedad vascular periférica. El organismo causal más común es el *Streptococcus* beta-hemolítico del grupo A y el lugar más frecuentemente afectado son las extremidades, sobre todo las piernas, seguidas del área perineal y abdominal. Suele existir antecedente de disrupción en la piel, abrasiones, quemaduras, contusiones, laceraciones, inyecciones, mordeduras o incisiones quirúrgicas. Cuando ocurre en las extremidades suele ser secundaria a trauma, drogas o mordeduras animales. La existencia de ampollas en la piel y áreas de necrosis visibles denotan la presencia de endoarteritis obliterativa que conduce a necrosis cutánea y subcutánea. Es patognomónico de esta infección encontrar un plano de disección entre el tejido celular subcutáneo y el músculo a lo largo de la línea fascial. Es una urgencia médica que precisa de cirugía precoz, antibioterapia empírica inicial y soporte hemodinámico. El desbridamiento quirúrgico inmediato con excisión de todo el tejido necrótico es fundamental, con frecuencia se realizan desbridamientos múltiples durante los días siguientes. El desbridamiento adecuado y la cirugía precoz se asocian a una mejor supervivencia y pronóstico. En los casos de afectación de miembros puede estar indicada la amputación del mismo si no mejora con el tratamiento quirúrgico inicial. La mortalidad llega a ser de un 76% si no se realiza una cirugía precoz. En grandes series la mortalidad alcanza el 30% incluso con diagnóstico y cirugía precoz. La causa de

muerte en los pacientes con FN es usualmente la sepsis, el fracaso multiorgánico (FMO) y el síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA). En nuestro caso, en la primera visita a urgencias se diagnosticó de celulitis y se instauró tratamiento antibiótico oral, a las 24 horas nuestro paciente presentaba clínica de tumefacción importante, flictenas hemorrágicas y parámetros infecciosos analíticos muy aumentados sin datos de afectación sistémica. Ante la sospecha de tenosinovitis versus fascitis necrotizante se realizó cirugía de urgencia confirmando el diagnóstico de fascitis necrotizante. A pesar del desbridamiento y del tratamiento antibiótico endovenoso la evolución no fue favorable, precisando de amputación tras 9 días. En la mayoría de los casos la evolución de una fascitis necrotizante suele ser muy tórpida, con afectación del estado general llegando incluso al denominado síndrome de shock tóxico por *Streptococcus* con un elevado índice de mortalidad. En nuestro paciente, ante la sospecha de fascitis necrotizante tras las primeras 24 horas, pensamos que la intervención precoz con desbridamiento de la zona y tratamiento antibiótico endovenoso, aunque no consiguió salvar el dedo, consiguió evitar la posible instauración del cuadro sistémico.

CC-564. LUXACIÓN PURA VOLAR EN EL CARPO DEL HUESO SEMILUNAR

R. Lax Pérez, A. Murcia Asensio, F. Ferrero Manzanal, F. Lajara Marco, A. Corraliza Zamorano, F. Vera Repullo, F. Saura Sánchez y A. Lax Pérez

Hospital Santa Lucía. Murcia.

Introducción y objetivos: Las luxaciones puras del semilunar son muy infrecuentes. Son típicas de jóvenes y tras traumatismos de alta energía con hiperextensión y desviación cubital del carpo. Presentamos un caso de luxación pura del semilunar en un paciente añoso ante un traumatismo de baja energía.

Material y método: Varón de 73 años que acude a urgencias por dolor e impotencia funcional de muñeca derecha tras caída. A la exploración presenta tumefacción dolorosa a la palpación del carpo con impotencia funcional. En la imagen radiológica posteroanterior se aprecia aumento de espacio escafosemilunar con ruptura de las líneas de Gilula, forma triangular del semilunar y disminución de la altura del carpo. La proyección lateral muestra disociación articular capitato-semilunar con flexión palmar del semilunar y aumento del ángulo escafosemilunar. El resto de carpo permanece alineado con el radio y cúbito distales. Se diagnostica de luxación pura anterior del semilunar.

Resultados: Reducción cerrada bajo anestesia plexural y control radiológico. Inmovilización con yeso braquial circular. El paciente es dado de alta a los tres días con control radiológico correcto. Se retira el yeso a las cinco semanas e inicia rehabilitación dirigida.

Comentarios y conclusiones: En las luxaciones puras semilunares la clínica y la radiología son muy sutiles por lo que el diagnóstico puede retrasarse. El diagnóstico precoz, la correcta reducción y estabilización mejoran el pronóstico. Si la reducción cerrada no es posible o no se mantiene estaría indicada una reducción abierta con reparación ligamentaria y fijación interna por doble abordaje.

CC-565. LUXACIÓN AXIAL DEL CARPO PERIGANCHOSO TRANSPIRAMIDAL

R. Corral Díaz, C.E. García Elías, R. Vethencourt Koifman, F.J. Sainz Lozano, V. García-Reyes Chozas, L. Blasco Velázquez y D. Cárdenas Vargas

Hospital Central La Fraternidad-Muprespa. Madrid.

Introducción y objetivos: Las luxaciones axiales del carpo son lesiones poco frecuentes que en ocasiones puede pasar desapercibidas en el examen inicial. El mecanismo lesional más frecuente son los aplastamientos.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 42 años, trabajador manual, que sufrió un atrapamiento de la mano derecha con una máquina de rodillos. Tras la exploración inicial y radiografías convencionales y ante la sospecha de una lesión en el carpo se le hizo un TC de la mano que confirmó el diagnóstico de una luxación axial del carpo periganchoso transpiramidal. Al paciente se le realizó una artroscopia de muñeca visualizándose lesión del ligamento lunopiramidal, piramidoganchoso y grandeganchoso, decidiéndose realizar tratamiento mediante reducción y síntesis percutánea con agujas de Kirschner que fueron retiradas a las siete semanas.

Resultados: El paciente presentó una evolución tórpida, con necrosis cutánea en el dorso del antebrazo que necesito cobertura, distrofia simpática refleja en la mano y afectación nerviosa del cutáneo antebraquial medial, del mediano y del cubital que recupero sin secuelas. Al alta presentaba una imitación de la movilidad de carpo del 50%, con pérdida de fuerza de presa y limitación de la pinza del 3º, 4º y 5º dedo sin secuelas dolorosas.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones axiales del carpo pasan frecuentemente desapercibidas en el estudio radiológico inicial por la gran superposición de estructuras. La deformidad rotacional de los dedos nos debe hacer sospecharlas. Se asocian con gran afectación de partes blandas y con lesiones neurovasculares. El tratamiento en fase aguda mejora el pronóstico.

CC-566. LUXACIÓN VOLAR DEL SEMILUNAR INVETERADA

R. Corral Díaz, V. García-Reyes Chozas, C.E. García Elías, R.F. Vethencourt Koifman y A. Espiniella Tendero

Hospital Central La Fraternidad-Muprespa. Madrid.

Introducción y objetivos: La luxación del semilunar es una lesión infrecuente, que representa entre el 5 -7% de los traumatismos del carpo. El mecanismo de lesión más frecuente es una caída en hiperextensión forzada correspondiendo al estadio final de la llamada inestabilidad perilunar progresiva descrita por Mayfield.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 39 años que es remitido a nuestro centro tras una caída de altura con un diagnóstico inicial de fractura de estiloides cubital. Tras una exploración radiológica convencional y ante la sospecha diagnóstica se le realiza un TC donde es diagnosticado de una luxación volar del semilunar inveterada. Es tratado quirúrgicamente realizando un abordaje dorsal y volar, reducción del semilunar, cerclaje entre el semilunar y escafoides y reconstrucción del ligamento escafolunar. La fijación se realizó con agujas de Kirschner lunotriquetales que fueron retiradas a las 4 meses. La movilización la inicio a las 10 semanas.

Resultados: La evolución del paciente fue muy buena. Fue dado de alta a los 6 meses sin secuelas.

Comentarios y conclusiones: La luxación volar del semilunar es una lesión que con frecuencia pasa desapercibida, por lo que hay que tener un elevado índice de sospecha que nos permita realizar un correcto diagnóstico y tratamiento precoz. Aunque el tratamiento de las luxaciones inveteradas suele consistir en procedimientos paliativos, como artrodesis parciales o la carpectomía de la hilera proximal, si el tiempo transcurrido lo permite y no existe daño cartilaginoso, puede realizarse una cirugía reconstructiva con buenos resultados.

CC-567. PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES EN LA INFANCIA

R. Hernández Ramajo, M. Plata García, M.A. Martín Ferrero, C. Simón Pérez, V. García Virto, B.F. Rodríguez Monsálvez, V. Luengos Peña y M. Martínez Ibeas

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de escafoides se producen como consecuencia de la caída con el brazo en extensión y dorsi-

flexión de la muñeca. La pseudoartrosis aparece en el 5-10% de los casos y sin tratamiento progresan hacia el colapso y la artritis, por lo que es necesario un adecuado diagnóstico y tratamiento de la fractura aguda. Las fracturas de escafoides en niños son raras, solamente ocupan el 0,5% de las fracturas de la extremidad superior y representan el 3% de todas las fracturas de la mano y de la muñeca en los niños. Las pseudoartrosis de escafoides en niños son más raras aún y existen pocas series descritas en la literatura.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 15 años de edad, diestro, que acudió al Servicio de Urgencias por presentar dolor a nivel de la muñeca derecha de más de un mes de evolución sin recordar antecedente traumático específico. En la exploración física se comprueba la presencia de dolor a la presión a nivel de la tabaquera anatómica sin enrojecimiento, inflamación ni deformidad evidente. La movilidad de la muñeca era completa con dolor a nivel de los últimos grados de flexión dorsal. La inclinación cubital y radial eran normales. El estado neurovascular era normal. Se realizaron radiografías anteroposteriores de la muñeca que mostraron una falta de consolidación a nivel del escafoides derecho. Ante la presencia de dolor se inmoviliza la muñeca con yeso con primer dedo en abducción y se remite a las consultas para continuar estudio. Días más tarde, tras la consulta, y tras retirar el yeso por la remisión de la sintomatología se solicita TAC de muñeca que muestra fractura de escafoides en su porción media, que presenta en ambos fragmentos lesiones quísticas y áreas escleróticas, lo que sugiere cronicidad de la lesión. En proyección lateral se observa una discreta luxación perisemilunar, con desplazamiento dorsal del hueso grande. En la RMN se aprecia alteración en la morfología y en la intensidad de señal del hueso escafoides con línea de fractura en tercio medio y alteración tanto en polo proximal como distal con ausencia de consolidación y edema significativo. Además se observa la presencia de edema por contusión semilunar aunque se conserva la distancia de la articulación escafolunar. Ante esta situación el paciente fue intervenido quirúrgicamente realizándole un abordaje volar del escafoides junto con limpieza del foco de fractura y aporte de injerto corticoesponjoso extraído de la cresta ilíaca del paciente y osteosíntesis de la fractura con agujas de Kirschner.

Resultados: Posteriormente se inmovilizó con yeso palmar con primer dedo en abducción y se retiraron las agujas a las 8 semanas, siendo la evolución favorable consiguiendo una movilidad de la muñeca completa y no dolorosa.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de escafoides en los niños son infrecuentes debido a la gran cantidad de cartílago presente en el escafoides lo que le proporciona un efecto amortiguador durante el desarrollo. El pico de incidencia de estas fracturas ocurre entre los 12 y los 15 años y la mayor parte de ellas tiene lugar en el polo distal. Estas lesiones se producen como consecuencia de la caída con la muñeca en flexión dorsal y desviación radial provocando inflamación y dolor a nivel de la tabaquera anatómica junto con una disminución del rango de movilidad de la muñeca. Las radiografías iniciales de la muñeca deben incluir proyecciones anteroposterior, lateral así como oblicuas a 45° en pronación y supinación. Ante la sospecha clínica de fractura se deben tratar. También se pueden emplear para el diagnóstico otras pruebas de imagen como la RMN, TAC y la gammagrafía. La mayor parte de ellas son fracturas no desplazadas por lo que su tratamiento inicial, de la misma manera que en el adulto, consiste en una inmovilización con el primer dedo en abducción. La pseudoartrosis de escafoides en los niños ocurre en su mayor parte a nivel del cuello del escafoides y su incidencia es muy baja, sobre el 0,8%, lo que hace que existan pocas series descritas. Es importante tener en cuenta que en los niños muchas de estas fracturas y la consiguiente pseudoartrosis pueden pasar desapercibidas y ser diagnosticadas con el paso del tiempo al estudiar otro tipo de lesiones que se puedan producir sobre esa muñeca. Las pseudoartrosis, cuando son sintomáticas, provocan dolor, inestabilidad intercapiara y colapso con artritis radiocarpiana e intercapiara. El tratamiento de estas lesiones en niños es muy controvertido, incluyendo la inmovilización prolongada,

empleo de injerto óseo y la fijación con agujas de Kirschner, el injerto óseo con material de osteosíntesis y tornillos de Herbert con o sin injerto óseo. Nosotros utilizamos la técnica de Fisk-Fernández, consistente en el abordaje del escafoides tras el cual se procede a la inclusión de injerto óseo corticoesponjoso enclavado en el defecto y la fijación con agujas de Kirschner. Fernández enfatiza una planificación preoperatoria cuidadosa mediante la comparación con las radiografías de la extremidad no lesionada, donde se calcula el tamaño del injerto y la corrección de la deformidad angular que pueda existir. Consideramos que el abordaje dorsal del escafoides, junto con el aporte de tejido corticoesponjoso y la síntesis con agujas de Kirschner de forma percutánea, es un tratamiento adecuado para la reparación de las pseudoartrosis de escafoides. En niños hay que tener en cuenta que la experiencia en este tipo de lesiones es escasa y que habrá que continuar con estudios más detallados.

CC-568. PARÁLISIS RADIAL POR LIPOMA

R. Hernández Ramajo, M. Plata García, V. García Virto, C. Simón Pérez, M.A. Martín Ferrero, F. Yagüe Solís, B. García Medrano y M. Martínez Ibeas

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La compresión del nervio interóseo posterior puede ser producida en diferentes lugares a lo largo de su recorrido aunque el lugar más frecuente es a nivel de la arcada de Froshe. Las causas de esta compresión pueden ser tumores benignos como lipomas o fibromas o como consecuencia de sinovitis por osteoartritis o artritis reumatoide.

Material y método: Mujer de 71 años con antecedentes personales de litiasis vesicales, cáncer de mama tratado con radioterapia e intervenida quirúrgicamente de colecistectomía que acude a consultas por presentar desde hace 1,5 años dificultad para la extensión pasiva de los dedos de la mano derecha. La paciente había sido estudiada por sospecha de rotura del extensor largo del pulgar (ELP) con RMN que no mostraba alteraciones. En la exploración de la paciente se apreciaba imposibilidad para la extensión de los dedos y del ELP. La sensibilidad en la mano era normal. Entre las pruebas complementarias se solicitó: 1. Electromiografía que mostró un síndrome del interóseo posterior a nivel de la arcada de Froshe. 2. RMN del antebrazo derecho que destaca la presencia de una lesión ocupante de espacio con origen en el interior del músculo supinador corto de un tamaño de 2,9 × 1,8 cm sugestivo de lipoma y que parece comprimir el espacio vasculonervioso junto con una marcada atrofia de la musculatura extensora de la región posterior del antebrazo así como del músculo abductor largo. Con estos resultados se propuso intervención quirúrgica realizando un abordaje posteroexterno de la región proximal del antebrazo con neulisis del nervio interóseo posterior y extracción del lipoma.

Resultados: En la revisión de las 2 semanas la paciente presentaba recuperación para la extensión activa de la muñeca y de los dedos.

Comentarios y conclusiones: El nervio interóseo posterior es la rama motora del nervio radial y puede ser comprimido por bandas fibrosas próximas a la cabeza del radio, por vasos radiales recurrentes de Henry, por el margen tendinoso del segundo radial o nivel de la arcada de Froshe, que es el lugar más frecuente de compresión. La arcada de Froshe se localiza entre las dos cabezas del músculo supinador corto y puede ser zona de compresión para el nervio radial. La compresión del nervio interóseo posterior a este nivel crea dolor espontáneo a nivel el codo que precede a la clínica de déficit motor disociado, donde no es posible la extensión de los dedos pero sí de la muñeca que se hace en desviación radial ya que el músculo cubital posterior está afecto. Hay que destacar que no existe alteración sensitiva. Esta clínica puede ser causada por tejidos blandos o masas de tipo tumoral como lipomas, ganglios, artritis reumatoides, neurofibromas e incluso bursitis. Hay que

tener en cuenta que en ocasiones esta clínica puede ser confundida con la ruptura de los tendones extensores de los dedos, como ocurrió en nuestro caso, al igual que puede llegar a confundirse con epicondilitis. El diagnóstico se basa además de en la clínica en el estudio electrofisiológico y en las pruebas de imagen como la RMN. El tratamiento en principio es conservador y si no existe mejoría en periodo de 2-3 meses se procede a la descompresión quirúrgica del nervio.

CC-569. NECROSIS AVASCULAR DEL HUESO GRANDE. CURETAJE MÁS INJERTO AUTÓLOGO DE RADIO DISTAL

S. Amor Jiménez, P. Sánchez Angulo, P. Nicolás Gil, M. Hernández Torralba, F. Cebrián Córdoba y F. Albaladejo Mora

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: La necrosis avascular de los huesos del carpo es un problema relativamente frecuente en la práctica clínica. La irrigación del carpo justifica esta tendencia de alguno de sus huesos a la necrosis avascular y a la pseudoartrosis tras las fracturas. La necrosis avascular es más frecuente en el escafoide y semilunar, siendo infrecuente encontrarla en el hueso grande.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente varón de 19 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a consulta presentando un cuadro doloroso de la mano izquierda, que se intensificaba ante cualquier esfuerzo y con los movimientos de la mano. Se realiza RMN del carpo izquierdo que muestra irregularidad de la cara anterior con zonas de esclerosis intercaladas con pequeños quistes óseos, indicativo de necrosis avascular del hueso grande. Se decide realizar cirugía, procediéndose al curetaje de las lesiones más su relleno con injerto óseo antólogo de radio distal.

Resultados: Tras la cirugía, el paciente presenta una buena evolución clínica, desapareciendo su clínica dolorosa y consiguiendo una incorporación socio-laboral temprana.

Comentarios y conclusiones: La necrosis avascular del hueso grande es un cuadro clínico infrecuente, pero lo es aún más cuando aparece sin relación clara con un traumatismo previo. El tratamiento quirúrgico con curetaje más autoinjerto permite el relleno de las zonas que presentan defecto óseo eliminando el dolor. En ocasiones, si la necrosis es muy extensa, es necesario extirpar el hueso grande y realizar un injerto o una artrodesis.

CC-570. ROTURA DEL LIGAMENTO COLATERAL RADIAL E INTERMETACARPIANO DEL CUARTO DEDO DE LA MANO

S. Amor Jiménez, M. Hernández Torralba, F. Cebrián Córdoba, P. Sánchez Angulo, P. Nicolás Gil y F. Albaladejo Mora

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: La articulación metacarpofalángica en una diartrosis sinovial. Está estabilizada por unos ligamentos colaterales mediales y laterales y el ligamento transversal palmar profundo que une la cara palmar de las articulaciones metacarpofalángicas, adhiriéndose al fibrocartilago de la falange y reforzando la cápsula articular en su porción palmar. Además, los ligamentos intermetacarpianos transversos profundos conectan los ligamentos palmares de las articulaciones metacarpofalángicas del segundo al quinto dedos. La función de todo este complejo ligamentoso es la estabilización de la articulación durante la movilización de la misma.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente varón que tras traumatismo en la mano, con un mecanismo de desviación cubital a nivel del cuarto dedo, presenta dolor y desviación hacia cubital contra gravedad de dicho dedo. La movilización activa está conservada, mientras que a la movilización pasiva se observa una inestabilidad hacia cubital de la articulación metacarpofalángica. Se decide realizar una reparación quirúrgica de las lesiones. En la cirugía se objetiva la

lesión del ligamento colateral radial, el ligamento intermetacarpiano y una avulsión de la cápsula articular en su porción radial. Se realiza una reinserción del ligamento colateral radial y suturando la cápsula articular, la cual también estaba desgarrada. Para la reconstrucción del ligamento intermetacarpiano y la cápsula se realiza una sutura de los mismos.

Resultados: Fue posible la realización de una reinserción ósea de los ligamentos lesionados, con un montaje estable y que permitía una movilidad completa de la articulación. La estabilidad se mantuvo en el postoperatorio inmediato, permitiendo una rehabilitación precoz, y a corto, medio y largo plazo una articulación estable, indolora y con movilidad completa.

Comentarios y conclusiones: La lesión del ligamento intermetacarpiano en una lesión muy poco común debido a que está situado profundamente, protegidos por bandas laterales intrínsecas. La rotura de los ligamentos colaterales también es una patología poco frecuente, aunque más común que la del intermetacarpiano. El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos en los que aparezca dolor e impotencia funcional derivada de este o de la inestabilidad que producen las lesiones.

CC-571. INOCULACIÓN PERCUTÁNEA ACCIDENTAL DE MERCURIO EN LA MANO DE UN NIÑO

S. García Mata y C. González Roldán

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: El uso de termómetros con mercurio está en desuso y hoy en día no se encuentran a la venta en farmacias. Sin embargo todavía persisten algunos en domicilios, sobre todo de personas de mayor edad. Debido a que es frecuente que un parte de cuidado de los hijos lo realicen abuelos, es posible que en los domicilios de esas personas de edad si existan ese tipo de termómetros antiguos y que por curiosidad atraigan a su manipulación a los niños.

Material y método: Niña de 11 años que acude a urgencias por dolor en dorso mano derecha con eritema de unos 7 cm de diámetro y herida puntiforme en cicatrización a nivel de cabeza del 2º MTC derecho, diagnosticada de celulitis. La herida se le había producido 10 días antes por rotura de un termómetro de mercurio al manipularlo jugando. Refería dolor y enrojecimiento con inflamación local de forma progresiva. En Rx: masas radiopacas en zona dorsal de mano derecha.

Resultados: Se realizó intervención bajo anestesia general: exéresis cuneiforme. Se extrajeron varias bolitas de alrededor de 0,5 mm, que fueron retiradas con lavados exhaustivos. Control radioscópico comprobó su eliminación completa. A las 48h ya no existía eritema ni dolor. Posteriormente se realizó analítica general con pruebas de función renal y hepáticas, siendo normales, así como los niveles de mercurio en sangre: 3 ng/L (considerado como negativos). Tres años más tarde permanece asintomática sin secuelas.

Comentarios y conclusiones: Se han publicado unos 30 casos de inyección de mercurio, la mayor parte accidentales y rara vez autoinoculado, la mayor parte tratadas quirúrgicamente varios días tras el accidente, generando un granuloma y reacción inflamatoria. El mercurio se deposita lentamente convirtiéndose en sal de mercurio que puede hacer absorción sistémica que llegue a afectar a órganos vitales (hígado, riñón, etc.). Por ello el tratamiento adecuado es la escisión temprana y monitorización de la función renal, hepática y SNC.

CC-572. TRATAMIENTO DE CAMPTODACTILIA EN NIÑOS MEDIANTE LA TÉCNICA DE GUPTA Y BELL

S. García Mata y C. González Roldán

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La camptodactilia es una alteración en el mecanismo de la musculatura intrínseca de los dedos que afecta fun-

damentalmente al 5º dedo. Al realizar la extensión se produce una hiperextensión MTC-F con flexión IFP. El objetivo es mostrar la técnica de Gupta y Bell como tratamiento de la camptodactilia.

Material y método: Hemos realizado tres casos de tratamiento quirúrgico de camptodactilia del 5º dedo mediante transferencia de la mitad del tendón extensor proprius indicis al extensor del 5º dedo por debajo del ligamento intermetacarpiano volar. Tras mantener inmovilización durante 6 semanas con el 5º dedo en extensión MTC-F e IFP, se inicia movilización activa sin precisar de rehabilitación.

Resultados: En todos los casos se consiguió la resolución completa de la camptodactilia. No hubo que lamentar complicaciones. Tanto el resultado objetivo como subjetivo fue excelente.

Comentarios y conclusiones: Recomendamos la realización de la técnica de Gupta y Bell como tratamiento de la camptodactilia, por ser sencillo y no alterar la anatomía (normal o alterada) de la musculatura intrínseca, cuya dificultad técnica es superior y resultados inciertos por no corresponder siempre a las mismas alteraciones.

CC-573. AUTOINJERTO ÓSEO PALMAR TRAPEZOIDAL DE CRESTA ILÍACA PARA EL TRATAMIENTO DE PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES

T. Martínez Jiménez, F.J. González Arteaga, D. Manrique Cuevas, M. Ercilla Oyarzábal, J. Mondragón Rubio e I. Sancho González

Complejo Hospitalario de Navarra. Clínica Ubarmin. Pamplona.

Introducción y objetivos: En las pseudoartrosis inestables de escafoides se produce un colapso con deformidad en flexión (en joroba) y desviación dorsal del semilunar. El tratamiento de elección en estos casos es el injerto óseo por vía palmar.

Material y método: Se presenta una serie de 6 pacientes con pseudoartrosis de escafoides intervenidos entre agosto de 2007 y octubre de 2011. La técnica quirúrgica consistió en un abordaje palmar. Tras exponer el foco se realiza una flexión palmar pasiva de la muñeca para corregir la desviación dorsal del semilunar y se fija éste al radio con una aguja percutánea. Se vuelve a colocar la muñeca en posición neutra y así se produce una apertura en la cara palmar del foco de pseudoartrosis. Se procede a la toma del injerto córtico-esponjoso de cresta iliaca del tamaño adecuado. El injerto se fija con un tornillo canulado de autocompresión. Se puede dejar una aguja de Kirschner percutánea como fijación suplementaria temporal.

Resultados: En todos los casos se ha logrado la consolidación de la pseudoartrosis. En un caso ha sido necesario retirar el tornillo una vez lograda la consolidación.

Comentarios y conclusiones: La técnica de injerto palmar trapezoidal se ha utilizado habitualmente para el tratamiento de las pseudoartrosis de escafoides con deformidad en flexión. En los últimos años se han popularizado las técnicas que utilizan injertos vascularizados bien de radio distal o a distancia con sutura microvascular del pedículo. En nuestra opinión para los casos en que no existe necrosis del polo proximal se obtienen buenos resultados con el autoinjerto libre y la fijación con tornillo aporta una estabilidad que permite la movilización precoz. La utilización de un injerto de cresta iliaca permite poder elegir el tamaño y forma que mejor se adapte al defecto del escafoides.

CC-574. DESBRIDAMIENTO ARTROSCÓPICO EN UN CASO DE ROTURA PARCIAL DEL LIGAMENTO ESCAFOSEMILUNAR

T. Martínez Jiménez, F.J. González Arteaga, P. Mateo Sebastián, I. Moreno Izco y M. Menéndez García

Complejo Hospitalario de Navarra. Clínica Ubarmin. Pamplona.

Introducción y objetivos: Las lesiones del ligamento escafosemilunar suelen pasar desapercibidas inicialmente y el paciente acude posteriormente a la consulta por persistencia de la sintomatología dolorosa. Las roturas completas del ligamento escafosemilunar suelen provocar

una alteración de la biomecánica de la muñeca con desviación dorsal del semilunar y flexión palmar del escafoides. En las roturas parciales el remanente del ligamento puede ser suficiente para mantener la posición de los huesos de la primera fila del carpo.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 44 años que sufrió un traumatismo en la muñeca, acudiendo a consulta 6 meses después por persistencia de dolor en el dorso del carpo. No se objetivaron signos clínicos de inestabilidad escafosemilunar. En el estudio radiológico sólo se apreció una posible fisura en la inserción radial del fibrocartilago triangular. Se realizó una artroscopia de muñeca, en la que se puso de manifiesto la existencia de una rotura parcial del ligamento escafosemilunar tipo 2 de Geissler. Se procedió al desbridamiento del resto ligamentario inestable.

Resultados: Un año después de la intervención la paciente se encuentra asintomática, habiéndose reincorporado a su actividad laboral.

Comentarios y conclusiones: En los casos de rotura completa del ligamento escafosemilunar con signos de inestabilidad, si el diagnóstico se realiza de forma temprana, creemos que está indicado realizar tratamiento quirúrgico para reparar el ligamento. En los casos diagnosticados tardíamente se puede intentar un tratamiento conservador ya que no todos los casos de rotura del ligamento escafosemilunar desarrollarán posteriormente una inestabilidad carpiana sintomática. En casos de roturas parciales e incluso en roturas completas en pacientes con baja demanda funcional puede ser suficiente con un tratamiento artroscópico de desbridamiento de los restos de ligamento inestables. Si aparece inestabilidad carpiana estaría indicado el tratamiento quirúrgico mediante capsuloplastia o plastia ligamentosa.

CC-575. NECROSIS FACETA DEL SEMILUNAR TRAS FRACTURA-LUXACIÓN DORSAL RADIOCARPIANA

V. Rico Ramírez, C. Diago Guiral, F. Corbi Aguirre, J. Roig Llopis, A. Mora de Sambricio y M. Oldrati Oldrati

Hospital de Manacor. Baleares.

Introducción y objetivos: Las fracturas luxaciones radiocarpianas son lesiones infrecuentes que ocurren más comúnmente en varones jóvenes tras traumatismos de alta energía donde generalmente el paciente no puede definir de forma exacta el mecanismo de lesión.

Material y método: Presentamos un caso clínico de un varón de 19 años, conductor de una motocicleta, que sufrió una colisión contra un coche en mayo del 2010. Fue remitido a nuestro Hospital, donde se practicó una exploración clínica y radiológica; presentaba una herida volar en la región V y una fractura luxación dorsal abierta del carpo. Mediante anestesia intrafocal se procedió a reducción cerrada. En los controles radiológicos se aprecia unos fragmentos intra-articulares rotados 360º a nivel de la foseta del semilunar. Se instauró profilaxis antibiótica y se intervino de urgencias efectuándose un doble abordaje volar-dorsal y osteosíntesis con el sistema Trimed.

Resultados: En los diferentes controles clínicos y radiológicos se aprecia una desviación del carpo progresiva hacia cubital con una limitación de la flexo-extensión y de la prono-supinación. Radiológicamente, existe una osteolisis progresiva en la zona de la foseta del semilunar. Se orientó inicialmente como una posible lesión de los ligamentos volares radiocarpianos dado el desplazamiento evidente del carpo hacia cubital. Durante el acto quirúrgico se apreció una gran osteolisis subcondral del radio por debajo de la foseta del semilunar y se orientó como necrosis de dicha zona. Se practicó una artrodesis radiosemilunar con tres agujas de Kirschner e injerto autólogo tomado de la cara volar del radio. En los controles posteriores no se apreció consolidación de dicha artrodesis por lo que se reintervino practicándose, una artrodesis radioescafosemilunar con exéresis del polo distal del escafoides más Sauve Kapandji. Actualmente, dos años tras el accidente, el paciente no presenta dolor

aunque sí una limitación de la movilidad a la supinación y la flexo-extensión.

Comentarios y conclusiones: Describimos este caso por su rareza, la evolución hacia la desviación cubital del carpo consecuencia de la necrosis de la faceta del semilunar. No hemos encontrado descripciones bibliográficas de dicha complicación de fractura luxación de radio.

CC-576. TENOSINOVITIS EN CUERPOS RICIFORMES

V. Altemir Martínez, P. Forcada Calvet, L. Prats Gispert, S. Gros Aspiroz, B. Barriendos Miguel, G. Molina Olivella, A. Gómez Ribelles y M. Sánchez Gimeno

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad sistémica, inflamatoria, crónica, de etiología desconocida, cuya expresión clínica más importante se encuentra en las articulaciones lo que lleva progresivamente a distintos grados de invalidez. La AR también se puede presentar en las manos como sinovitis, tenosinovitis o como un síndrome de compresión del nervio mediano en el túnel del carpo.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 61 años con antecedentes personales de AR que acude a consultas externas por lesión supurativa en lado radial de la articulación interfalángica del pulgar derecho por el que emanan numerosos cuerpos riciformes blancomarillentos que se envían a estudio bacteriológico. Presenta una induración queratósica en el pulpejo del pulgar y ligera tumefacción a nivel de base del quinto dedo y muñeca. La radiografía no muestra imágenes patológicas y el estudio bacteriológico del material obtenido es estéril. Se solicita estudio por resonancia magnética que evidencia la presencia de una distensión de la vaina flexora del primer dedo hasta la inserción en la falange distal, de la vaina común de los flexores de los dedos en su recorrido metacarpiano y de la vaina del quinto dedo hasta la falange distal, estando ocupado por líquido y por múltiples lesiones nodulares hipointensas en T2 e isointensas en T1 correspondientes a depósitos de fibrina en forma de granos de arroz. Con estos hallazgos se realiza una sinovectomía palmodigital de flexores mediante abordaje en Z de Brunner en muñeca y carpo con extensión palmo digital hacia el pulgar y el quinto dedo manteniendo las poleas A2 y A4. Se observa degeneración de los tendones flexores profundos y superficiales de los dedos sin evidenciar ruptura completa de ninguno.

Resultados: La muestra obtenida se envía a estudio microbiológico siendo estéril para bacterias, micobacterias, hongos y parásitos y estudio anatomopatológico que informa de tejido sinovial con extensiones constituidas por algunos macrófagos y leucocitos PMN y escasas células gigantes multinucleadas. La evolución de la paciente es satisfactoria con resolución completa del cuadro clínico.

Comentarios y conclusiones: Ante una tenosinovitis crónica de flexores se debe realizar diagnóstico diferencial con entidades como la artritis reumatoide, tuberculosis extrapulmonar, artritis psoriásica o gotosa. La resección completa de los tejidos y el estudio microbiológico y anatomopatológico nos conducirá a la resolución exitosa de esta entidad tras el conocimiento de su etiología.

CC-577. PULGAR DEL GUARDBOSQUES INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

V. García Virto, F. Yagüe Solís, R. Hernández Ramajo, M. Plata García, M. Brotat Rodríguez, M. Martínez Ibeas, C. Simón Pérez y M.A. Martín Ferrero

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: Las fracturas intraarticulares de las articulaciones IF o MTCF pueden tener un solo fragmento (signo de lesión

ligamentosa o por avulsión) o pueden mostrar una importante conminución. El objetivo del caso es mostrar a una niña con un traumatismo en el pulgar que provocó una lesión infrecuente y sus opciones terapéuticas.

Material y método: Paciente de 11 años, zurda, que acude a Urgencias tras sufrir traumatismo accidental en el primer dedo de la mano derecha. A la exploración presenta inflamación y hematoma en articulación metacarpofalángica del primer dedo, dolor a la palpación en la base de F1 y dolor a la movilización del primer dedo, objetivándose también inestabilidad del ligamento colateral cubital, y exploración neurovascular distal normal. En las radiografías se observa fractura-avulsión del borde cubital de la epífisis de F1 del primer dedo de la mano derecha (lesión de Salter y Harris tipo III). Ante la clínica de inestabilidad del ligamento colateral cubital y con los hallazgos radiológicos se decide estabilización quirúrgica a través de un abordaje cubital sobre la articulación metacarpofalángica del primer dedo, realizando reducción abierta, comprobándose la existencia de un pequeño fragmento volteado, con la superficie articular mirando hacia el lado radial, y osteosíntesis con aguja de Kirschner (AK) de 1 mm de diámetro.

Resultados: Se mantuvo con una férula de yeso 3 semanas y posteriormente se retiró la AK, iniciándose la rehabilitación, presentando en el momento actual, 2 años después de la fractura, una movilidad completa sin dolor.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas por avulsión de la base cubital de F1 del primer dedo pueden corresponder a la rotura del ligamento colateral del pulgar (pulgar del guardabosques o del esquiador), siendo las lesiones en niños similares a las del adulto. Hastings y Simmons en su serie de 354 fracturas de la mano pediátrica, señalaron que la falange proximal era el hueso que con mayor frecuencia se lesionaba, debido en gran parte al gran número de fracturas de S-H tipo II de la base de F1. Las fracturas isarias pueden ser de 2 tipos: extraarticulares de S-H tipo II o intraarticulares de S-H tipo III y IV. Las fracturas de la base de F1 que generan una lesión de pulgar de guardabosques habitualmente son lesiones de S-H tipo III. Cuando se encuentra involucrada una proporción importante de la superficie articular (> 25%), si el desplazamiento residual excede 1,5 mm o está deteriorada la estabilidad articular, hay que realizar reducción abierta y fijación interna con AK, como se realizó en esta paciente, o con minitornillos.

CC-578. ISQUEMIA TRANSITORIA DEL SEMILUNAR TRAS LUXACIÓN PERILUNAR INVETERADA

X. Martí Cabré, S. Lirola Palmero, X. Terrades Cladera, G. Salvà Coll y C. Pérez Uribarri

Hospital Son Llàtzer. Baleares.

Introducción y objetivos: Las luxaciones perilunares son una patología grave que frecuentemente es infradiagnosticada. Una de sus complicaciones es la isquemia transitoria del semilunar

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 33 años que presenta una luxación perilunar de un mes de evolución que pasó desapercibida. El paciente es intervenido realizándose una reducción abierta y pinning percutáneo, y reconstrucción de los ligamentos escapulohumeral y lunopiramidal.

Resultados: El paciente presenta una isquemia transitoria del semilunar durante el postoperatorio que se resuelve espontáneamente sin secuelas.

Comentarios y conclusiones: La isquemia transitoria del semilunar es una complicación relativamente frecuente, descrita en la literatura. Su tratamiento de elección es la observación y la conducta expectante.

CC-579. ARTROPLASTIA TOTAL DE MUÑECA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

X. Martí Cabré, C. de la Calle Martínez, X. Terrades Cladera, G. Salvà Coll y C. Pérez Uribarri

Hospital Son Llàtzer. Baleares.

Introducción y objetivos: La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune que afecta al 1% de la población. Presenta afectación de mano o muñeca en un 70% de los casos. Cuando fracasa el tratamiento médico está indicada la cirugía. Entre las opciones quirúrgicas, la artroplastia total de muñeca tiene sus indicaciones y contraindicaciones.

Material y método: Presentamos una serie retrospectiva de 4 casos intervenidos realizándose artroplastia total de muñeca, con un seguimiento medio de 30 meses. Hemos valorado el dolor con la escala EVA, la fuerza de prensión y de pinza, la funcionalidad con el test QuickDASH, el balance articular y el resultado radiográfico.

Resultados: Los resultados son: puntuación de 51,15 en QuickDASH, Dolor de 2,63 en escala EVA, fuerza de prensión y de pinza de 9,8 Kg y 2,3 Kg respectivamente, un balance articular funcional y la ausencia de signos radiológicos de aflojamiento.

Comentarios y conclusiones: El objetivo de la artroplastia total de muñeca es mantener o aumentar la movilidad y tratar el dolor. Es fundamental hacer una buena indicación e informar al paciente de los resultados funcionales y la evolución.

CC-580. CONSOLIDACIÓN DE FRACTURA DE ESCAFOIDES TRAS RETIRADA DE INMOVILIZACIÓN

Z. González Fernández, A. Falcón Sánchez, A.I. Leal Robles, J. Cabrera Rosendo, J.J. González Suárez y F.J. Noya Gómez

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Introducción y objetivos: El escafoide carpiano es el hueso del carpo que resulta lesionado con más frecuencia. Su aporte vascular es especial y explica el alto riesgo de pseudoartrosis tras una fractura así como de necrosis avascular del polo proximal.

Material y método: Paciente de 18 años de edad que sufre traumatismo en mano izquierda. En la exploración inicial presenta dolor e impotencia funcional en muñeca izquierda y dolor específico a la palpación de la tabaquera anatómica ipsilateral. El estudio radiológico no muestra ningún trazo de fractura. Se procede a inmovilización con férula de escafoides y se revisa en consultas externas de traumatología 2 semanas después. En este momento el control radiológico muestra una fractura de polo proximal de escafoides izquierdo no desplazada. Se coloca yeso completo de escafoides. 10 semanas tras la fractura, no se aprecian cambios en la imagen radiológica y se diagnostica de retardo de consolidación. Dado el alto riesgo de pseudoartrosis de las fracturas en esta localización se incluye en lista de espera quirúrgica para la realización de osteosíntesis con tornillo y aporte de injerto. En esa consulta se retira el yeso y se deja la extremidad libre.

Resultados: 6 meses tras la inclusión, se realiza la intervención programada. En la exploración quirúrgica se halla la fractura consolidada y la muñeca se muestra estable.

Comentarios y conclusiones: La inmovilización inmediata es el tratamiento de elección ante una fractura no desplazada de escafoides y la sospecha de la misma. Esto pretende minimizar el riesgo de pseudoartrosis. En este caso no se producen cambios radiológicos en la fractura durante la inmovilización, sin embargo tras el inicio de carga y movilidad se produce la consolidación de la fractura. Esto ilustra la complejidad del proceso de consolidación y de los factores que influyen en él haciendo que un tratamiento no tenga el resultado esperado.

CC-581. RUPTURA AGUDA DE LOS FLEXORES DEL PRIMER Y SEGUNDO DEDO TRAS FRACTURA DEL EXTREMO DISTAL DEL RADIO EN UNA EMBARAZADA

A.M. Blanco Parreño, M.M. Pardo Cohello, F. Doñate Pérez, P. Jiménez Ortega, I. Gracia Rodríguez, T. Ros Ample, R. Delgado Mateo y N. Gaspar Aparicio

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: Las lesiones tendinosas como complicación de la fractura del extremo distal del radio son infrecuentes. La lesión más frecuentemente informada en la literatura es la ruptura subaguda del extensor largo del primer dedo. Nuestro objetivo es presentar el caso de una paciente que tras fractura compleja del extremo distal del radio, presenta incapacidad para la flexión de IFD y MTF del 2º dedo, y IF del primer dedo.

Material y método: Revisión de un caso: mujer de 22 años, embarazada, que tras accidente de tráfico sufre fractura compleja del extremo distal del radio derecho, junto con fractura conminuta del polo inferior de la rotula y fractura no desplazada del maleolo tibial. Se ingresa a la paciente para tratamiento definitivo de la fractura en su muñeca y rodilla. En el tercer día de ingreso, se observan signos de ruptura completa de los flexores del 2º dedo y del flexor largo del primer dedo.

Resultados: Se decide tratamiento quirúrgico de la fractura de muñeca, por la propia morfología de la fractura como para la exploración y tratamiento de la ruptura de los tendones flexores. Se le practica abordaje volar de Helry, observando sección completa del FP y FS del 2º dedo en zona V, y sección parcial del FL del primer dedo, en éste tendón, se aprecia como pequeñas espículas óseas se encastran intrasustancia provocando la lesión. Se practica RAFI con placa volar TCP de Synthes, y tenodesis de las lesiones tendinosas.

Comentarios y conclusiones: La lesión de los tendones flexores tras fracturas del extremo distal del radio, son extremadamente raras y con reportes en la bibliografía muy escasos. Aunque la lesión tendinosa más frecuente reportada es la del extensor largo del pulgar, la literatura aconseja la exploración sistemática de los tendones flexores en zona V, con mayor insistencia en las fracturas abiertas, o las fracturas por alta energía de impacto.

CC-582. SCHWANNOMA DE NERVO PERIFÉRICO

A.M. Far Riera, G. Salvà Coll, C. Pérez Uribarri, X. Terrades Cladera, L. Perelló Moreno y S. Lirola Palmero

Hospital Son Llàtzer. Baleares.

Introducción y objetivos: Los tumores nerviosos primarios de la mano y de la extremidad superior son raros y representan menos de un 5% de los tumores de tejidos blandos de la extremidad superior. Presentamos un caso clínico diagnosticado de schwannoma, y una revisión bibliográfica de este tipo de tumores.

Material y método: Presentamos un caso clínico de un paciente de 72 años de edad, (con HTA, IAM en el 2009, polineuropatía axonal sensitivo-motora, LNHDCG-B, EPOC y enfermedad renal crónica como antecedentes médicos de interés y escisión Ca basocelular nasal (AL) e implantación de stent coronario como antecedentes quirúrgicos de interés), que fue remitido a consultas externas de traumatología por tumoración palmar izquierda de 3 x 3 cm. A la exploración se apreciaba tumoración, de consistencia elástica y no adherida a planos profundos, dolorosa a la palpación, con signo de Tinel positivo de distribución cubital. Además asociaba Dupuytren de grado 0 en cuarto dedo y pulgar izquierdo. La radiografía simple de la mano y muñeca era normal. En el estudio por RMN, en el tejido celular subcutáneo de la eminencia hipotenar, se observó una masa sólida ovoidea encapsulada de 2,5 x 1,5 x 1,8 cm, localizada en íntimo contacto con las estructuras neurovasculares del canal de Guyon. Se describió

como tumoración sólida compatible con tumor neurogénico como primera posibilidad, sin poder descartar otras posibilidades. Se decidió practicar intervención con abordaje volar de la muñeca. Se diseñó la tumoración que se encontraba dentro del perineuro del nervio cubital justo proximal a la bifurcación de la rama motora y sensitiva en el canal de Guyon. Se realizó exéresis microquirúrgica protegiendo el nervio cubital. El estudio anatomopatológico reveló una tumoración nodular ovalada, bien delimitada de superficie lisa grisácea. Al corte, encapsulada, de coloración blanquecina parduzca, consistencia sólida blanda y aspecto fasciculado, focalmente arremolinado. Su tamaño era de $2,8 \times 1,9$ cm. Realizándose el diagnóstico de schwannoma (neurilemoma benigno).

Resultados: El paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio. Clínicamente el paciente está asintomático, sin ninguna alteración sensitiva ni motora y no ha presentado recurrencia de la tumoración.

Comentarios y conclusiones: El schwannoma o neurilemoma es la tumoración nerviosa benigna más frecuente de la extremidad superior. Cuando la localización es superficial, la palpación y el signo de Tinel deben hacernos sospechar este tipo de tumor. La exéresis quirúrgica debe hacerse con técnicas de microcirugía para reducir el riesgo de lesión nerviosa.

CC-583. HEMANGIOMA EXTENDIDO POR MÚSCULO PRONADOR CUADRADO

B. Muñoz Niharra, J. Fernández Getino, O. Sáez de Ugarte Sobrón, S. Pastor Espejo, A. Ernest, D. Arana Narvarte, X. Foruria Zarandona y J.L. Martínez de los Mozos

Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Los hemangiomas musculares sobre el músculo pronador cuadrado son una entidad poco frecuente pero a tener en cuenta en el caso de dolor en antebrazo sin aparente desencadenante previo. En ocasiones puede controlarse el dolor mediante prendas de presoterapia. Sin embargo, si la lesión se encuentra bien localizada y delimitada se puede plantear la cirugía, con el principal objeto de minimizar el dolor recurrente que provoca.

Material y método: Presentamos un caso clínico de una mujer de 30 años que acude por dolor en porción distal de antebrazo derecho de 3 años de evolución. La paciente no cuenta con antecedentes personales de interés. Se solicita la realización de una arteriografía pero el servicio de Radiología de nuestro centro decide realizar un angio TAC, por tratarse de una prueba menos invasiva. En dicha prueba se objetiva en la fase arterial ausencia de anomalías mientras que en fase venosa aparece una malformación extendida por todo el pronador cuadrado con múltiples lagos venosos que drenan principalmente a la vena radial, encontrándose ésta hipertrofiada.

Resultados: El servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de nuestro centro procedió a la extirpación del hemangioma al completo, conllevando por tanto la extirpación completa del músculo pronador cuadrado. Debido a la alta tasa de recidivas que, pese a la correcta extirpación, tiene la actuación, la paciente es seguida frecuentemente. El dolor ha remitido totalmente, si bien ha visto mermada su movilidad, fundamentalmente la prono-supinación.

Comentarios y conclusiones: Una de las posibilidades menos frecuentes en la que podemos pensar a la hora de realizar diagnóstico diferencial de dolor en antebrazo distal es un hemangioma. Sin embargo, ante un dolor persistente sin causa desencadenante, es necesario obtener una prueba radiológica. El angio TAC podría ser de elección en el caso de poder evitar otras pruebas más invasivas. El principal inconveniente de la extirpación es la posible recidiva. Por ello debe establecerse una vigilancia frecuente y plantear la posible reintervención en caso de que la lesión vuelva a aparecer y con ella el dolor.

CC-584. LIBERACIÓN ENDOSCÓPICA DEL TÚNEL CARPIANO CON EL SISTEMA CENTERLINE DE ARTHREX. NUESTRA EXPERIENCIA

D. Gómez Hernández, R. Rodríguez Arozena y M.V. Luengo Hevia

Hospital Universitario de Torrelodones. Madrid.

Introducción y objetivos: El síndrome del túnel carpiano es la neuropatía por compresión más frecuente del miembro superior, si el tratamiento conservador fracasa se requiere tratamiento quirúrgico. El objetivo del presente estudio es presentar nuestra experiencia con la liberación endoscópica del túnel carpiano en nuestro centro utilizando el sistema Centerline y describir una guía de tratamiento.

Material y método: Esto es un estudio prospectivo de 140 pacientes (130 mujeres y 10 hombres) con 170 procedimientos de liberación endoscópica del túnel carpiano con el sistema Centerline, en un periodo comprendido desde febrero del 2009 hasta febrero del 2012. Dichos pacientes fueron candidatos a cirugía según nuestro protocolo. El resultado clínico de dicho procedimiento fue evaluado a la primera y segunda semana, al mes y a los dos meses posquirúrgico.

Resultados: Después de llevar a cabo 170 procedimientos de liberación endoscópica del túnel carpiano obtuvimos una incorporación rápida del paciente a la actividad rutinaria, un alivio precoz de los síntomas de adormecimiento y despertar nocturno, buen grado de satisfacción de los pacientes, una mejoría de la fuerza de agarre y pellizcamiento, presentamos 1 complicación con dicho procedimiento y no se logró un buen resultado en 5 pacientes.

Comentarios y conclusiones: La liberación endoscópica del túnel carpiano con el método de Centerline de Arthrex es efectivo y libera la presión del túnel carpiano nosotros recomendamos la liberación endoscópica del túnel carpiano según protocolo elaborado para el tratamiento de dicha neuropatía compresiva. Para la realización de dicho procedimiento se requiere una curva de aprendizaje relativamente corta. Aconsejamos dar los primeros pasos en cadáver fresco.

CC-585. FRACTURA-LUXACIÓN CORONAL HAMATO-METACARPIANA

D. García Fernández, P. Guerra Vélez, B. Gutiérrez Narvarte, A.M. Martín Fuentes, R.D. Maestro Carvajal, V. Jiménez Díaz y J.M. Cano Egea

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de un paciente de 43 años, sin antecedentes personales de interés, piloto de profesión, que tras sufrir una caída casual de escalera, 24 horas antes, acude a urgencias por dolor de mano derecha.

Material y método: Se objetiva gran inflamación y dolor en el dorso de la articulación carpo-metacarpiana, sobre todo en la base del 4º radio. Tras estudio radiográfico se objetiva una fractura de trazo coronal en el ganchoso. Se completa el estudio mediante TAC que detecta dicha fractura y además la fractura luxación de la base del 4º metacarpiano.

Resultados: Se realizó reducción abierta de la lesión mediante abordaje dorsal y síntesis mediante 2 tornillos canulados de 3 mm de diámetro. Posteriormente se protegió con férula durante 4 semanas. A los 6 meses de evolución el paciente no presenta dolor ni limitación en su actividad laboral ni recreativa.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas con trazo coronal en el ganchoso son extremadamente raras y fácilmente pueden ser pasadas por alto si no realizamos estudio radiológico en proyección lateral. Las fracturas mínimamente desplazadas pueden ser tratadas de forma conservadora y las desplazadas deben ser tratadas si es posible mediante reducción abierta y osteosíntesis, aunque también podría realizarse reducción cerrada y fijación percutánea con agujas, pero con resultados menos predecibles.

CC-586. SINOSTOSIS RADIOCUBITAL POSTRAUMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Noriego Muñoz, N. Fernández Noguera, S. Rodríguez Paz, J.M. Muñoz Vives y M.A. Froufe Siota

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: La sinostosis radio-cubital post-traumática es una entidad independiente de la de origen congénito. Es muy infrecuente y la principal causa de aparición se debe a la cirugía abierta sobre las fracturas del antebrazo. El pronóstico está influido por la localización de la sinostosis a lo largo de la membrana interósea.

Material y método: Paciente varón de 25 años politraumatizado que ingresa en nuestro centro tras sufrir accidente de tráfico. Presenta traumatismo abdominal que requiere cirugía emergente y múltiples fracturas. A nivel del antebrazo izquierdo se objetivan fracturas de cúbito y radio diafisarias conminutas a diferentes niveles tratadas mediante osteosíntesis con placa. A los 18 meses post-op el paciente presenta un balance articular para la prono-supinación de 0° y se evidencia radiológicamente una sinostosis radio-cubital en 1/3 medio (tipo II según la clasificación de Vince K.G.), por lo que se decide retirar material de osteosíntesis y resección de la sinostosis sin añadir tratamientos radioterápicos complementarios a petición del paciente.

Resultados: Tras la cirugía el paciente recupera parcialmente el balance articular en la prono-supinación pero en controles posteriores se aprecia recidiva de la sinostosis y pérdida del rango de movilidad conseguido. A los 6 años de la última cirugía el paciente no refiere dolor y la prono-supinación es de 0° conservando el resto de movilidad.

Comentarios y conclusiones: La sinostosis radio-cubital es una complicación grave de fracturas antebraquiales que aumenta su aparición en traumatismos de alta energía. Según su localización sobre la membrana interósea presenta diferencias en cuanto al pronóstico y la recidiva. Dentro de las opciones de tratamiento, la resección de la sinostosis es la de mejor resultado principalmente entre el primer y el segundo año de la lesión. No existen evidencias en cuanto a la disminución de aparición de recidivas con radioterapia y/o la administración de indometacina. Los resultados suelen ser pobres o aceptables.

CC-587. TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN PERILUNAR INVETERADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Masvidal Sanz, N. Fernández Noguera, D. Noriego Muñoz, M.A. Froufe Siota, J.M. Muñoz Vives, D. Arribas Agüera, E. Navarro Cano y N. Vilabru Pagés

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: El manejo de las luxaciones perilunares inveteradas es complejo. Se han propuesto distintos procedimientos, como la reducción abierta con fijación interna, carpectomía proximal, escisión del semilunar o artrodesis radio-carpiana.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente que consulta en nuestro centro para valorar el tratamiento de un síndrome del túnel carpiano como secuela de un traumatismo sobre la muñeca izquierda 9 meses antes. Se realizan pruebas de imagen que ponen de manifiesto la presencia de una luxación perilunar inveterada en estadio IV de Mayfield que corresponde a una luxación palmar del semilunar. Como consecuencia del retraso en el diagnóstico y la presencia de lesiones crónicas en las articulaciones del carpo se decide la realización de una carpectomía proximal y la descompresión del nervio mediano.

Resultados: A los 12 meses de la intervención el paciente se encuentra asintomático y sin limitaciones funcionales para las actividades básicas diarias y laborales.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones perilunares son lesiones producidas por traumatismos de alta energía en pacientes jóvenes. Hasta un 25% de estas lesiones pasa desapercibida, hecho que condicionará el método de tratamiento adecuado. La carpectomía proximal constituye un método de tratamiento con resultados clínicos satisfactorios a corto plazo en pacientes con luxación perilunar inveterada sin lesiones asociadas a nivel de las superficies articulares de hueso grande y fosa lunar radial.

CC-588. INFECCIÓN POLIMICROBIANA EN MANO CATASTRÓFICA

E. Soliz Paniagua, A.C. Barco Berzosa, S. López Alonso, J. Reyes Cabrera y R. González Alconada

Hospital Virgen del Puerto. Cáceres.

Introducción y objetivos: Paciente de 56 años con ap. de DM tipo II, neuropatía diabética, HTA y fumador, que sufre traumatismo sobre mano derecha tras quedarse atrapada la mano en la transmisión de un tractor. A la exploración física presenta severa suciedad en dorso de la mano, con gran pérdida de piel, TCS y tendones extensores en cara dorsal de la mano y abrasión con pérdida ósea en cabeza de MTC de 2°-5°.

Material y método: Se procedió a realizar estudio preoperatorio y radiológico de la extremidad afectada, se toma cultivo de la herida y se procede a realizar urgentemente limpieza profusa de la herida, desbridamiento, extracción de cuerpos extraños, Friedrich de la herida, colocación de drenaje, cura e inmovilización con férula. Se procede a cobertura antibiótica con betalactámicos y aminoglucósidos. Se deriva a servicio de cirugía plástica.

Resultados: Tras 3 días la evolución no es favorable, presentando importante necrosis de partes blandas y óseas e infección aguda de la herida con cultivo positivo para *Mucormycosis rhizopus*, *Clostridium sporogenes* y *Pseudomonas aeruginosa*. Debido a la gravedad de la infección se interviene quirúrgicamente realizando amputación de la mano a nivel radiocarpiana y tratamiento antibiótico con anfotericina B, augmentine, almidulafungina y ciprofloxacino. Posteriormente se observa una buena evolución de la herida y resolución de la infección. Un mes después el paciente reingresa en el hospital con cuadro de bronconeumonía y síndrome constitucional asociado, que tras realizar estudios de imagen completos se objetivan metástasis múltiples óseas que tras su biopsia se diagnostica tumor neuroendocrino a nivel pulmonar en LSD con diseminación metastásica.

Comentarios y conclusiones: La infección por patógenos múltiples en traumatismos que afectan piel, TCS o fracturas abiertas, es de extrema gravedad en pacientes que presentan enfermedades inmunodepresivas, ya sean diabéticos, síndrome paraneoplásico, neoplasias, no siendo infrecuente la infección por patógenos oportunistas, llegando a comprometer la vida del paciente.

CC-589. PSEUDOARTROSIS DE FALANGE DISTAL DEL TERCER DEDO DE LA MANO

I. Cebreiro Martínez-Val, P. Crespo Hernández y M. Guillén Calvorotta

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La pseudoartrosis sintomática de la falange distal de los dedos de la mano no es frecuente. Se suele producir una fibrosis en el foco que suele ser asintomática o levemente sintomática.

Material y método: Se presenta el caso de una fractura conminuta abierta de la falange distal del 3º dedo tras traumatismo por atrapamiento en una puerta. La paciente, que no presenta antecedentes de interés, fue sometida a cirugía de reconstrucción de partes blandas y síntesis de la fractura con aguja desde el pulpejo del dedo hasta la articulación IFD.

Resultados: La paciente evoluciona favorablemente de las heridas de partes blandas pero desarrolla un importante dolor en el pulpejo al más mínimo traumatismo. Se percibe en los estudios radiológicos una pseudoartrosis del penacho distal de la última falange del tercer dedo de su mano dominante. Tras 13 meses de espera, estimulación ósea y rehabilitación sin mejoría, se decide la extirpación del fragmento distal, ya que no se considera de entidad suficiente como para realizar una resíntesis del mismo.

Comentarios y conclusiones: La paciente mejoró de su clínica dolorosa, y 5 meses después realiza sus actividades cotidianas sin molestias destacables. La pseudoartrosis de la falange distal de un dedo trifalángico de la mano puede resultar una entidad muy dolorosa. Esta patología puede ser tratada con extirpación ósea del fragmento óseo distal con resultados satisfactorios, siempre que este fragmento no sea de mucha entidad.

CC-590. FRACTURAS DE RADIO DISTAL. PÉRDIDA DE REDUCCIÓN POSQUIRÚRGICA POR FIJACIÓN INSUFICIENTE DE FRAGMENTO VOLAR CUBITAL. TRATAMIENTO Y RESULTADOS

J. Baena Tamargo, A. Ruzafa García, M. Méndez Méndez, J.R. García Medina, M. Mendoza López y F. Samsó Bardés

Hospital FREMAP. Barcelona.

Introducción y objetivos: La introducción en las últimas dos décadas del tratamiento quirúrgico de las fracturas de radio distal ha supuesto disminución de los índices de mala consolidación (Kiliç, 2009; McGrory, 1998). No obstante, las fracturas conminutas distales del borde palmar, sobre todo de la faceta semilunar, continúan constituyendo un área difícil de tratar, dado que muy raramente se puede realizar la fijación de las mismas a través de las placas que tenemos en el mercado (Chen, 2007) y suelen requerir tratamientos adicionales a la placa en sí.

Material y método: Presentamos dos casos de dos fracasos de la osteosíntesis inicial con placa DVR. En ambos casos la fijación insuficiente del borde palmar de la faceta semilunar supuso una luxación radiocarpiana volar, secundaria al desplazamiento volar del fragmento insuficientemente fijado que arrastró, mediante la tracción de los ligamentos radiocarpianos volares, la totalidad del carpo. En un caso, la cirugía secundaria requirió el uso de anclajes de Mitek debido a la conminución de la fractura. En el segundo caso, se procedió a osteotomía del fragmento vía artroscópica y fijación con tornillo. Dicha fijación resultó insuficiente por lo que se procedió a nueva cirugía para fijación definitiva con placa compact Hand. En ambos casos se requirió la estabilización percutánea provisional con agujas de Kirschner durante 6 semanas.

Resultados: Ambos pacientes se encuentran reincorporados a su puesto laboral y no han requerido más controles desde el alta médica definitiva (6 y 3 años de seguimiento).

Comentarios y conclusiones: El estudio exhaustivo del patrón de fractura mediante TAC, previo a la cirugía, debe permitirnos distinguir aquellas fracturas que presenten fracturas muy distales del borde palmar de la faceta semilunar del radio, que, siendo tratadas de manera específica, podrán tener un pronóstico lesional mejor. El no reconocimiento de dichas fracturas puede ser una causa de fracaso de la osteosíntesis (Chen, 2007; Rozental, 2006).

CC-591. LESIONES DE LA MANO POR ACCIDENTE LABORAL CON SISTEMAS DE PINTURA DE ALTA PRESIÓN. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

J.L. Guevara Matamoros, N. Ruíz López, O.A. Guerra Álvarez, M. Suárez Huerta, A. Álvarez Castro, A. Alonso Recio y A. Ramos del Río
Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: Nuestras manos son la herramienta más apreciada en las actividades de la vida diaria pues representan el vínculo de unión con el medio que nos rodea. Las lesiones de la mano presentan

una alta incidencia ya que la gran mayoría de las tareas las realizamos con las mismas. Suponen más de un tercio de los accidentes de trabajo, una cuarta parte de las bajas laborales y una quinta parte de las incapacidades. Los traumatismos por inyecciones de pintura a alta presión son característicos del medio industrial. Constituyen una de las lesiones agudas más serias y urgentes con la que nos encontramos. A la agresividad de la sustancia que se inyecta se añade el efecto tóxico y de aumento de presión y volumen en un compartimento cerrado.

Material y método: Se trata de 3 varones jóvenes, diestros, con edades de 32, 34 y 46 años que tienen como ocupación la pintura industrial. Ninguno de ellos padece enfermedades de interés. Acuden a urgencias por lesiones en la mano debidas a inyección accidental de pintura a alta presión. El primer paciente sufre una lesión en el segundo dedo de la mano izquierda; el segundo paciente presenta una lesión en el cuarto dedo de la mano derecha. A la exploración física presentan impotencia funcional y su principal síntoma es el dolor. Ambos presentan una lesión similar: Tumefacción nodular excrecente de aproximadamente 3 × 3 cm. El tercer paciente presenta la lesión más grave, una tumoración de consistencia pétreas de más o menos 8 × 8 cm en la región tenar de la mano izquierda que se prolonga hacia la región dorsal. A la exploración física evidencia dolor moderado-intenso en la región tenar, parestias en el primer dedo e impotencia funcional. El llenado capilar distal se conserva moderadamente y la movilidad de la muñeca se mantiene parcialmente. En el estudio radiográfico apreciamos una masa radiopaca que abarca toda la eminencia tenar y que se extiende hasta la zona radial del tercer metacarpo.

Resultados: Los 3 pacientes son tratados con cobertura antibiótica, antiinflamatorios y Gammaglobulina antitetánica y son trasladados a quirófano de urgencias. A los dos primeros pacientes se les realiza Zplastias en sus dedos, disección de tejidos, extracción del cuerpo extraño y lavado exhaustivo de la herida, la cual se cierra sin dificultad. Se mantiene inmovilización durante una semana y evolucionan de manera favorable. Actualmente realizan sus actividades de manera completamente normal. Al tercer paciente, el caso más reciente de los tres, se le realiza una incisión de unos 10 cms en la región tenar y otra de 4 cm en la región dorsal, se diseccionan tejidos, desbridando amplias zonas maceradas y se logra extraer el material extraño en aproximadamente un 90%. A pesar de un lavado abundante con pistola de suero fisiológico, se nos hace imposible extraer la totalidad del material debido a su extensa infiltración. El tendón flexor presenta una zona de 3 cm con daños importantes, si bien se logra mantener el mismo en un 50% de su grosor. Los nervios, las arterias y las venas colaterales se encuentran tumefactos y deteriorados aunque mantienen su continuidad y funcionalidad de manera parcial. Los tres primeros metacarpianos no presentan fracturas ni luxaciones, aunque sus superficies se encuentran erosionadas. La muñeca y el nervio mediano se encuentran intactos. Se realiza liberación del túnel del carpo profilácticamente. Suturamos la herida e inmovilizamos con férula de yeso. Actualmente seguimos estrechamente la evolución de la mano del paciente, siendo conscientes de que el pronóstico debido a las serias lesiones de la misma es reservado.

Comentarios y conclusiones: Las inyecciones por alta presión en la mano constituyen una patología traumática severa que precisa una atención inmediata de urgencia. Dos pilares fundamentales en su manejo son la valoración temprana de la lesión y la comprensión de su mecanismo lesional para llevar a cabo el tratamiento más adecuado.

CC-592. ARTRODESIS TOTAL DE MUÑECA: NUESTRA EXPERIENCIA

J.M. de Bergua Domingo, M. Aciego de Mendoza Gómez, A. Ayala Rodrigo, C. Andarcia Bañuelos y F. Márquez Marfil

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción y objetivos: La artrodesis total de muñeca tiene como objetivo la fusión radiocarpiana e intercarpiana estable e indolora,

con la alineación adecuada y conservación de la pronosupinación. El objetivo del estudio es describir los resultados obtenidos en una serie de pacientes intervenidos de artrodesis total de muñeca. Secundariamente, valorar el estado funcional y de dolor en base a la escala "Mayo Wrist Score" y "EVA".

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo, con pacientes operados de artrodesis total de muñeca entre enero de 2005 y abril de 2011. Esta intervención se realizó mediante fijación interna con placa preconformada, a través de un abordaje dorsal de la muñeca.

Resultados: Se analizaron 14 artrodesis de muñeca (9 derechas y 5 izquierdas) en 12 pacientes (8 hombres y 4 mujeres). La edad media de los pacientes fue de $55,21 \pm 11,27$ años. La etiología más frecuente fue la traumática (57%), seguida de la AR (28%) y parálisis de muñeca (14%). El tiempo de evolución previo a la cirugía fue mayor a 7 años en el 64,3% de los pacientes. Durante la intervención el 42,9% de los pacientes requirieron resección de los huesos del carpo y el 78,5% injerto óseo autólogo. El tiempo medio de inmovilización tras la cirugía fue de $7,64 \pm 2,20$ semanas. La mayoría de los pacientes no presentaron complicaciones postquirúrgicas (64,28%); siendo las más frecuentes el dolor residual y aflojamiento del material. Finalmente, los pacientes refieren una media de 5 puntos de mejora en la escala EVA.

Comentarios y conclusiones: La tendencia actual es realizar cirugía reconstructiva, sin embargo la artrodesis total de muñeca continúa siendo un procedimiento a tener en cuenta para ciertas indicaciones. Esta técnica ha demostrado ser segura y muy válida para conseguir una articulación sólida, estable y con mejoría notable del dolor.

CC-593. LUXACIÓN PERILUNAR TRANSESTILOIDEA CUBITAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

J.P. Sánchez Shupis, E. Carbó Laso, C. Igualada Blázquez, L. Mediavilla Santos, F.B. Sobrón Caminero, J. de las Heras Sánchez-Heredero y F.J. Vaquero Martín

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: Las luxaciones perilunares comprenden un espectro de lesiones de la muñeca muy poco frecuente, cuya importancia reside, entre otros aspectos, en intentar prevenir la inestabilidad carpiana residual.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 19 años que, tras sufrir un accidente deportivo practicando snowboard, acude a nuestro centro diagnosticado de fractura de estiloides cubital e inmovilizado con resina antebraquial. En nuestro centro, tras ser reevaluado, se diagnostica de luxación perilunar transestiloidea cubital. En el momento del diagnóstico presentaba importante impotencia funcional y parestesias en 1^{er}, 2^o y 3^{er} dedos de la mano, sin afectación vascular distal. Se realizó reducción abierta, reparación de ligamentos escafolunar y lunopiramidal con anclajes óseos mediante abordaje dorsal, y fijación interna con agujas de Kirschner.

Resultados: El postoperatorio cursó sin incidencias destacables. En su control evolutivo, persistía la afectación sensitiva en los 3 primeros dedos. A las 8 semanas tras la cirugía, un electromiograma revelaba afectación tanto motora como sensitiva completas del nervio mediano. Se retiró la inmovilización, con un balance articular activo de flexiones dorsal de 20° y volar de 20°, y se derivó al servicio de Rehabilitación para continuar tratamiento. En la actualidad se ha realizado liberación de ligamento anular anterior del carpo para favorecer la recuperación del nervio mediano afectado.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones perilunares son entidades poco frecuentes en las lesiones de muñeca. Su mecanismo de producción suele ser por un traumatismo de alta energía, y exige diagnóstico y tratamiento precoces con el fin de evitar secuelas, como en este caso, de afectación del nervio mediano o rigidez. Una secuela habitual en este tipo de lesiones, que se previene con la reparación de los ligamentos del carpo lesionados, es la inestabilidad carpiana.

CC-594. HIPERTROFIA DEL MÚSCULO PALMAR MENOR. CASO CLÍNICO

L. Muñoz Núñez, D. García Muelas, J.M. Comunión Moreno, L. Blasco Velázquez, R. Corral Díaz y D. Cárdenas Vargas

Hospital La Fraternidad. Madrid.

Introducción y objetivos: El músculo palmar menor presenta variantes anatómicas significativas comparadas con las de otros músculos de la extremidad superior. La variación más frecuente es la agenesia de este músculo pero existen muchas más: músculos reversos, duplicados, bífidos, hipertrofiados, etc. La hipertrofia de este músculo puede conducir al desarrollo de un síndrome compartimental con dolor y edema en ésta localización de la muñeca, así como un síndrome del túnel carpiano o un síndrome de Guyon.

Material y método: Un varón de 37 años acudió a urgencias con dolor en muñeca derecha al coger una caja. Inicialmente se le realizó una Rx de muñeca y antebrazo derecho que fueron normales, por lo que se le diagnosticó y trató de una tenosinovitis de los músculos flexores de la muñeca. Posteriormente se le realizó una ecografía y una RM de la muñeca derecha. Al ser las pruebas normales y ante la remisión del cuadro clínico, el paciente fue dado de alta. A las dos semanas del alta, el paciente acudió de nuevo a urgencias con la muñeca muy inflamada. Se le realizó de nuevo una ecografía y una RM; en ambas se informaba de la existencia de hipertrofia del músculo flexor largo del primer dedo a nivel del antebrazo con una pequeña rotura de la unión musculotendinosa intramuscular. Tras no mejorar con el tratamiento conservador se optó por la cirugía. Durante la intervención se visualizó una tumoración en la cara anterior de la muñeca que se identificó como hipertrofia del músculo palmar menor. A los dos meses de la cirugía y tras realizar tratamiento rehabilitador, el paciente estaba completamente asintomático y con una movilidad completa.

Resultados: Gracias al tratamiento quirúrgico y a la resección del músculo hipertrofiado, la clínica ha desaparecido y los resultados funcionales del paciente son excelentes.

Comentarios y conclusiones: El músculo palmar menor es uno de los músculos más variables del cuerpo. Conocer sus variaciones es útil para los cirujanos especialistas en la extremidad superior, ya que a menudo se utiliza su tendón para injertos, transferencias... y es un punto de referencia anatómica para las intervenciones que se realizan en esta área.

CC-595. AVULSIÓN DIGITAL POR ANILLO. CASO CLÍNICO

M.L. Merino Ruiz, E. Barranco López, C. Moreno Verdulla, V. Morales Marcos, M. Robles Romero y F. Aguiar García

Hospital Comarcal La Axarquía. Murcia.

Introducción y objetivos: A pesar de que las avulsiones digitales por anillo no son demasiado frecuentes, cuando ocurren constituyen un problema desafiante en la cirugía reconstructiva de la mano. El patrón de lesión puede incluir desde la laceración hasta la amputación completa, con distinto grado de lesión de p. blandas, tendones y hueso. Pueden ocasionar una pérdida devastadora para la mano tanto funcional como estéticamente, aunque el miedo a ocasionar pérdidas funcionales mayores hace replantearse este tipo de lesiones como una contraindicación relativa para el reimplante.

Material y método: Varón 35 años agricultor, que tras engancharse su anillo en una verja, sufre amputación del 2º dedo mano izda a nivel de la base de falange media, aunque la pérdida cutánea dorsal y volar era más proximal (clase III de Urbaniak, clase IV de Kay). El paciente aportaba la pieza amputada, que incluía los tendones flexores superficial y profundo en toda su extensión, estando desinsertados a nivel proximal del antebrazo. Se contactó con el Servicio de C. Plástica de referencia, desestimándose el reimplante, por lo que se procedió a

realizar un desbridamiento del muñón y la cobertura del mismo con un injerto cutáneo de espesor total procedente de la piel dorsal de la pieza amputada.

Resultados: El injerto tuvo una integración completa y no hubo complicaciones infecciosas de la herida, quedando el paciente restituido para sus actividades laborales.

Comentarios y conclusiones: 1. El reimplante en las avulsiones por anillo es un procedimiento técnicamente desafiante, con una baja tasa de éxito, debido en parte a que la lesión vascular suele ser más amplia de lo que parece y a la extensa afectación de p. blandas. 2. Si la amputación es distal a la IFP y se mantiene la función del flexor digital superficial, el reimplante es el tto. de elección. 3. Cuando no es posible el reimplante y el paciente rechaza la reamputación, el salvamento del muñón mediante la técnica descrita nos parece un procedimiento útil sin morbilidad de la zona dadora.

CC-596. REACCIÓN A CUERPO EXTRAÑO Y OSTEOLISIS INDUCIDA POR ANCLAJE BIOREABSORBIBLE EN SUTURA DEL LIGAMENTO TRIANGULAR DEL CARPO

M.T. Marlet Jordana, J. Font Segura, E. Correa Vázquez y X. Mir Bullo

ICATME-Institut Universitari Dexeus. Barcelona.

Introducción y objetivos: Paciente mujer de 30 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor a nivel del carpo derecho, sin traumatismo previo que recuerde.

Material y método: Diagnosticada en un primer momento como tendinitis del ECU, realiza tratamiento conservador y rehabilitador. Ante la no mejoría, se realiza estudio mediante RMN en el que se objetiva, en el corte sagital, una imagen compatible con ruptura periférica del FCT. Se decide realizar tratamiento quirúrgico, procediéndose a la sutura artroscópica del FCT mediante un anclaje bioreabsorbible. La paciente es inmovilizada durante 6 semanas con una férula braquiopalmar; presentando una buena evolución postoperatoria.

Resultados: A los 6 meses se realiza estudio ecográfico y RMN observándose un correcto proceso de reanclaje. A los 12 meses en una nueva RMN observamos imagen de osteolisis de 1 cm alrededor del implante, considerándose normal por el proceso propio de reabsorción. A los 18 meses, realizamos nueva RMN ante la persistencia de dolor, con la imagen de osteolisis de 2 cm. Ante ésta, decidimos realizar exéresis del tornillo (se retira entero, sin signos de reabsorción), curetaje y posterior relleno del defecto con cemento biológico. La paciente presenta postoperatorio favorable. Actualmente está sin dolor y reincorporada a su actividad cotidiana.

Comentarios y conclusiones: Los anclajes bioreabsorbibles fueron diseñados para el tratamiento de las rupturas, ya que permiten fijación estable y reabsorción tardía del implante. Si que se vio, que en los primeros implantes se producían reacciones tipo cuerpo extraño, osteolisis... Lo que no se sabe es si la causa primaria de osteolisis es biológica (por depósito de productos de descomposición del polímero) o mecánica (por pérdida de inestabilidad del implante). Actualmente se ha descrito algún caso en implantes empleados para la estabilización del hombro y un único caso en muñeca.

CC-597. LIPOMAS GIGANTES DE LA MANO

M. Mendoza Álvarez, P. Balvis Balvis, A. Herrero Castillo, J. Otero Villar, J. González Otero, S.A. Canepari Reyes, J. Yáñez Calvo y M. Ferreirós Conde

Hospital Meixoeiro. Pontevedra.

Introducción y objetivos: Los lipomas gigantes de la mano son tumores benignos de escasa frecuencia cuyas dimensiones superan los

5 cm. Siendo los lipomas una tumoración frecuente en el resto del cuerpo, se consideran una entidad rara en mano (menos del 5% del total de los lipomas del organismo). Presentamos nuestra experiencia con 4 casos de lipomas gigantes a nivel de la mano intervenidos en nuestro servicio desde el año 2007, 2 hombres y 2 mujeres de entre 60 y 80 años.

Material y método: Caso 1: mujer de 76 años, con una tumoración grasa encapsulada, con dimensiones de $3 \times 5,5 \times 9$ cm con inicio a nivel de tendones flexores sobre túnel del carpo que se extendía distalmente hacia 3^{er} y 4^o dedo, que asociaba parestesias y discreta pérdida de fuerza en el territorio del n. mediano. Caso 2: mujer de 60 años, con tumoración bien delimitada de $7 \times 2,5$ cm localizada a nivel de la eminencia tenar derecha sin otra sintomatología asociada. Caso 3: hombre de 72 años con gran tumoración de consistencia blanda en zona palmar de 11×13 cm que se extendía desde eminencia tenar a hipotenar de 2 años de evolución que alcanzaba espacios interdigitales y que se extendía en profundidad. Caso 4: hombre de 63 años, reintervenido de enfermedad de Dupuytren con tumoración sobre eminencia tenar derecha de 6×2 cm de consistencia blanda y no dolorosa.

Resultados: En dos de los casos se observaron interdigitaciones por zonas de menor presión que requirieron cirugías mas laboriosas, aunque por lo general se caracterizaron por ser masas bien delimitadas. La exéresis fue completa en todos los pacientes sin presentar hasta el momento recidivas. El resultado funcional y estético es satisfactorio. **Comentarios y conclusiones:** Los lipomas gigantes de la mano se caracterizan por ser asintomáticos y por su lento crecimiento. En algunos casos pueden producir patología compresiva debido al gran tamaño que llegan a alcanzar. La RMN es una prueba especialmente útil para localizar y determinar con exactitud el tamaño de la lesión en vista a su exéresis quirúrgica. Tras la cirugía es importante hacer diagnóstico diferencial con los liposarcomas mediante un estudio anatomopatológico ya que ambos, macroscópicamente, presentan características similares.

CC-598. GANGLIONES “OCULTOS” COMO CAUSA DEL SÍNDROME DORSAL DE LA MUÑECA

N. Rodríguez Casas, S. Pena Paz, D.M. Martínez Capoccioni, A. Mejía Casado, A. Sánchez Eiris, M. Sanmartín Fernández y L.I. Ibáñez Martín

Hospital Lucus Augusti. Lugo.

Introducción y objetivos: El dolor en la cara dorsal de la muñeca es una de las causas más frecuentes de consulta médica. Entre las causas más frecuentes de esta clínica son los gangliones. Estos tumores benignos no siempre se reconocen por la simple inspección física y en estos casos se denominan “gangliones ocultos”.

Material y método: Mujer de 45 años con dolor en cara dorsal de muñeca derecha de meses de evolución sin traumatismo ni esfuerzos previos. A la exploración física no se observaba tumefacción ni masas en la muñeca. Existía dolor a la palpación a nivel del espacio escafo-semilunar y la maniobra de Watson era dolorosa y demostraba inestabilidad. Los rangos de movilidad a la flexo-extensión de la muñeca estaban disminuidos por dolor. En la radiografía simple no se observaban alteraciones y en la Resonancia magnética nuclear se observaba un ganglión con origen en el ligamento escafosemilunar el cual presentaba una rotura parcial.

Resultados: La paciente fue intervenida quirúrgicamente por vía artroscópica realizándose resección del ganglión y desbridamiento de los bordes del ligamento escafosemilunar con fijación con aguja Kirschner durante 6 semanas. A los 2 meses comenzó ejercicios de rehabilitación asistidos para recuperar progresivamente el rango de movilidad y la fuerza. A los 8 meses posquirúrgicos, la paciente no

presentaba dolor a la exploración física y podía realizar sus actividades ordinarias. El rango de flexo-extensión era de 50° y 70° respectivamente.

Comentarios y conclusiones: El síndrome de dolor dorsal de la muñeca es una entidad que vemos con gran frecuencia en nuestra práctica clínica y que nos debe hacer sospechar la existencia de un “ganglión oculto”. Muchos de estos gangliones asientan sobre el ligamento escafosemilunar produciendo una rotura parcial en su región dorsal. La importancia del diagnóstico y el tratamiento de los mismos radica en que son una causa invalidante para el paciente ya que éste se encuentra limitado para realizar sus actividades diarias. La complicación más frecuente del tratamiento quirúrgico de los gangliones es la recidiva de los mismos. Para evitar esto, se debe realizar una exéresis minuciosa del mismo e incluso del ligamento si estuviese afectado. Con el tratamiento artroscópico la inspección del ligamento e intervalo escafolunar es más detallado, nos permite hacer un desbridamiento de la lesión más profuso con menos morbilidad para el paciente y mayor rapidez en la recuperación funcional de su muñeca.

CC-599. SECUELAS DE FRACTURA BASE DEL 4.º Y 5.º METACARPÍANOS

P. Casas Ramos, F. Arias Martín, L.J. Romero Díez, R. Marcos Mesa, A. Alonso Recio, A. Álvarez Castro, J.C. Betegón Nicolás y J. Sánchez Lázaro

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: Los metacarpianos son huesos tubulares largos y su localización subcutánea hace que sean muy vulnerables a traumatismos. El segundo y tercer metacarpiano (MTC) están fijos y fuertemente unidos al carpo y no toleran deformidades, mientras que el primero, cuarto y quinto MTC son móviles, permitiendo cierta deformidad. Tras la fractura, se producen unas deformidades características: Rotación del metacarpiano (cubital del 2º y 3º y radial de 4º y 5º), por la acción de músculos interóseos; Acortamiento de la fractura del MTC por los interóseos.

Material y método: Varón, 23 años de edad. Enfermedad actual: dolor y deformidad a nivel de articulaciones carpometacarpianas de 4º y 5º dedos mano derecha. Antecedentes personales: fractura base 4º y 5º metacarpianos mano derecha, hace 1 año, tratadas ortopédicamente. Resto sin interés. Acude 6 meses después, siendo remitido a nuestra Unidad de Mano, presentando: dolor a nivel de articulación carpometacarpiana 4º y 5º dedos, mano derecha. Deformidad a nivel de 4º y 5º MTC: acortamiento, angulación dorsal y rotación radial, más notable en 5º radio. Limitación funcional para la extensión completa. Tras la realización de radiografías simples en diferentes proyecciones y TAC, se diagnostica de: fractura intraarticular de la base del quinto metacarpiano, con subluxación proximal y dorsal de la articulación ganchoso metacarpiana, mal consolidada. Fractura intraarticular de la base del 4º MTC, consolidación aceptable.

Resultados: Tratamiento: actuación sobre 5º radio: osteotomía derrotadora base 5º MTC. Artrodesis ganchoso-metacarpiana, con placa de 6 agujeros. Buena evolución clínica y radiológica. Disminución del dolor y mejoría notable de la deformidad.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas intraarticulares de la articulación del ganchoso y el 5º MTC, son frecuentes y suelen asociarse a subluxación dorsal y proximal de este último. Esto supone una indicación para su fijación, ya que al tratarse de fracturas inestables, evolucionan hacia una mala consolidación, rotación, acortamiento y angulación; lo que provoca deformidad y limitación funcional. La elección del tratamiento quirúrgico idóneo depende del tipo de fractura y, en caso de aparecer, de sus secuelas.

CC-600. DÉFICIT DE SUPINACIÓN TRAS CONSOLIDACIÓN VICIOSA DE CÚBITO

T. Beteta Robles, S. González González, S. González González, C. Jiménez Salanova, A. Guijarro Valtueña, C. Zorzo Godes y A. Ortega Briones

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de radio distal son lesiones frecuentes que suponen entre un 10 y un 25% de todas las fracturas y el 75% de las fracturas de la muñeca. Una complicación frecuente de estas fracturas es la consolidación defectuosa, definida como el posicionamiento erróneo de una fractura de forma que bloquea o bloqueará su función, que a menudo es consecuencia de una reducción defectuosa.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 20 años relojero de profesión, que tras traumatismo de alta energía al sacar la mano por la ventanilla de un coche acude al servicio de urgencias de nuestro hospital donde se le diagnostica de fractura abierta de cúbito y radio distal grado I de Gustilo. En el estudio radiológico simple se evidencia fractura conminuta de radio y cúbito intraarticular tipo 23-C3 en la clasificación de la OTA. De manera urgente es intervenido realizándose reducción cerrada y fijación externa y síntesis con 3 agujas de Kirschner. A las 7 semanas se retira el fijador externo y comienza con un tratamiento intensivo de rehabilitación.

Resultados: A pesar del tratamiento rehabilitador el paciente presenta un balance articular limitado para la flexión y la supinación. En el estudio radiológico se aprecia una fractura de radio consolidada con acortamiento moderado, pérdida de la desviación cubital y consolidación viciosa rotatoria del cúbito. Es intervenido quirúrgicamente realizándose osteotomía radial para corrección del acortamiento y desviación radial y osteotomía desrotatoria de cúbito. A los 4 meses de la cirugía el paciente ha conseguido la supinación completa aunque persiste un leve déficit de extensión. No tiene dolor y se ha reincorporado a su actividad laboral.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas conminutas de radio y cúbito tienen con frecuencia complicaciones que implican la pérdida de balance articular. Las osteotomías correctoras constituyen un tratamiento de rescate eficaz para mejorar el rango de movilidad en pacientes con alta demanda funcional.

CC-601. TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA DEL SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO MEDIANTE NEUROLISIS Y FACTORES DE CRECIMIENTO DERIVADOS DE LAS PLAQUETAS

V. Galán Labaca y A. Ernest

Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: El síndrome compresivo del nervio mediano a nivel de la muñeca es una patología sumamente frecuente en nuestros hospitales. Su tratamiento quirúrgico no siempre es satisfactorio aproximándose a un 93% los excelentes y buenos resultados.

Material y método: Estudiamos un total de 14 pacientes tratados en nuestro hospital por no obtener mejoría o incluso empeorar tras sufrir una intervención de liberación del nervio mediano. En todos los pacientes realizamos una electromiografía (EMG) antes y después del tratamiento, que confirmaban los malos resultados. Se procedió por el mismo cirujano a la neurolisis del nervio más el encubrimiento del mismo con una malla de fibrina plaquetaria. El tiempo promedio del seguimiento fue de 2 años.

Resultados: En todas las ocasiones nuestros pacientes mejoraron. En 8 casos los pacientes se encuentran asintomáticos, 4 refieren una importante mejoría aunque con molestias ocasionales y en 2 casos ni en la clínica ni en la EMG encontramos mejoría.

Comentarios y conclusiones: La recidiva en la intervención de la liberación del síndrome del túnel carpiano es más frecuente de lo que

pensamos y la fibrosis perineural suele ser la causa más frecuente de que se produzca. Tanto el síndrome del túnel carpiano como su recíproca producen fenómenos isquémicos en el nervio mediano. Los factores de crecimiento derivados de las plaquetas producen un fenómeno de angiogénesis que en nuestra experiencia unido a la neulolisis del nervio mediano nos ayuda a solucionar estos problemas.

602. FRACTURA ESTRÉS DEL GANCHO GANCHOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO EN UNA WATERPOLISTA

A.M. Comasòlives Arumí, A. Núñez Muñoz y X. Valle López

Althaia Xarxa Assistencial. Barcelona.

Introducción y objetivos: Publicar al respecto de esta lesión poco frecuente y sobre la que hay poca literatura (ningún caso descrito en waterpolo. Pocos en otros deportes). Sospechar este tipo de lesión que tiene una alta tasa de pseudoartrosis por el retraso en el diagnóstico dada la poca e inespecífica clínica, así como la falta de un traumatismo desencadenante y por la particular vascularización de este hueso. Identificar los deportes de riesgo. Conocer la clínica sospechosa y las pruebas diagnósticas. Exponer los diferentes tratamientos que pueden terminar con una exéresis del gancho del ganchoso y evitar las complicaciones del retraso diagnóstico que pueden llegar a ser graves como la rotura de algún flexor.

Material y método: Se trata de reportar el caso de una paciente chica, waterpolista de un Equipo de División de Honor en nuestro país y miembro de la Selección Nacional de waterpolo femenino de nuestro país. Inicia un dolor progresivo en su muñeca que acaba limitando su actividad deportiva. Se realiza estudio Rx sin proyección específica para esta lesión pasando por alto y tratándose como una tendinitis. Se inmoviliza con férula dorsal de yeso sin mejoría incapacitándole para el juego. Es entonces cuando se practica estudio con TAC y RMN identificándose la fractura del gancho del ganchoso en fase de consolidación. No requirió más tratamiento que alargar la inmovilización y RHB reincorporándose a la actividad en pocas semanas sin secuelas.

Resultados: No hay literatura al respecto de este tipo de fracturas en waterpolo y poca en relación a otros deportes. En el caso de nuestra waterpolista no requirió más tratamiento que la inmovilización y pudo reincorporarse sin secuelas.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas del gancho del ganchoso suponen un 2% de las fracturas del carpo. Se dividen en 2 tipos: I: el gancho (son más comunes) y II: de cuerpo. Ambas pueden asociar lesión del paquete cubital. Las de tipo I y más comunes pueden ser por varios mecanismos. Entre ellos por microtraumatismos repetitivos en deportes que implican el agarre de un palo de golf o de bates como el béisbol o de raqueta como el tenis. No se recoge nada en la literatura respecto a waterpolo. Su diagnóstico requiere proyecciones Rx específicas y pensar en la lesión ante clínica en deportes de este tipo. Pueden requerir desde tratamiento ortopédico como el caso descrito hasta quirúrgico como la OS o la exéresis.

CC-603. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FRENTE A CONSERVADOR PARA FRACTURAS DE RADIO DISTAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA. ESTUDIO PRELIMINAR

E. Zamora Carrera, E.C. Rodríguez Merchán y J.C. Rubio Suárez

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de radio distal son las más frecuentes de la extremidad superior, especialmente en personas de edad avanzada, sexo femenino y antecedentes de osteoporosis. Existen múltiples técnicas para tratar las fracturas de radio distal desplazadas, sin embargo, la literatura sugiere que todavía no existe un consenso sobre cuál es el mejor tratamiento para estas lesiones. El objetivo de este estudio es comparar los resultados del tratamiento

conservador con respecto al tratamiento quirúrgico (fijación interna con placa volar) en fracturas de radio distal desplazadas en pacientes de edad avanzada (de 65 a 80 años), de forma prospectiva. La intención es obtener unos resultados preliminares que permitan valorar la viabilidad de realizar un estudio comparativo aleatorizado que determine objetivamente la ventajas de un tratamiento con respecto al otro.

Material y método: Se realizó un estudio prospectivo comparativo de cohortes, incluyendo 17 pacientes de entre 65 y 80 años de edad con fracturas inestables de radio distal de tipo A2, C1, C2 y C3 de la AO. 10 pacientes siguieron tratamiento conservador y 7 tratamiento quirúrgico. Tanto los que siguieron un tratamiento conservador como los que fueron intervenidos quirúrgicamente, eran evaluados al cabo de 6 semanas, 3 meses y 6 meses. En cada revisión se evaluaban tres aspectos: evaluación clínica, recogiendo los grados de flexión, extensión, pronación, supinación, inclinación radial e inclinación cubital; evaluación radiográfica, y evaluación funcional/calidad de vida, realizando en cada revisión un cuestionario DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand), versión española.

Resultados: Respecto a la evaluación clínica, a las 6 semanas los valores obtenidos por los pacientes intervenidos quirúrgicamente eran discretamente mejores que el grupo conservador, pero no llegaron a encontrarse diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en ningún caso. A los 3 y a los 6 meses, los valores se habían igualado aún más, no encontrándose ninguna diferencia significativa entre ambos grupos respecto a los diferentes parámetros de movilidad que se habían medido. En las mediciones radiográficas, lo más llamativo fue comprobar que a los 3 meses se producía una reducción significativa de la longitud radial en los pacientes tratados de forma conservadora, pasando ésta a 6,94 mm de media frente a los 8,51 mm que mantenía el grupo quirúrgico ($p = 0,01$). Esto podía ser debido a un colapso de la fractura tras la retirada del yeso a las seis semanas en los pacientes que habían seguido el tratamiento conservador. En cuanto al resultado funcional, medido por la escala DASH, ambos grupos habían mejorado en sus resultados funcionales. En todos los casos los valores medios obtenidos en los pacientes intervenidos quirúrgicamente eran mejores que en los que se habían sometido al tratamiento conservador (un valor medio de 83 a las 6 semanas en el grupo quirúrgico, frente a 99,14 en el grupo conservador; de 46,25 frente a 64,71, respectivamente, a los 3 meses, y de 41,33 frente a 51,60 a los 6 meses).

Comentarios y conclusiones: Ambos tipos de tratamientos consiguen resultados semejantes a medio plazo en pacientes de edad avanzada. Para alcanzar unos resultados funcionales y radiográficos satisfactorios en menor tiempo se puede recomendar el tratamiento quirúrgico, mientras que para pacientes con menor demanda funcional se puede optar por el tratamiento conservador, llegando a unos resultados similares.

CC-604. ESTUDIO PROSPECTIVO DEL GRADO DE AFECTACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

G. Celaya Reoyo, D.A. Muñetón Herrera, J. Pedemonte Jansana, A. Arcalís Arce y X. Mir Butllo

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: El objetivo del estudio es valorar el grado de afectación palmar y digital de una serie de pacientes que acuden a primera visita de consultas de Cirugía de Mano de un hospital terciario de Barcelona (H.U. Vall d'Hebron).

Material y método: Se realiza un estudio prospectivo sobre 182 pacientes (257 manos) que acuden a nuestras consultas diagnosticados de enfermedad de Dupuytren desde el año 2005 hasta 2012. Para ello se realiza una revisión de la base de datos buscando los factores epidemiológicos más relevantes y el grado de afectación en el momento de la consulta; y la relación de los mismos con lo descrito en la literatura.

Resultados: La mayoría de los pacientes eran varones; principalmente en la sexta década de la vida. Siendo la mano más afecta la derecha. Sobre nuestra base de datos; la afectación palmar supera a la digital. El dedo más afecta es el meñique; seguido del dedo anular y posteriormente del dedo corazón. La banda pretendinosa está presente casi en el total de los pacientes y la cuerda más frecuente es la cuerda central que se encuentra en más de la mitad de ellos. Respecto al grado de afectación presente en la primera visita; El estadio 0, en alguno de los radios era el más frecuente, seguido del estadio I. No obstante, si valoramos la afectación más grave de cada paciente, el estadio I pasa a ser el más frecuente.

Comentarios y conclusiones: Debido a la aparición de nuevas opciones terapéuticas para la enfermedad de Dupuytren es fundamental conocer el grado de afectación de los pacientes a su llegada a nuestras consultas; tanto en su topografía como en su gravedad; de cara a poder establecer un plan terapéutico para nuestros pacientes.

CC-605. CASO SÍNDROME DE WARTENBERG

J.R. Caballero Martel, B. Romero Pérez, J. Nuez García, S. Barroso Rosa, D. Barahona Lorenzo, A. Peiró García, H. Almeida Merino y J.A. Medina Henríquez

Complejo Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: La rama superficial del nervio radial emerge desde debajo del tendón músculo braquiorradial en la unión del tercio medio y distal del antebrazo, transcurre desde el la profundidad hacia la superficie entre el tendón del braquiorradial y el extensor radial del carpo largo. Durante la pronación, esos tendones pueden comprimir la rama sensitiva del nervio radial originando una mononeuropatía conocida como síndrome de Wartenberg.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 27 años de edad, in antecedente personales de interés, solo intervenida de una tendinitis de de Quervain, que presentaba desde un periodo de 4 meses parestesias y hipoestesias en la zona del dorso del primer dedo y primera comisura, que se acentuaba con la flexión del muñeca y pronación contrarresistencia del antebrazo con un signo de Tinel al percudir sobre el tendón del músculo braquiorradial. No se encontraron déficits motores ni otros signos de polineuropatía.

Resultados: Se intervino quirúrgicamente, realizándose un abordaje dorsoradial en la unión del tercio medio con el distal del antebrazo, localizándose la rama superficial del nervio radial a nivel de la compresión por el tendón del músculo braquiorradial. Se realiza tenotomía de parte del tendón del braquiorradial que causaba la compresión comprobándose que se dejaba libre durante su trayecto la rama sensitiva del nervio radial. Posteriormente en visitas sucesivas, la paciente había mejorado del dolor y había desaparecido la sensación de entumecimiento en la zona dorsoradial de la mano.

Comentarios y conclusiones: El síndrome de Wartenberg es una entidad que pasa desapercibida pero que suele ir asociada a tenosinovitis de de Quervain, síndrome de intersección y otras causas que puede comprimir el nervio radial en zonas más proximales, con las que tenemos que hacer el diagnóstico diferencial. Los síntomas que presentan los pacientes más frecuentemente son los de un entumecimiento en la zona dorsoradial de la mano, sobre todo en la zona del dorso del primer dedo pudiendo afectar a la primera y segunda comisura. En la exploración encontraremos un signo de Tinel positivo a lo largo del tendón del braquiorradial y una aparición de los síntomas con la pronación forzada del antebrazo. En cuando a las pruebas complementarias suelen ser normales la mayoría. El tratamiento es sencillo, teniendo precaución con no dañar la rama superficial del nervio radial y liberando la compresión nerviosa con tenotomía del tendón del braquiorradial.

CC-606. FRACTURAS DE COLLES EN PACIENTES OSTEOPORÓTICOS TRATADAS CON PLACAS VA-LCP. NUESTRA EXPERIENCIA

J. Camacho Chacón, J. Badiola Vargas, S. Ferrer Peirón, A. Aso Vizán, M. Sanagustín Silano, A. Peguero Bona, J. Ripalda Marín y A. Herrera Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Las fracturas de colles son una de las causas más comunes de fracturas en pacientes osteoporóticos, existen actualmente diversas formas de tratamiento desde el conservador hasta diversos tipos de osteosíntesis, presentamos a continuación una revisión de nuestra experiencia en el tratamiento de dichas fracturas con placas VA-LCP.

Material y método: Estudio retrospectivo de 32 pacientes con edad media de 67 años, con diagnóstico previo de osteoporosis y con fractura de colles que cumplían criterios de inestabilidad intervenidos por el mismo cirujano entre 2010 y 2011 a los que se les realizó osteosíntesis con placas VA-LCP.

Resultados: Los pacientes presentaron una buena evolución postoperatoria con excelentes resultados clínicos y radiológicos, presentando complicaciones en un pequeño porcentaje de los casos.

Comentarios y conclusiones: La osteosíntesis con placas VA-LCP permite una fijación estable aun en fracturas osteoporóticas con gran conminución, obteniendo buenos resultados clínicos radiológicos con pocas complicaciones a medio plazo.

CC-607. TRATAMIENTO DE FRACTURA DE DEDO EN MARTILLO CON AGUJAS PERCUTÁNEAS

J. Hernández Enríquez, E. Villarrubia González y A. Pérez Caballer

Hospital Infanta Elena. Madrid.

Introducción y objetivos: La lesión en martillo supone la pérdida de la extensión activa en la articulación IFD, si pérdida de la extensión pasiva indica lesión crónica. Una flexión forzada brusca del dedo extendido (pelota que golpea la punta del dedo) puede resultar en la rotura del tendón extensor o desgarrar de su inserción en la falange distal (lesión de "partes blandas en martillo"). En otros casos, se produce una fractura por avulsión (arrancamiento) en la inserción del tendón extensor en la falange distal (lesión "ósea en martillo"). Si hiperextensión alterada de la IFP adyacente indica tendencia a deformidad en cuello de cisne "compensadora". Si hiperextensión alterada de la IFP adyacente indica tendencia a deformidad en cuello de cisne "compensadora". A veces no evidente en exploración inicial.

Material y método: Tratamiento conservador: el tratamiento de la lesión en martillo se realiza mediante inmovilización en extensión de la articulación IFD 6 semanas de inmovilización en extensión continua y otras 6 semanas de férula nocturna y durante actividades energéticas. El tratamiento de la lesión en martillo se realiza mediante inmovilización en extensión de la articulación IFD 6 semanas de inmovilización en extensión continua y otras 6 semanas de férula nocturna y durante actividades energéticas. Se describe un 80% de éxito con insuficiencia extensora residual de 10° o menos. Wehbe y Schneider proponen tratamiento conservador de todas las fracturas en martillo, incluidas las asociadas a subluxación palmar de la tercera falange. El tratamiento de la lesión en martillo se realiza mediante inmovilización en extensión de la articulación IFD 6 semanas de inmovilización en extensión continua y otras 6 semanas de férula nocturna y durante actividades energéticas. Tratamiento quirúrgico: existen 3 indicaciones frecuentes: las lesiones abiertas; las lesiones cerradas en una persona que no puede trabajar con férula (trabajadores sanitarios); cuando existe un gran fragmento dorsal con subluxación palmar de la tercera falange.

Resultados: Se manipula la falange distal contra la aguja para lograr la reducción anatómica. Una vez reducido el fragmento se inserta una

segunda aguja longitudinal desde la parte distal a la proximal, atravesando la articulación IFD para mantener tanto la extensión como la reducción. Si el fragmento fracturado es lo bastante grande, podría añadirse una aguja más pequeña a través del fragmento perpendicular a la línea de fractura, desde el lado dorsal al palmar. Las agujas se cortan y se aplica una férula. El dedo se mantiene seco. Las agujas se limpian y tratan con una pomada antibiótica, dos veces al día. A las 4 semanas se observan ya puentes de trabéculas y en ese momento se retiran las agujas y se inicia la movilización.

Comentarios y conclusiones: La técnica de reducción y osteosíntesis con agujas de Kirschner es relativamente sencilla. Permite la movilización inmediata de la articulación IFP. Precisa de un fragmento óseo relativamente grande para poder fijarlo con la aguja.

CC-608. USO DE LA COLAGENASA DEL *CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM* EN LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

J.M. Gómez Palomo, C. Quintero López, J.J. García Vera, M. Cuadros Romero, S. Cañada Oya, J.A. Fernández Martín, M.D. López Hermoso y R. López Arévalo

Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Dupuytren evoluciona de manera lenta e irreversible, siendo el resultado del acúmulo de colágeno a nivel de la palma y los dedos de la mano. Inicialmente se manifiesta como nódulos que evolucionan a cuerdas y afectan a las articulaciones de la mano provocando una contractura. Ésta produce a una limitación funcional progresiva que impide al paciente la realización de las actividades de la vida cotidiana. La reciente aprobación de la colagenasa de *Clostridium histolyticum* en la Unión Europea, ofrece una alternativa terapéutica, no quirúrgica, para los pacientes con contractura de Dupuytren. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la efectividad y la mejora en la limitación funcional de pacientes con enfermedad de Dupuytren tratados con la colagenasa del *Clostridium histolyticum*.

Material y método: Se expone una muestra de 30 pacientes con Enfermedad de Dupuytren tratados con la colagenasa del *Clostridium histolyticum* desde diciembre de 2011 por la Unidad de Miembro Superior del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Virgen de la Victoria (Málaga).

Resultados: Los resultados obtenidos han sido excelentes y buenos en la mayoría de los casos, mejorando considerablemente las dificultades para realizar tareas cotidianas como, lavarse la cara, meter la mano en el bolsillo o en un guante, conducir o practicar deporte que los pacientes presentaban como consecuencia de la enfermedad.

Comentarios y conclusiones: La aparición de la colagenasa del *Clostridium histolyticum* ha supuesto un avance muy importante para los pacientes con contractura de Dupuytren. Los óptimos resultados obtenidos hasta el momento hacen que sea una alternativa a tener en cuenta en el tratamiento de esta enfermedad, con múltiples ventajas frente al tratamiento quirúrgico.

CC-609. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN CON COLAGENASA DE *CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM*

M. Alonso Galán, C.Y. Fang Chen, M.Á. Benítez Bremer, E. García Prieto, I. Jiménez Pina, J. Ojeda Díaz, M.I. Adolfo Belzu Mariaca y R. Box Gómez

Hospital Nuestra Señora del Prado. Toledo.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Dupuytren (ED) afecta a la fascia palmar de la mano provocando contracturas en flexión en las articulaciones de los dedos, que conllevan un considerable

deterioro funcional. Se trata de un trastorno progresivo que afecta con mayor frecuencia a las articulaciones metacarpofalángica (MF) e interfalángica proximal (IFP). Cuando se produce retracción articular y se ha demostrado que hay pérdida de la función o progresión de la enfermedad estaría indicada la intervención quirúrgica. En nuestro Servicio empezamos recientemente a tratar la ED de pacientes con cuerda palpable empleando inyecciones de colagenasa de *Clostridium histolyticum* (CCH). El objetivo de nuestra comunicación es dar a conocer nuestra experiencia a la hora de tratar la ED con CCH.

Material y método: Seleccionamos según protocolo en la consulta a pacientes mayores de edad con ED con cuerda palpable y contractura en flexión de la articulación MF y/o IFP entre los 20° y 100°. El tratamiento consistió en inyección de CCH en la cuerda de Dupuytren según técnica. Un día y medio después de la administración de la CCH y bajo anestesia troncular (bloqueo nervio mediano y cubital a nivel de la muñeca), procedemos a la extensión pasiva del dedo afectado para facilitar la rotura de la cuerda. En revisiones sucesivas los pacientes fueron valorados en consulta donde medimos la movilidad funcional y el grado de satisfacción personal.

Resultados: En el 100% de los pacientes se consigue mejorar la movilidad de los dedos. Las complicaciones son de tipo leve y la satisfacción de los pacientes es elevada.

Comentarios y conclusiones: Dado lo novedoso del método el número de pacientes tratados con CCH es bajo, y en el momento actual sólo podemos valorar resultados a corto plazo. Pero el resultado clínico del tratamiento de la ED con CCH puede ser satisfactorio y similar al obtenido con técnicas más agresivas.

CC-610. ARTROSIS PISOPIRAMIDAL, CAUSA DIFERENCIAL DE DOLOR PERSISTENTE TRAS LIBERACIÓN DEL TÚNEL DEL CARPO

S. González González, T. Beteta Robles, C. Jiménez Salanova, M.S. González González, A. Guijarro Valtueña, B.C. Zorzo Godes, A. Ortega Briones y A. García Olea

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: La artrosis del pisopiramidal es uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta por recidiva de dolor en carpo tras apertura del túnel del carpo. Es una patología poco frecuente que suele pasar desapercibida puesto que requiere alto índice de sospecha y pruebas radiológicas específicas.

Material y método: Se presenta un caso clínico con material iconográfico a propósito de dicho caso.

Resultados: Se presenta el caso de una paciente de 54 años, trabajadora del hogar, diestra, que presento continuidad de dolor en muñeca tras liberación del túnel del carpo derecho un año antes. La paciente presentaba parestesias en cuarto y quinto dedo de dicha mano y dolor a la palpación del pisiforme e inserción del flexor cubital del carpo, así como pérdida de fuerza prensil. Se realizaron proyecciones de túnel del carpo evidenciando signos de artrosis en la articulación pisopiramidal. Como tratamiento se realizó extirpación del pisiforme con exploración del canal de Guyon. Al los dos meses la paciente quedó asintomática sin pérdida de fuerza de agarre.

Comentarios y conclusiones: La disfunción y artrosis pisopiramidal debe ser siempre considerada en el diagnóstico diferencial de dolor persistente tras liberación del túnel del carpo u otras medidas no quirúrgicas que no mejoren la sintomatología. Es preciso una alta sospecha, evaluación clínica adecuada y pruebas radiológicas específicas para su diagnóstico.

MISCELÁNEA (CC-611-CC-677)

CC-611. FÉMUR VARO COMO SECUELA DEL TRATAMIENTO DEL FÉMUR CORTO CONGÉNITO

A. Amate Rivas, S. Álvarez Campos, F. Rodríguez Vázquez, G. Garcés Redondo, A. Lázaro González, F. Montilla Jiménez, E. Prada Chamorro y M.D. Zambrano Jiménez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El fémur corto congénito es una patología poco frecuente. Una vez evaluadas y estudiadas las posibilidades de reconstrucción, el tratamiento debe permitir que se obtengan articulaciones funcionales y que la longitud del miembro sea normal al final del crecimiento.

Material y método: Presentamos un caso de una paciente diagnosticada de fémur congénito corto, tratada con elongaciones femorales progresivas mediante osteogénesis a distracción con fijador externo monolateral. Como complicación desarrolló una angulación del fémur en varo.

Resultados: El tratamiento quirúrgico del fémur varo consistió en un primer tiempo mediante osteotomía correctora y elongaciones femorales con fijador externo monolateral; y posterior tratamiento definitivo con tornillo condileo dinámico (DCS). A pesar de no conseguir restaurar la longitud del fémur, se pudo corregir la angulación femoral, obteniéndose un buen resultado funcional.

Comentarios y conclusiones: En el fémur congénito corto, la osteogénesis o distracción del fémur nos permite conseguir grandes elongaciones a expensas de un largo tratamiento y frecuentes complicaciones, siendo una de ellas la angulación del fémur.

CC-612. JUDICIALIZACIÓN SANITARIA

A. Utrillas Compaired

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción y objetivos: Se realiza una exposición sobre cómo han cambiado la medicina y la cirugía en el último siglo, su socialización y su relación con la justicia.

Material y método: Se analizan los cambios acontecidos en la relación médico-paciente, los cambios en cuanto a las reclamaciones por responsabilidad civil médico-sanitaria y las limitaciones de los tribunales de justicia para juzgar las reclamaciones a los médicos.

Resultados: Se analiza cómo el médico ha de actuar según la Lex Artis, y cómo debe sumarle el adjetivo ad hoc, para individualizar y adaptar el comportamiento médico a cada caso concreto.

Comentarios y conclusiones: Se realiza una valoración de la práctica de una medicina defensiva basada en el principio de la proporcionalidad por parte de los facultativos, su repercusión en la calidad de la asistencia sanitaria, el exceso de trabajo innecesario de los tribunales de justicia y el precio que tiene que pagar la sociedad por todo ello.

CC-613. FRACTURA ABIERTA DE ANTEBRAZO CON DOBLE LESIÓN DE TRONCOS NERVIOSOS: TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

A.A. Rodríguez León, F.J. Martínez Malo, I. Gormaz Talavera, F. Rojas Tomba, M. Nagib Raya, D. González Quevedo, P. Carnero Martín de Soto y M. Álvarez Blanco

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso clínico de una lesión compleja con afectación de troncos nerviosos. Con este caso queremos poner de manifiesto que la rapidez de actuación y correcta coor-

dinación y colaboración multidisciplinar son factores clave para el éxito terapéutico.

Material y método: Descripción de caso clínico. Paciente de 35 años, sin antecedentes de interés, que sufre accidente doméstico con sierra de podar. Llega al servicio de Urgencias con diagnóstico de fractura abierta de antebrazo derecho, con arrancamiento y exposición de nervios radial y mediano.

Resultados: Se procede a intervención quirúrgica urgente multidisciplinar. Por parte de COT: Lavado profuso y desbridamiento. Hemostasia cuidadosa y estabilización de fracturas con agujas de Kirschner. Por parte de C. Plástica: referenciado de muñones nerviosos, desbridamiento y sutura terminoterminal. Injerto cutáneo. Férula de descarga. Tras 3 semanas de inmovilización comienza rehabilitación. A las 6 semanas retirada de férula e intensificación de rehabilitación. A los 12 meses de evolución, fracturas consolidadas en buena posición y correcta funcionalidad de mano y muñeca. El paciente es independiente para las actividades diarias y tiene fuerza de prensión. Subjetivamente muy satisfecho.

Comentarios y conclusiones: El correcto tratamiento de los pacientes que presentan lesiones complejas requiere un abordaje multidisciplinar. La relación fluida entre servicios y el manejo coordinado de los pacientes permiten minimizar daños y secuelas tras una lesión de este tipo. Los protocolos de rehabilitación son básicos tras lesiones articulares o con pérdida de función motora.

CC-614. SANGRADO ESPONTANEO EN PACIENTE CON MORELL-LAVALLÉE CRÓNICO DE 32 AÑOS DE EVOLUCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Arroyo Dorado, E. Blanch Gironès, L. Villalba González, I. Elías Payán, G. Jordà Fernández y J. Giné Gomà

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: El Morell-Lavallée es una lesión poco frecuente producida por el impacto de una fuerza de cizallamiento que provoca la separación de piel y tejido subcutáneo de la fascia subyacente, provocando la creación de un espacio tisular que fácilmente puede infectarse. Su manejo terapéutico es complicado dada su tendencia a la recidiva. En la literatura podemos encontrar múltiples opciones de tratamiento.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 64 años con un Morell-Lavallée en región glútea y trocantérea derecha de 32 años de evolución, causado por un accidente de tráfico. En el momento del traumatismo se realizó tratamiento conservador y, posteriormente, el paciente no consultó por este problema dado que era totalmente asintomático. Acudió a urgencias por aumento de la masa en nalga derecha de 3 meses de evolución y aparición en las últimas 24 horas de fistulización con drenaje hemático activo abundante, sin antecedente de traumatismo reciente. Durante las primeras 24 horas de ingreso los parámetros analíticos empeoraron observándose una disminución de 4 puntos de hemoglobina. Se comentó el caso con cirugía vascular, que decidió realizar una embolización de la arteria glútea superior y de la rama superior de la hipogástrica derecha, a pesar de no visualizarse en aquel momento un sangrado activo. En las pruebas de imagen (TC y RM) se observaba una extensa tumoración subcutánea en región glútea derecha de características heterogéneas y 22 cm de diámetro. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de hematoma. A los 10 días de ingreso el paciente inició cuadro de fiebre alta y exudado seropurulento, a nivel de la fístula. Se inició tratamiento con piperacilina-tazobactam endovenoso y se realizó desbridamiento, extirpación de la masa y cierre primario en quirófano. Un mes más tarde se requirió nuevo desbridamiento y cierre primario.

Resultados: El paciente fue dado de alta dos semanas después del último desbridamiento con ciprofloxacino vía oral, que se mantuvo

durante 4 semanas. Actualmente, 9 meses tras la última intervención, la herida quirúrgica está cerrada y el paciente asintomático.

Comentarios y conclusiones: Los Morell-Lavallée son complicaciones poco frecuentes que muchas veces pasan desapercibidas o son infravaloradas en el momento de traumatismo inicial, como es el caso que presentamos. A pesar de no existir un consenso en la literatura en relación con el tratamiento en estos casos, nosotros optamos por realizar un desbridamiento quirúrgico y cierre primario con buenos resultados.

CC-615. FACTOR DE GRAVEDAD EN LA EVOLUCIÓN DE LOS TRAUMATISMOS

A.J. López Soilán, M.L. Abellán, E. Belloso, M. Adel y A. Sanjuán Castillo

Hospital Sant Jaume de Calella. Barcelona.

Introducción y objetivos: Se revisa el caso de un paciente joven con antecedentes de tabaquismo y consumo de cocaína, que consulta tras traumatismo en pie derecho, presentando cuadro progresivo de celulitis que evoluciona a necrosis de 3^{er}-4^o dedos.

Material y método: Paciente que sufre traumatismo en pie derecho y que acude por cuadro de celulitis en el mismo, que evoluciona a necrosis. Se consulta con Cirugía vascular realizándose estudio con DIVAS apreciándose arterias permeables hasta 10 cm proximales a maléolos, y obliteración de todos los troncos distales excepto pequeño trayecto en tibia posterior inframaleolar. Se valora la posibilidad de enfermedad sistémica y se realiza ecocardiograma detectándose acinesia inferior por infarto agudo de miocardio y disfunción mitral izquierda.

Resultados: Se establece tratamiento con anticoagulación y PGE-1 y tratamiento quirúrgico con repermeabilización de arteria tibial posterior. Finalmente fue necesaria la amputación de 3^{er}-4^o dedos de pie.

Comentarios y conclusiones: En todo traumatismo es necesario valorar los antecedentes del paciente que pueden influir en la evolución del mismo. La obstrucción arterial en pacientes jóvenes suele ir ligada a patología asociada, en nuestro caso al consumo de cocaína. Generalmente se asocia a patología sistémica, siendo necesario diagnóstico por aparatos para descartar patología cardiovascular asociada. El tabaquismo es un factor de riesgo de obstrucción arterial y el consumo de cocaína favorece la aparición complicaciones cardiovasculares.

CC-616. COMPLICACIÓN INFECCIOSA EN PACIENTE CON AMPUTACIÓN INFRARROTULIANA

A. Jiménez Martín, R. Gómez Cobo, J.M. Gómez de Terreros Soto, F.J. Chaqués Asensi, F.J. Santos Yubero y S. Pérez Hidalgo

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: Entre las complicaciones de los muñones infrarrotulianos destacan la acroangiodermatitis, la artrosis (requiriendo incluso artroplastia), fracturas rotulianas (3%), gangrena, mortalidad (0,9%), bursitis o incluso, desgarros meniscales. Nuestro objetivo es presentar un caso de paciente amputado que desarrolla artritis séptica en muñón, así como, revisar los tratamientos empleados.

Material y método: Varón, 32 años, con amputación transtibial infrarrotuliana. Acude refiriendo molestias en el muñón en la zona de encaje protésico. Realizamos extirpación de cabeza del peroné, neuroma del ciático poplíteo externo y reanclamos bíceps femoral y ligamento lateral externo. 4 días después refiere giro brusco, con desplazamiento secundario de anclajes, obligando a la re inserción mediante sistema ToggleLoc. 2 semanas después surge fiebre y aumentan VSG y PCR.

Resultados: Artritis séptica de rodilla en amputado por S. coagulans negativo. Tras lavado artroscópico y antibioterapia evoluciona favorablemente, volviendo al encaje protésico previo al traumatismo.

Comentarios y conclusiones: El retraso en el diagnóstico es el mayor factor que influye en el pronóstico de estos pacientes, con $p = 0,023$. Entre las causas de la artritis destacarían la diseminación hematológica (54%), la infección de herida postoperatoria (28%) y tras artroscopia (11%). Otras causas son: inyección de esteroides intraarticulares (10%), apertura quirúrgica de la cápsula (3%) y un 78% con puerta de entrada no identificada. El agente etiológico más frecuente es *S. aureus* (42%), *Streptococci* (15%), *Pneumococci* (6%), *S. epidermidis* (3%), *Borrelia burgdorferi* (3%) y otros (5%). El lavado artroscópico y antibioterapia sistémica han sido efectivos en el 91% de los casos, reinterviniendo sólo un 4%.

CC-617. SÍNDROME ELLIS VAN CREVELD. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Gadañón García, J.A. Diánez Raimúndez, C. Argüelles Rodríguez, R. Iglesias Pañeda, J.A. Martínez Álvarez, D. Bonilla Díez, P. García Prado y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: El síndrome de Ellis van Creveld (EVC) o displasia condroectodérmica fue descrito por primera vez en 1940 por Simón van Creveld. La frecuencia del SEVC es de 0,84 por 100.000 recién nacidos vivo. Esta entidad es una rara condición genética de transmisión autosómica recesiva por una mutación en el brazo corto del cromosoma 4. Hay 2 loci descritos, identificándose mutaciones en los genes EVC1 y 2. La condrodistrofia es el defecto más frecuente del síndrome EVC. El diagnóstico se basa en la observación de las características fenotípicas y se confirma con pruebas genéticas.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente, mujer de 35 años, diagnosticada de EVC en periodo neonatal. Se identifica mutación gen 480 gen EVC heredado de sus padres (cada uno heterocigoto sano). En el momento del nacimiento se observan displasia de MMSS y MMII: alteración 5 metacarpiano (corto y grueso). Hexadactilia de segundas y terceras falanges del 2^o al 5^o dedo (cortas e irregulares en carilla articular). Acortamiento cúbito. Pies cavos bilaterales.

Resultados: La paciente es intervenida a los 7 meses de pies cavos bilaterales. En 1990 alargamiento fémur derecho y alargamiento con corrección valgo tibia izquierda 1992 alargamiento fémur izquierdo y tibia derecha 1993 osteotomía peroné con osteotomía varizante proximal de tibia 1995 osteotomía varizante tibia derecha. Resultado final en última revisión: dismetría y flexo de 10 grados rodilla derecha con marcha claudicante precisando bastón inglés. Deformidad en valgo rodilla I, luxación rótula e inestabilidad articular. Subsidiaria de artroplastia primaria de ambas rodillas.

Comentarios y conclusiones: El síndrome de Ellis Van Creveld es una enfermedad muy rara del desarrollo, que pertenece al grupo de las displasias esqueléticas. El tratamiento de dichas displasias es un reto importante para el especialista y abarca el periodo de crecimiento de los pacientes afectados y como presenta este caso, también en la etapa adulta.

CC-618. ROTURA DEL MÚSCULO PECTORAL MAYOR

B. Romero Pérez, A. Marcos García, J.A. Medina Henríquez, C.G. Muratore Moreno, F. Martín García, J. Caballero Martel, S. Barroso Rosa y J. Nuez García

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: En la literatura médica, los artículos sobre ruptura del pectoral mayor ha aumentado significativamente en los últimos 20 años, siendo más de la mitad en la última década. Es una lesión rara que suele acontecer en varones jóvenes y atletas. El mecanismo de lesión puede ser directo o indirecto, siendo el más común el indirecto.

Material y método: Presentamos un caso clínico de un varón de 19 años que sufre una rotura del pectoral mayor tras un accidente de tráfico.

Resultados: A los 6 meses de la cirugía el paciente no presenta ningún tipo de limitación a la movilidad del hombro, ni pérdida de fuerza; pudiendo realizar ejercicio físico sin impedimentos.

Comentarios y conclusiones: En la literatura médica sólo existen dos casos de rotura del pectoral mayor relacionado con traumatismo con cinturón de seguridad en accidente de tráfico. El síndrome del cinturón de seguridad es un término acuñado por Garret y Brauntein en 1962, que consiste en fracturas espinales, lesiones abdominales, contusiones de partes blandas y abrasiones. La rotura muscular del pectoral mayor es causada por una fuerza de cizallamiento, ejercida por el cinturón de seguridad sobre el hemotórax izquierdo. Esta lesión primariamente eran patologías laborales relacionadas con traumatismos directos. Actualmente suelen acontecer en varones jóvenes (20-40 años), cuya etiología es debida a un traumatismo indirecto, normalmente asociado al levantamiento de pesas, particularmente el press de banca, durante el cual el pectoral mayor está en máxima tensión con el brazo en abducción y rotación externa. Existen tres estudios que describen este tipo de lesión en pacientes mayores, la mayoría a nivel del vientre muscular, debido a un traumatismo directo (movilización por las axilas). Algunos autores han encontrado relación entre la actividad atlética y la localización de la lesión; siendo la unión musculo-tendinosa la localización más frecuente. El traumatismo directo suele causar rotura del vientre muscular, mientras que la tensión excesiva o traumatismo indirecto produce avulsión de la inserción humeral o rotura de la unión musculo-tendinosa. No se ha podido relacionar el consumo de esteroides con una mayor incidencia de esta lesión. En cuanto al tratamiento, sólo se considera la actitud conservadora en roturas parciales o en roturas completas del vientre muscular de pacientes mayores o muy sedentarios, en los que la disminución de la fuerza de aducción y rotación interna no afecte a su vida diaria. En todos los demás debería considerarse la reparación quirúrgica, para restaurar la fuerza y el rango de movilidad completo del hombro. Las lesiones del vientre muscular y la de la unión musculotendinosa se suelen solucionar con sutura directa; mientras que las avulsiones en la zona de inserción humeral se reparan con técnica de fijación. Tras la cirugía se mantiene el miembro superior inmovilizado con un sling durante 4-6 semanas; permitiendo movilidad pasiva a partir de la primera semana. Normalmente a los 3 meses el paciente tiene un rango de movilidad del hombro completo, pudiendo comenzar con ejercicios de levantamiento de pesas sobre los 6 meses.

CC-619. PREVENCIÓN DE LA PÉRDIDA DE SANGRE POSQUIRÚRGICA EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

C. Corchado Villalba, C. Cano Gala, J.M. Martín Enrique, D. Pescador Hernández, D. Rendón Díaz y E. Gálvez González

Complejo Hospitalario de Salamanca.

Introducción y objetivos: Una de las complicaciones más frecuentes y conocida por todos en la artroplastia total de rodilla es el sangrado postoperatorio inmediato y la necesidad de auto/alotransfusiones en un porcentaje más o menos amplio de pacientes intervenidos. El ácido tranexámico está siendo utilizado en cirugía ortopédica como agente antifibrinolítico desde hace varios años. Se pretende conocer la eficacia del uso de este fármaco como agente potencialmente capaz de disminuir las necesidades de transfusiones sanguíneas postoperatorias en pacientes intervenido de artroplastia total de rodilla.

Material y método: Estudio descriptivo de 140 pacientes intervenidos de PTR en 2010. Se utilizó para el análisis de los datos el programa estadístico SPSS. Se analiza el porcentaje de paciente tratados preoperatoriamente con ácido tranexámico (a dosis de 10 mg/kg/i.v) junto con las necesidades de autotransfusión y/o alotransfusión según las

cifras de Hb, tanto de los pacientes tratados con el antifibrinolítico como de los no tratados.

Resultados: El 60% eran mujeres y el 40% hombres. La edad media fue de 65 años (SD 4,5). El 70% fueron tratados preoperatoriamente con ac. tranexámico a dosis de 10 mg/kg/iv; de los cuales sólo el 8% necesitaron transfusión sanguínea. Del 30% de los pacientes no tratados con el fármaco, fueron transfundidos casi el 50%, y en un amplio porcentaje de estos fue necesaria la retransfusión.

Comentarios y conclusiones: Es imprescindible tratar de reducir al máximo el número de transfusiones en pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla, no sólo porque el coste sanitario secundario a ellas es elevado sino porque es un hecho que la anemia en pacientes intervenidos en cirugía ortopédica programada es un factor que aumenta tanto la morbilidad como la mortalidad. Mucho son los estudios publicados que apoyan la eficacia del ácido tranexámico como agente que disminuye el volumen de drenado postoperatorio y consecuentemente las necesidades transfusionales en pacientes de cirugía ortopédica.

CC-620. AHORRO DE TRANSFUSIÓN CON EL USO DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO INTRAARTICULAR EN EL POSTOPERATORIO DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

D. Iglesias Aparicio, P. Peleato Gistau, J.A. García Erce, E. Joven Aliaga, C. Martínez Cornago, D. Skibinska, C. Schinder y S. Ferrer Peirón

Hospital de Barbastro. Huesca.

Introducción y objetivos: La artroplastia total de rodilla supone una cirugía mayor con un elevado sangrado perioperatorio; es por ello por lo que se describen diversas medidas de ahorro de sangre como el uso de hierro perioperatorio, la autotransfusión, el recuperador postoperatorio, entre otros. El objetivo de este trabajo es determinar la utilidad del uso del ácido tranexámico intraarticular en la disminución del sangrado postoperatorio y en la necesidad del consumo de hemoderivados.

Material y método: Se establece un grupo de 25 prótesis totales de rodilla en las que se utiliza tras finalizar el cierre de la herida quirúrgica la inyección intraarticular de 2.000 mg de ácido tranexámico (4 ampollas de Amchafibrin); el drenaje postoperatorio se abre a la hora de la finalización de la intervención, no pudiéndose utilizar recuperador. Se compara con un grupo histórico en el que no se utilizó ácido tranexámico.

Resultados: No se transfundió en ninguna artroplastia de rodilla en el grupo con ácido tranexámico, de tal forma que la diferencia en la tasa de transfusión fue estadísticamente significativa; de la misma manera la cifra de hemoglobina a las 24 horas y a la semana de la cirugía fue estadísticamente significativa superior en el grupo con ácido tranexámico. No se encontraron reacciones adversas al uso de este fármaco. **Comentarios y conclusiones:** Consideramos que el uso del ácido tranexámico intraarticular en el postoperatorio inmediato de la artroplastia total de rodilla intervenida en isquemia es una medida eficaz y segura en el ahorro de sangre.

CC-621. MEDIDAS DE AHORRO DE SANGRE EN LA FRACTURA DE CADERA

D. Iglesias Aparicio, P. Peleato Gistau, E. Joven Aliaga, C. Schinder, S. Ferrer Peirón, J. García Erce, J. Cuenca Espierrez y A. Herrera Rodríguez

Hospital de Barbastro. Huesca.

Introducción y objetivos: La fractura de cadera supone un elevado consumo de hemoderivados, con el riesgo asociado que implica su transfusión. El uso de hierro endovenoso, ácido fólico, vitamina B12,

eritropoyetina y criterios restrictivos trasfusionales han sido incluidos dentro de un protocolo de ahorro de sangre en los pacientes con fractura de cadera con resultados satisfactorios; el objetivo de este trabajo es determinar si la inclusión de un recuperador postoperatorio a este protocolo reduciría aún más las necesidades transfusionales.

Material y método: Se establecen 2 cohortes de pacientes con fractura de cuello de fémur tratados con prótesis: 1. Prospectiva que recoge 124 pacientes en los que se utilizó recuperador sanguíneo postoperatorio tipo Bellovac ABT con baja presión de aspiración. 2. Histórica, de 152 pacientes en los que no se utilizó recuperador, sino un sistema de drenaje de alta presión de aspirado, como control.

Resultados: Se realizó análisis estadístico demostrándose que ambos grupos eran comparables (edad, sexo, comorbilidades, ASA, metabolismo del hierro), si bien la muestra del grupo con recuperador presentaba mayor riesgo de transfusión pues tomaban más antiagregantes, eran más anémicos al ingreso, y recibieron menor tasa de uso de EPO (pese a ser pacientes más anémicos). Sin embargo, la tasa de transfusión postoperatoria fue menor en el grupo con recuperador, siendo en el grupo sin recuperador de un 28,95%, y en el grupo con recuperador de un 15,32%, siendo estadísticamente significativo. Tan sólo se reinfundieron un 2,4% de los pacientes. No se encontraron efectos adversos en relación con el uso del recuperador postoperatorio. Los pacientes del grupo con recuperador presentaron menos complicaciones infecciosas y cardiovasculares, si bien un mayor sangrado local por herida quirúrgica.

Comentarios y conclusiones: En conclusión, el recuperador es útil en el ahorro de sangre; sin embargo dada su baja tasa de reinfusión, el efecto en la disminución de la tasa de transfusión postoperatoria no se debe al efecto de dicha reinfusión sino a la baja presión de aspiración del mismo, por lo que podría valorarse la utilización de drenajes de baja presión de aspiración sin sistema de recuperación sanguínea que serían más económicos. La menor tasa de complicaciones infecciosas y cardiovasculares se debe a una menor tasa de transfusión sanguínea, y la mayor tasa de sangrado local por herida quirúrgica a un mayor consumo de antiagregantes. Se observa una baja tasa de ajuste al protocolo en la prescripción de eritropoyetina, de tal forma que un mejor cumplimiento en su administración podría favorecer una menor transfusión sanguínea y una mejor recuperación de los parámetros hematológicos. Desde el punto de coste-efectividad resultó ser satisfactorio por el ahorro que supone una menor estancia hospitalaria, un menor consumo de hemoderivados y una menor tasa de infecciones postoperatorias.

CC-622. SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DE ARTERIA POPLÍTEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Martínez Ogalla, R. Vega Manrique, E. Bravo Ruiz, M. Rotinen Díaz, I. Cearra Guezuraga, E. Castrillo Carrera, M. Abeal López y R. Alonso Vidal

Hospital de Basurto. Vizcaya.

Introducción y objetivos: El síndrome de atrapamiento de arteria poplítea (SAAP) es una patología causada por una relación anómala entre la arteria poplítea y el tejido miofascial en la fosa poplítea. Se presenta en individuos jóvenes, habitualmente sin factores de riesgo de aterosclerosis. La manifestación clínica más frecuente es la claudicación intermitente, aunque también puede debutar como un cuadro isquémico agudo. Según la clasificación de Delaney y cols existen cinco tipos de SAAP anatómico, aunque las últimas publicaciones describen un sexto tipo de SAAP funcional. Se presenta el caso de un varón de 43 años, con único antecedente de tabaquismo, que refiere claudicación intermitente gemelar derecha no invalidante de varios meses de evolución, con una exploración vascular normal en extremidad inferior izquierda (EII) y ausencia de pulsos distales en extremidad inferior derecha (EID). Transcurridos 5 años el paciente acude a Servi-

cio de Urgencias refiriendo dolor, palidez y frialdad en EII de 24 horas de evolución tras contusión de rodilla. En la exploración vascular presenta obstrucción fémoro-poplítea en EID e infrapoplítea en EII, sin déficit sensitivo ni motor en extremidades inferiores (EEII). En angio-RM de EEII se objetiva oclusión bilateral de arterias poplíteas con recanalización distal, sin alteraciones anatómicas músculo-esqueléticas adyacentes en hueso poplíteo. Se inicia anticoagulación sistémica, compensándose la clínica y presentando claudicación gemelar bilateral no invalidante. Se diagnostica de SAAP funcional tipo VI. Tras dos años de evolución el paciente presenta un cuadro de dolor en reposo y lesiones tróficas en EID (grado IV de Fontaine). Se considera indicación de tratamiento quirúrgico por isquemia crítica de ipsilateral. Se realiza Arteriografía intraoperatoria de EID, objetivándose oclusión de arteria femoral superficial desde origen, que recanaliza en arteria tibial posterior y arteria peronea.

Material y método: Se realiza revisión bibliográfica del SAAP. Diagnóstico diferencial con patologías vasculares, osteo-musculares y neurológicas con cuadros clínicos similares, atendiendo a la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias no invasivas e invasivas.

Resultados: Se interviene al paciente realizando by-pass fémoro-distal con vena safena interna in situ, presentando remisión de lesiones y desaparición del cuadro isquémico.

Comentarios y conclusiones: El SAAP se presenta en individuos jóvenes, con claro predominio masculino y es bilateral en hasta un 25% de los casos. Habitualmente los pacientes no presentan factores de riesgo cardiovascular y la enfermedad evoluciona más rápidamente. La manifestación clínica más frecuente es la claudicación intermitente (90%), aunque también puede presentarse como un cuadro isquémico agudo (10%). El diagnóstico de presunción nos lo da la anamnesis y la exploración física combinadas con el estudio hemodinámico (ITB) y una ecografía Doppler. La confirmación diagnóstica se obtiene con pruebas de imagen tales como el angio-TC, la angio-RM y arteriografía, considerándose esta última gold-standard. Se considera importante el diagnóstico de exclusión de esta patología en cuadros de dolor crónico de EEII relacionado con actividad física moderada/intensa en pacientes jóvenes.

CC-623. FRACTURAS IPSILATERALES SECUENCIALES EN PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA Y RODILLA

D.A. Muñetón Herrera, E. Guerra Farfán, A. Hernández Martínez, F. Soldado Carrera, M. Aguilar García, J. Selga Marsà, G. Celaya Reoyo y J.A. Porcel Vázquez

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas periprotésicas (FPP) de cadera (PTC) y rodilla (PTR) representan un reto. La incidencia es 0,1-2,1% en PTC y 0,3-2,5% en PTR primarias, aumentando a 4-6,3% respectivamente en las revisiones. El riesgo de fractura intraoperatoria con vástagos no cementados y la inestabilidad no es excepcional. El objetivo es reportar una serie de complicaciones intra y postoperatorias en el tratamiento de FPP femoral y tibial ipsilaterales.

Material y método: Mujer 82 años ASA-III, PTR no cementada y PTC cementada izquierdas con osteólisis periprotésica. La gammagrafía reporta aflojamiento peri-protésico sin actividad inflamatoria no séptica, queda en espera de recambio. Enero/2011, FPP de cadera (Vancouver B3), revisión con vástago no cementado recto modular cónico. Fractura diafisaria de fémur en control, osteosíntesis a las 2 semanas con placa de bloqueo angular mas aloinjerto de hemiplaca de tibia. Migración distal del vástago en control, cuatro semanas después recambio a vástago femoral curvo con doble bloqueo distal. Adecuada evolución, marcha con ayuda. Enero/2012, FPP en tibia, recambio por componente femoral cementado Génesis-PS y tibial Legion de revisión con vástago cementado más aloinjerto de hemiplaca de tibia fijado con cerclajes.

Resultados: Adecuada evolución, balance articular 0-90°, control al 4° mes tolera traslados con apoyo parcial.

Comentarios y conclusiones: El manejo en FPP debe basarse en la expectativa de vida y la actividad del paciente. El factor predisponente más importante en FPP es el aflojamiento del vástago, siendo la mejor medida preventiva la revisión precoz. La osteoporosis y la osteolisis predisponen a complicaciones intra o pos-operatorias. Es indispensable una adecuada planificación preoperatoria. El uso de vástagos no cementados, precisa una fijación primaria axial y rotacional optima femoral, en hueso osteoporótico con deformidad en varo y recurvatum secundarios a aflojamiento crónico aumenta el riesgo de fractura intraoperatoria. En estos casos, el vástago curvo con posibilidad de bloqueo distal es una buena alternativa. Implantes de vástagos cementados para FPP tibial de trazo simple es una adecuada alternativa para su rápida movilización.

CC-624. LESIÓN VASCULAR TRAS CEMENTACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE "CUT-OUT" DE CLAVO INTRAMEDULAR FEMORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Martín Flores, J.I. Pérez Chávez, D. Fernández Fernández, C.I. Palomo Pizarro, A. Vega Curiel y M.A. Nogales Asensio

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción y objetivos: Paciente de 87 años de edad, con el antecedente quirúrgico de una osteosíntesis de fractura pertrocanterea de fémur proximal izquierdo, tratado con un clavo endomedular de 125°. Un mes más tarde sufre una caída, produciéndose una migración o expulsión del clavo ("cut-out"), por lo que precisa una segunda cirugía, en la que, previa extracción del implante, se coloca un clavo endomedular de fémur proximal de 120°, introduciéndose cemento a través del cuello femoral para dar mayor estabilidad a la osteosíntesis. La paciente es remitida al servicio de Urgencias para recibir tratamiento transfusional por anemia y para valoración de bultoma en raíz de miembro inferior izquierdo de 4 meses de evolución (desde la última cirugía). Refiere que dicho bultoma varía de tamaño, y que es doloroso cuando aumenta de volumen. No refería haber tenido fiebre.

Material y método: En la exploración física se evidenciaba una masa en raíz de miembro inferior izquierdo caliente, a tensión, de consistencia de partes blandas, no pulsátil. No existía edema en resto de miembro inferior. La exploración vasculonerviosa distal estaba conservada, apreciándose circulación colateral. La movilidad de la cadera izquierda estaba comprometida por el bultoma y el dolor. La herida quirúrgica presentaba buen aspecto, y la cicatriz evolucionaba correctamente. En las pruebas complementarias se realizó una analítica de sangre completa, en la que no se evidenciaban signos de infección. En el estudio radiográfico se apreciaba un implante estable y se visualizaba un fragmento de cemento bajo el trocánter menor. Se realizó asimismo un angio-TC de pelvis y miembros inferiores, en el que se evidenciaba una gran masa de densidad de partes blandas, heterogénea, sin poder diferenciarse los distintos músculos, con un diámetro mayor de 15 cm. No se visualizaba extravasación de contraste. La arteria femoral superficial presentaba buen flujo, con importante desplazamiento anterior de la misma. La arteria femoral profunda estaba muy comprimida, con aspecto filiforme. La vena femoral apenas se visualizaba debido a la importante compresión, y en la vena poplítea se evidenciaba una imagen sugerente de trombosis.

Resultados: El tratamiento consistió en una intervención quirúrgica, con la colaboración del servicio de Cirugía Vascular, en la que se obtuvo como hallazgo intraoperatorio un hematoma de gran volumen. Se realizó una evacuación del mismo, así como la extracción de un fragmento de cemento que se habría fugado por el foco de fractura en el momento de su introducción en la cirugía previa. Posteriormente se procedió a la exploración vascular, en la que no se encontró ningún punto sangrante activo. Se concluyó por tanto que en algún momento

de la evolución habría existido un punto sangrante, y que el gran hematoma habría colaborado en la hemostasia de dicha lesión gracias a la presión ejercida. La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria, sin sangrado posterior y con recuperación de su problema anémico. Dado que la fractura pertrocanterea tenía más de 4 meses de evolución, se permitió la carga parcial desde el postoperatorio inmediato.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas del extremo proximal del fémur tienen una incidencia de 7,2 casos /1.000 habitantes/año en personas mayores de 60 años, lo que supone una patología muy habitual en nuestro medio. Es más frecuente en mujeres ancianas con pluripatología de base. Uno de los tratamientos más utilizados hoy en día es el clavo endomedular, indicado en fracturas per y subtrocanterea. Entre las complicaciones de este tratamiento está el "cut-out" o migración del tornillo cefálico hacia proximal. Entre los factores predictivos de la estabilidad de un implante se ha determinado que una distancia "tip to apex" menor de 15-20 mm, una correcta reducción de la fractura y una colocación del tornillo cefálico en el tercio medio-inferior del cuello.

CC-625. ESTUDIO PRELIMINAR DE LA TERAPIA CON PRP ORTHOKINE

F.J. Carrillo Piñero, P.A. Martínez Victorio, L. Clavel Rojo, C. Clavel Sainz, J. Martínez Ros, J.P. García Paños, A. Valcárcel Díaz y M. Medina Quirós

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La terapia con Orthokine consiste en obtener "proteínas anti-artritis" y factores de crecimiento de la sangre del propio paciente e inyectar estas sustancias endógenas de nuevo en la articulación o región afectada. Presentamos resultados preliminares del uso de esta terapia en nuestro hospital.

Material y método: El procedimiento consta de 4 pasos. En primer lugar se lleva a cabo la extracción de sangre del paciente con una jeringuilla la cual contiene las llamadas "perlas" que en contacto con la sangre favorecen y multiplican el proceso de formación de dichas proteínas antiinflamatorias. Una vez obtenemos la sangre la mantenemos a 37° de temperatura y durante un tiempo aproximado de 5-6 horas. Durante este tiempo, las células sanguíneas en la jeringa son estimuladas para producir altos niveles de proteínas "antiinflamatorias". Pasado el tiempo necesario de incubación se procede al centrifugado para separar los componentes sólidos de la sangre del suero durante un tiempo de 10 minutos y a 5.000 rpm. Tras el centrifugado, quedan totalmente diferenciadas las dos partes las cuales corresponden a la parte rica (plasma rico), y parte pobre o coágulo (plasma pobre). Con una jeringa recogemos la muestra de suero lista para su administración. 121 pacientes infiltrados desde el inicio del estudio. 78 pacientes entran al estudio preliminar con un seguimiento de 8 meses de media. Sólo valoramos EVA previo y posterior. Nos planteamos como objetivo la validez del tratamiento y en qué casos. Pasamos un consentimiento informado a todos los pacientes. Clasificamos a los mismos en 5 grupos: gonartrosis, lesiones condrales de rodilla, condropatía femoropatelar, tendinopatía hombro y otros. En este último grupo incluimos fascitis plantares, tenosinovitis de diferentes regiones, artropatías de tobillo e hipertrofia articular lumbar.

Resultados: Existe una mejoría total en la escala EVA de 2,26 puntos. Por grupos en los pacientes con gonartrosis ha mejorado 1,5, lesiones condrales de rodilla 1,43 y en la condropatía femoro-patelar 1,2. Tendinopatía de hombro mejoría de 3,4 puntos y en otros procesos 3,54 puntos de mejoría en la escala EVA. En cada patología se ha hecho una descripción de cada caso por separado. En los tres primeros grupos, principalmente en la gonartrosis, se hallaron mejorías parciales durante unos meses con posterior vuelta a su estado inicial, solo se ha realizado una infiltración. En la patología del hombro no existen mejoras parciales y en los pacientes con diagnóstico por imagen de rotura com-

pleta no se obtienen mejorías. Los mejores resultados se obtienen con el diagnóstico de bursitis, síndrome subacromial y roturas parciales.

Comentarios y conclusiones: Se trata de un estudio de muy baja calidad con el cual queríamos delimitar de forma rápida y sencilla la utilidad o no del tratamiento y sobre todo en qué casos. Con estos resultados está en marcha un estudio prospectivo con doble ciego en patología de manguito que esperamos mostrar pronto. En muchos de los casos hubo una mejoría temporal con empeoramiento progresivo, lo que nos indica que probablemente (al igual del resto de PRP) son necesarias infiltraciones repetidas. La mejores resultados los encontramos en bursitis hombro, tendinitis aquilea y tenosinovitis de peroneos y los resultados más pobres en rodilla sobre todo femoropatela.

CC-626. SINOSTOSIS RADIOCUBITAL PROXIMAL. RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE INTERPOSICIÓN DE COLGAJO INTERÓSEO POSTERIOR DE FLUJO ANTERÓGRADO

F.J. Carrillo Piñero, F. Martínez Martínez, J.P. García Paños, J. Martínez Ros, J.J. López Martínez, J.J. Parrilla Riera, M. Martínez Ros y S. Illán Franco

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La sinostosis radiocubital proximal es una patología poco frecuente que interfiere en la pronación y supinación normales del antebrazo. Su etiología puede ser congénita o secundaria a secuelas post-traumáticas, en relación con roturas de tendón distal de bíceps o más frecuentemente con fracturas de cúbito y radio. Las limitaciones funcionales pueden llegar a ser invalidantes interfiriendo en las actividades básicas como escribir, comer o recoger objetos con la palma de la mano. Se han propuesto muchas técnicas a lo largo de la historia, aunque la tendencia actual es la interposición de tejidos fasciográficos.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente con rotura de la inserción del bíceps braquial en la tuberosidad bicipital del radio. Se realizó reinserción del tendón con dos arpones metálicos y permaneció inmovilizado durante 4 semanas. Durante el proceso de rehabilitación presentó un bloqueo de la pronosupinación (posición del antebrazo -10 de pronación). Las radiografías y el TC completaron el diagnóstico de sinostosis radiocubital proximal al evidenciar un área de calcificación que fusionaba ambos huesos. Se interviene realizando un abordaje posterior para la exéresis de calcificaciones en la articulación radiocubital proximal. Posteriormente se realiza reconstrucción de la misma interponiendo un colgajo fasciográfico interóseo posterior de flujo anterógrado entre ambos huesos en la zona de la sinostosis. El colgajo queda fijado en esta posición mediante sutura apoyada en la cara anterior durante siete días. Inmovilización de codo durante una semana.

Resultados: A los siete días de la cirugía se comenzó con movilización de la articulación. La evolución ha sido satisfactoria recuperando el balance articular casi completo de codo (pronación completa, supinación -5).

Comentarios y conclusiones: Los colgajos fasciográficos pediculados, como el colgajo interóseo posterior de flujo anterógrado, representan una opción válida y sencilla en el tratamiento de la sinostosis radiocubital proximal. Utilizados combinados con la escisión de la sinostosis ayudan a recuperar la movilidad casi completa de codo, previniendo futuras reanquilosis.

CC-627. NEUROTIZACIONES: TÉCNICA DE OBERLIN TIPO II

J. Martínez Ros, F. Martínez Martínez, F.J. Carrillo Piñero, R. Rodríguez Martínez, S. García Hortelano, S. Illán Franco, A. Valcárcel Díaz y M. Martínez Ros

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La cirugía de reconstrucción nerviosa del plexo braquial ha presentado un importante avance en las dos últimas

décadas gracias a la aparición de técnicas de transferencia nerviosa o neurotizaciones. Llamaremos así a la sección de un nervio dador, que sacrifica su función original, para unirlo al cabo distal de un receptor que ha perdido su función. Las transferencias intraplexuales más empleadas entre otras en la actualidad, son las del fascículo extrínseco del nervio cubital (Oberlin I), fascículos mediano y cubital asociados (Oberlin II), nervio pectoral medial...

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 34 años de edad, que tras un accidente de tráfico presenta una imposibilidad para la flexión del codo a cargo del músculo braquial y bíceps. El estudio neurofisiológico mostraba signos de lesión severa de nervio musculocutáneo, con imposibilidad para la transmisión nerviosa. A los 6 meses se realiza cirugía de neurotización, mediante técnica Oberlin II, que consiste en la transferencia del fascículo del nervio cubital al ramo motor del musculocutáneo al bíceps, asociado con el uso del fascículo motor extrínseco del mediano para neurotizar el ramo para el braquial anterior.

Resultados: El paciente comenzó protocolo rehabilitador a las 3-4 semanas. Actualmente presenta recuperación del tono y fuerza muscular de braquial y bíceps, sin secuela nerviosa significativa a cargo de los fascículos dadores.

Comentarios y conclusiones: La reinervación simultánea del bíceps y del braquial anterior produce una flexión del codo altamente efectiva, muy superior a la obtenida mediante la reinervación aislada del bíceps, siendo hasta el momento la técnica de mayor tasa de éxito para la flexión del codo publicada en la literatura.

CC-628. OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA (OI). ¿CUÁNDO SOSPECHARLA? A PROPÓSITO DE UN CASO

J.A. Rivas Felice, A. Mejía Casado, N. Rodríguez Casas, S. García Cabanas, A. López-Pardo Pardo, L.I. Ibáñez Marín y L. Quevedo García

Complejo Hospitalario Xeral Calde. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción y objetivos: La OI es un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias del tejido conectivo caracterizada por fragilidad ósea, otros hallazgos característicos presentes en la OI son: escleras azules, hiperlaxitud articular, hipoacusia neurosensorial, dentinogénesis imperfecta. Es probablemente la forma de predisposición genética a fracturas más común. Generalmente el patrón de herencia es autosómico dominante con mutación de genes (COL1A1-A2, CRTAP, LEPRE1, PPIB, etc.) que codifican cadenas de colágeno tipo I, en casos menos comunes el patrón de herencia autosómico recesivo. Se han descrito varios tipos de OI en función de las alteraciones bioquímicas y moleculares las cuales tendrán diferentes formas clínicas de presentación. El objetivo es presentar a través de un caso de osteogénesis imperfecta el algoritmo diagnóstico y el tratamiento inicial.

Material y método: Paciente niña de 3 años de edad con antecedente reciente de fractura de 1/3 distal de tibia y proximal de peroné derecho hace 2 meses tratado de forma ortopédica con buena evolución, acude nuevamente a urgencias por haber sido encontrada de rodillas con dolor intenso en muslo derecho diagnosticándose fractura diafisaria de fémur derecho. Examen físico: ojos: escleras azules; oído: normoacusia, otoscopia bilateral normal; miembro inferior derecho: acortado, tumefacto, en rotación externa, doloroso a la movilización pasiva. hiperlaxitud articular. Rx de miembro inferior derecho evidencian fractura diafisaria de fémur derecho, osteoporosis difusa en todo el miembro inferior. Pruebas de laboratorio: osteocalcina 28,9 ng/ml, procolágeno I: 225 ng/ml. Vitamina D, folato, vitamina B12, PTH. I transaminasas y resto de bioquímica normales. Potenciales evocados auditivos normales. La paciente es tratada por COT en primera instancia con tracción al cénit y posteriormente se cambia a yeso pelvopédico con buena tolerancia del mismo. En vista del poco tiempo trans-

currido desde la última fractura, la baja energía en el mecanismo de producción, los hallazgos al examen físico y radiográfico; se plantea la hipótesis diagnóstica de O.I y se solicita estudio genético en busca de mutaciones que corroboren dicha hipótesis.

Resultados: 1. El estudio genético reporta heterocigosis de un cambio IVS20-12 G> A (c.1354-12G> A). Esta mutación de splicing altera la transcripción a ARNm. 2. Se recomienda estudio de los padres para determinar si es una mutación de novo. 3. Se pautan ciclos de tratamiento con pamidronato, así como también calcio y vitamina D diarios. Se decide remitir a centro especializado en esta patología para continuar tratamiento. 4. Desde el punto de vista ortopédico la paciente evoluciona favorablemente, es valorada de forma multidisciplinar por servicios de Pediatría, Endocrinología, Rehabilitación y COT.

Comentarios y conclusiones: La OI debe sospecharse en paciente con antecedentes de fracturas frecuentes en relación con traumatismos de baja energía. A la hora del diagnóstico se deben reconocer otros hallazgos al examen físico que aunque no son patognomónicos de OI sirven para por lo menos sospechar y orientar la batería de pruebas complementarias a solicitar. Estudios como la electroforesis del procolágeno tipo I a partir de cultivos de fibroblastos, estudios genéticos en busca de alteraciones son de gran ayuda para confirmar el diagnóstico. En cuanto al manejo terapéutico se tratan las fracturas en función del tipo y hay estudios que avalan el uso de diferentes bisfosfonatos asociado a calcio y vitamina D. Lo más importante en este tipo de casos es la identificación precoz para tomar decisiones oportunas que disminuyan en lo posible el número de secuelas que puedan derivarse de los eventos fracturarios frecuentes.

CC-629. INESTABILIDAD LONGITUDINAL DE PELVIS SECUNDARIA A SACROILEÍTIS POSPARTO

J.F. Muñoz González, C. Argüelles Rodríguez, J.A. Diánez Raimúndez, E. López-Anglada Fernández, J. Gosalbez García y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso clínico de una paciente de 37 años con antecedente de sacroileitis séptica y abscesos de psoas en el posparto 3 años antes. Revisión de literatura al respecto.

Material y método: Revisión de caso clínico de paciente diagnosticada en otro centro de sacroileitis en el posparto, de probable origen tuberculoso, tratada inicialmente mediante varios drenajes guiados por TC y terapia antibiótica. Acude a nuestra consulta por dolor sacroilíaco izquierdo, pubalgia e hipometría del miembro inferior izquierdo. En las pruebas de imagen, radiografía simple y tomografía computarizada abdomino-pélvica y de sacroilíacas, se evidenciaba destrucción de la articulación sacroilíaca izquierda, con interlinea ensanchada, erosiones y cuerpos libres, así como dismetría pélvica, con ascenso de la hemipelvis izquierda.

Resultados: Una vez completados los estudios, incluida biopsia, se decide tratamiento quirúrgico definitivo, realizándose reducción y artrodesis de pubis con dos placas atornilladas. Conseguida la artrodesis, en el momento actual la paciente es seguida ambulatoriamente, con buena evolución.

Comentarios y conclusiones: La sacroileitis es la inflamación de la articulación sacroilíaca. Se trata de una patología poco común, de etiología múltiple: consumo de drogas, embarazo, pielonefritis, osteomielitis... El paciente suele referir repentinos picos febriles, pérdida de peso, dolor y disminución en la extensión de los movimientos. En estado subagudo es difícil de diagnosticar, siendo frecuentemente confundida con hernias de disco, pielonefritis... En ocasiones, es necesaria la biopsia para establecer el diagnóstico definitivo. El retraso en el diagnóstico y tratamiento adecuados, puede conducir a la destrucción de la articulación sacroilíaca, con secundaria inestabilidad longitudinal de pelvis, subsidiaria en muchos casos de tratamiento quirúrgico definitivo.

CC-630. TOFO GOTOSO GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Cáceres Sánchez, F.J. Barrionuevo Sánchez, J.J. Romero Cáceres, S. Expósito Triano y B. García Benítez

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: La gota es un trastorno sistémico, caracterizado por cuadros de artritis recurrente e hiperuricemia, con depósito de cristales de urato monosódico en los espacios sinoviales, así como en otras localizaciones extraarticulares. Una de las manifestaciones clínicas es la presencia de lesiones subcutáneas llamadas tofos gotosos. Estos depósitos se desarrollan en un 50% de los pacientes con gota. Localizaciones frecuentes de los tofos gotosos incluyen bursa olecránica, ligamentos periarticulares, tendón de Aquiles, tejido celular subcutáneo de manos, pies y codos y cartílago nasal.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 78 años, en estado terminal debido a una insuficiencia renal severa, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de 12 horas de evolución consistente en dolor intenso y drenaje espontáneo de un tofo gotoso localizado en codo derecho. A la exploración presenta regular estado general, aunque consciente y orientado. Afebril. Presenta tofos gotosos múltiples, localizados a nivel de carpo, codo y miembro inferiores de forma bilateral. En codo derecho presenta gran masa de 9 x 6 cm, semisólida, con áreas eritematosas y otras nacaradas, abierta y drenando material claro con gránulos blanquecinos. Se realiza estudio radiográfico de codo y estudio analítico, donde se observa reagudización de la insuficiencia renal crónica y anemia secundaria. Se decide ingreso en planta para realizar limpieza quirúrgica y permitir mejores cuidados del paciente por parte de su familia. Estabilizado el paciente, bajo anestesia local y sedación, se realiza drenaje del tofo gigante del codo, obteniendo abundante débito blanquecino con gránulos. Se deja drenaje tipo penrose y se toma muestra intraoperatoria para cultivo. Dos días después, la lesión presenta mejor aspecto, con cultivo negativo, por lo que se da el alta hospitalaria con curas en su centro de salud.

Resultados: El paciente es revisado al mes de la intervención, presentando evolución favorable con cierre de la herida por segunda intención.

Comentarios y conclusiones: En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es “el curar” sino el de “cuidar” al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte. Con esta finalidad, decidimos drenar el tofo gigante del codo con limpieza quirúrgica del mismo, puesto es un acto poco agresivo que le ha permitido mejorar su calidad de vida, mejorando los cuidados por parte de su familia.

CC-631. AFECTACIÓN ÓSEA EN LA DREPANOCITOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. González Murillo, V. Turcu, A.M. Salgado Rodrigo, A. Núñez García, A. Núñez Medina, A. Rodrigo Alonso y C. Ruiz Juretsche

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: El dolor de la cadera en el adulto joven puede estar relacionado con múltiples etiologías. El diagnóstico diferencial se plantea con diferentes entidades (infecciosas, reumatológicas, tumorales, necrosis avascular de cadera, choque femoroacetabular, displasia de cadera, coxartrosis y síndromes peritrocantéreos). Por ello, es importante conocer los procesos diagnósticos para establecer un tratamiento y adecuado seguimiento.

Material y método: Presentamos el caso de mujer de origen subsahariano con 29 años que acude al servicio de urgencias con dolor atraumático en cadera derecha de un mes de evolución. Como antecedentes personales de interés refiere anemia en seguimiento y episodios

de dolores óseos generalizados, así como, un aborto que precisó ingreso y tratamiento en u. Ginecología.

Resultados: En la exploración física se objetiva cojera, dolor inguinal a la palpación, limitación de la movilidad. Ante estos hallazgos, se solicita estudio radiográfico en el que se evidencia imagen anesférica de la cabeza femoral compatible con osteonecrosis ósea. El antecedente mencionado de anemia y los dolores generalizados motivaron la llamada al servicio de hematología de guardia para verificar la posible existencia de una anemia drepanocítica, la cual se evidenció con una extensión de sangre periférica, sickling test y electroforesis de hemoglobina.

Comentarios y conclusiones: En la anemia drepanocítica pueden observarse diversa patología ósea. Entre las manifestaciones, la osteonecrosis es la más incapacitante. La cabeza femoral, la cabeza humeral, rodilla y articulaciones de las manos y los pies, son los lugares más frecuentes de osteonecrosis. En esta patología debe establecerse un tratamiento multidisciplinar que incluya valoración por hematología, cirugía ortopédica y traumatología y unidades de rehabilitación para realizar un manejo satisfactorio.

CC-632. LAXITUD ARTICULAR GENERALIZADA EN ARTROSIS DE RODILLA

M. Quiles Galindo, E. Blesa Sierra, E. Usón García y J.A. Constantino Cabrera

Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid.

Introducción y objetivos: Se ha descrito una incidencia disminuida de la laxitud ligamentosa generalizada en artrosis de rodilla en estudios epidemiológicos. La intención de este trabajo es evaluar esa laxitud en artrosis de rodilla en sus estadios más avanzados.

Material y método: La laxitud articular generalizada fue evaluada según la escala de Beighton, incluyendo hiperextensión interfalángica del pulgar, deformidad en cuello de cisne de los dedos, hiperextensión del tobillo e hiperextensión del dedo gordo del pie, excluyendo flexión de la columna lumbar y la hiperextensión de la rodilla. La máxima puntuación fue 14. Asumimos que una puntuación de 3 o más en la escala de Beighton significaba presencia de laxitud ligamentosa. Se estudiaron 37 enfermos consecutivos con artrosis de rodilla pendientes de ser intervenidos de artroplastia total de rodilla. Los motivos de exclusión fueron artritis reumatoide y edad menor de 55 años. El estudio estadístico se realizó con el t-test para datos cuantitativos.

Resultados: La edad media fue de 67,9 años (rango 57-79) con 31 mujeres y 6 hombres. En un tercio de las mujeres y en la mitad de los hombres se obtuvo una puntuación de 3 o más en la escala de Beighton, lo que fue estadísticamente significativa ($p < 0,007$).

Comentarios y conclusiones: La laxitud articular generalizada estaba presente en algo más del tercio de pacientes con gonartrosis avanzadas.

CC-633. SECUELAS EN QUEMADURAS DE MIEMBROS INFERIORES

M.I. Holgado Álvarez, A. Cienfuegos López y J.M. Rodríguez de la Cueva

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La incidencia de cáncer cutáneo está aumentando de forma significativa. En la actualidad el cáncer cutáneo no melanoma es el de mayor prevalencia en raza blanca. Las formas más frecuentes de cáncer cutáneo no melanoma son el carcinoma basocelular (BCC) (80% de los casos), el carcinoma epidermoide (SCC) (20% de los casos). Son muchos los factores predisponentes. Hemos de destacar la inflamación crónica: quemaduras, osteomielitis, hidradenitis supurativa, liquen plano infección crónica, lupus vulgar, lepra, sífilis como origen de esta lesión.

Material y método: Paciente de 72 años de edad derivado por el servicio de dermatología, que presenta lesión en muñón de amputación traumático que sufrió años antes, como secuela de quemaduras de alto grado en sus miembros inferiores. Se aprecia lesión excrescente limitado al muñón de color amarillo verdosa y mal oliente por su contenido supurativo. En el estudio radiológico practicado, se aprecia aumento de densidad de partes blandas subyacentes así como discreta imagen osteolítica de tibia distal. Antes los hallazgos obtenidos se practica amputación infracondílea y se envía pieza para estudio anatómopatológico.

Resultados: En el estudio tiene como resultado carcinoma epidermoide infiltrante cutáneo que invade dermis, hipodermis planos musculares y hueso subyacente; márgenes libres.

Comentarios y conclusiones: El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es la segunda neoplasia cutánea más frecuente y su incidencia está aumentando en las últimas décadas. La mayoría de los tumores se van a resolver con cirugía, pero alrededor de un 5% van a presentar metástasis locales y a distancia; esta proporción será mayor en algunos CEC que presenten determinados factores denominados de alto riesgo: tamaño tumoral (mayor de 2 cm), profundidad de invasión (superior a 2 mm), nivel de Clark (IV o superior), invasión perineural, invasión linfovascular, el grado de diferenciación (tumores pobremente diferenciados) y tipo histológico

CC-634. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE DOLOR LUMBAR BAJO Y DOLOR CERVICAL EN ESPAÑA Y ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

M.I. Matamoros Hermoso, N. Medina León y A. Borrás Verdura

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: El objetivo de este estudio es poner de manifiesto los datos epidemiológicos que existen en España y en nuestra área asistencial, referente al dolor lumbar bajo y al dolor cervical y así establecer si existe o no la necesidad de recabar dicha información para posteriormente plantear diferentes estudios.

Material y método: Los descriptores utilizados han sido: prevalencia, incidencia, morbilidad dolor lumbar bajo/ dolor cervical. Las fuentes de información usadas para esta búsqueda bibliográfica han sido: revistas COT específicas de la especialidad, guías de práctica clínica, bases de datos y recursos electrónicos de la Universidad de Sevilla.

Resultados: Después de realizar esta búsqueda epidemiológica exhaustiva no encontramos resultados de datos concretos referentes a la zona geográfica planteada, salvo un artículo publicado en la revista Spine en 2007, que trata de la prevalencia nacional del dolor de espalda baja y del dolor cervical.

Comentarios y conclusiones: Concluimos por tanto, que no existen datos concretos epidemiológicos sobre dichas patologías en España (salvo el estudio antes nombrado), por lo que desconocemos la incidencias de patologías tan frecuentes como el dolor lumbar bajo y el dolor cervical.

CC-635. FRACTURAS MÚLTIPLES EN PACIENTE CON OSTEÓGENESIS IMPERFECTA

M. Plata García, R. Hernández Ramajo, V. García Virto, B. García Medrano, M. Martínez Ibeas, F. Rodríguez-Monsalve Milano y R. García Fraile

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: Con este caso pretendemos mostrar nuestra experiencia en el tratamiento de un paciente afecto de osteogénesis imperfecta, así como los diferentes tipos de esta enfermedad y sus posibles tratamientos.

Material y método: Paciente de veinte meses, diagnosticada de forma prenatal de displasia ósea, y sospecha de osteogénesis imperfecta al nacimiento. Acude a urgencias tras caída accidental de unos cincuenta cm de altura. Tras la exploración y los estudios de imagen se evidencia fractura de transversa de tercio medio de fémur izquierdo y defecto cortical y reacción perióstica en fémur derecho. La paciente es ingresada para enclavado de la fractura y colocación de yeso pelvipédico. Se realiza seguimiento en consulta, siendo la evolución favorable, realizando la extracción del material de osteosíntesis al año del enclavado. Al año acude de nuevo a urgencias por dolor en pierna derecha tras traumatismo de baja energía, tras el estudio radiológico se evidencia fractura de tibia y peroné. Se decide ingreso para tratamiento quirúrgico mediante enclavado mediante clavo de Ender cortado a medida.

Resultados: Tras el estudio por parte del servicio de pediatría la paciente es diagnosticada de osteogénesis imperfecta tipo I. La evolución de la paciente es favorable por lo que se retira material de osteosíntesis tras 4 meses. Tras un seguimiento en consulta externa de tres años continua clínicamente bien y no ha presentado ninguna nueva fractura por el momento.

Comentarios y conclusiones: La osteogénesis imperfecta es un trastorno hereditario que afecta principalmente al esqueleto, la alteración primaria tiene lugar en el colágeno tipo I. Las clasificaciones existentes, no siendo perfectas, nos acercan al pronóstico y la evolución. La clasificación propuesta por Silence, basada en el patrón de herencia y que predice el comportamiento clínico, con la modificación de Saphiro, basada en la presencia o no de fracturas al nacimiento, permite clasificar a los pacientes en cuatro grupos, y nos permite emitir un pronóstico. En nuestro caso la paciente presenta osteogénesis imperfecta tipo I, presenta color azul de las escleróticas, deformidades femorales y fragilidad ósea, manifestada como fracturas tras traumatismo de baja energía. El tratamiento de las fracturas en estos pacientes no difiere del tratamiento estándar para el tipo de fracturas en función de la edad del paciente.

CC-636. COLGAJO INTERÓSEO POSTERIOR. RECONSTRUCCIÓN DE MANO CATASTRÓFICA

M. Hernández Torralba, P. Sánchez Angulo, P. Nicolás Gil, S. Amor Jiménez, F. Cebrián Córdoba, A. Pérez García y F. Albaladejo Mora

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: El colgajo interóseo posterior es un colgajo fasciocutáneo dependiente de arteria interósea posterior y que tiene como base la anastomosis que se produce con la arteria interósea anterior a nivel del dorso de la muñeca. El flujo es de tipo reverso, puesto que se revasculariza a partir de la interósea anterior. Permite la cobertura de lesiones cutáneas a nivel de mano, codo y antebrazo.

Material y método: Varón de 61 años con antecedente de sección de tendones flexores y paquetes vasculonerviosos de IV y V dedos mano izquierda que requirieron reconstrucción de urgencias, presenta, tras accidente de tráfico necrosis 2º dedo mano izquierda y cutánea de palma y dorso mano izquierda, así como fractura multifragmentaria de III metatarsiano y falange proximal III dedo.

Resultados: Se realiza en un primer tiempo quirúrgico amputación de Chase de II radio y RAFI F1D3. Dada la evolución de la escara necrótica se realiza en un segundo tiempo quirúrgico escarectomía y RAFI de fractura M3 con miniplaca ALPS. Cobertura con colgajo fascio-cutáneo pediculado a flujo inverso (colgajo IOP) para cobertura del defecto. Se cubre con injerto de piel libre tomada de muslo derecho.

Comentarios y conclusiones: Las variaciones anatómicas son bien conocidas y son básicamente de dos tipos: la ausencia de anastomosis distal con la arteria interósea anterior o la hipoplasia o aplasia en el

tercio distal del antebrazo de la arteria interósea posterior, provocando un porcentaje relativamente alto de necrosis parcial, que puede acarrear un fallo en la cobertura de esta zona. Sin embargo es una buena elección para cobertura de defectos a nivel de tercio distal de miembro superior.

CC-637. TRATAMIENTO DE COBERTURA CON COLGAJO PEDICULADO DEL TENSOR DE FASCIA LATA

M. Hernández Torralba, S. Amor Jiménez, P. Sánchez Angulo, F. Cebrián Córdoba, P. Nicolás Gil, A. Pérez García y F. Albaladejo Mora

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: El colgajo miocutáneo del TFL a pesar de ser uno de los primeros colgajos libres, su uso como tal es limitado, con resultados estéticos correctos. Sin embargo como colgajo pediculado conserva algunas indicaciones, especialmente para la cobertura de úlceras por presión en la zona del trocánter mayor, debido a la cantidad de tejido movilizado, la fiabilidad y la facilidad de reparación de la zona donante por aproximación en la mayor parte de casos.

Material y método: Se presentan dos casos que precisan cobertura de lesión a nivel de trocánter. Varón de 40 años parapléjico, que habiendo estado encamado 18 meses, fue remitido a nuestro centro, Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, para tratamiento de escaras trocántereas bilaterales, de 15 × 12 cm la escara izquierda y 17 × 11 cm la derecha. Mujer de 78 años que tras infección material protésico de cadera derecha, presenta en el postoperatorio tras recambio de dicho material, evolución tórpida de la herida quirúrgica que precisa de cobertura a nivel trocántérico.

Resultados: Se realiza colgajo pediculado de tensor de fascia lata para cobertura de las lesiones en un tiempo quirúrgico, precisando el empleo de injerto cutáneo para el cierre de zona donante.

Comentarios y conclusiones: La cobertura de las lesiones empleando el colgajo miocutáneo del músculo tensor de la fascia lata a día de hoy sigue presentando una opción sencilla quirúrgicamente que asegura una correcta cobertura, así como la cicatrización de la misma y de la zona donante. Aunque algunos autores afirman que esta sutura primaria de la zona donante es poco frecuente pudiendo ser necesaria la utilización de injertos cutáneos, por lo que en la actualidad existen otras alternativas para la cobertura, como es el caso del colgajo miocutáneo del vasto lateral y el colgajo libre inguinal.

CC-638. AUDITORÍA DE LOS PRIMEROS 13 AÑOS DEL BANCO DE HUESOS Y TEJIDOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

M.A. Marín Aguado, H. Valencia García, M. Torrejón de la Cal, A. López Hualda, R.M. Egea Gámez, F. Panizo Mota, A.M. Ferrete Barroso y H. Fahandez-Saddi Díaz

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: La demanda de injerto óseo se incrementado en cirugías de revisión protésica, reconstructiva, de raquis, oncológica y deportiva. Las auditorías periódicas permiten optimizar y mejorar los procedimientos que se realizan en el proceso de donación de tejido. Con este trabajo pretendemos valorar resultados obtenidos en los primeros 13 años del Banco de Hueso y Tejido Osteoarticular del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Material y método: Revisión retrospectiva de 13 años en el HUFA e obtención del hueso alogénico (de donante vivo o cadáver). Todos los casos se solicitó consentimiento informado del donante, validación de historia clínica (existencia de cáncer, enfermedades autoinmunes, transfusiones sanguíneas en últimos 6 meses, tratamiento esteroideo u

hormona de crecimiento, exposición radiaciones o viaje Gran Bretaña de 1980 a 1996), negatividad en los test serológicos y la ausencia de agentes contaminantes en cultivos aerobio y anaerobio de muestras durante la extracción.

Resultados: Obtención de tejido de 140 donantes cadáver y 210 donantes vivos (sometidos a artroplastia de cadera). Se muestra evolución de donantes por año. Se analiza distribución del número de piezas obtenidos (mínimo 18, máximo 34, media de 22), distribución del tejido congelado (total 1310 piezas), distribución de tejido liofilizado implantado (total de 337) así como tasa de contaminación, y rastreo del tejido suministrado. Analizamos perfil e indicaciones de implante en los receptores a través del diagnóstico, y causa de fallecimiento de donantes cadáver.

Comentarios y conclusiones: El injerto ideal debe ser osteoinductivo, osteoconductor, osteogénico y con propiedades mecánicas. Los bancos de tejidos deben buscar formas de obtención, pero garantizando un tejido seguro. Las complicaciones son no-únión, infección bacteriana o transmisión de enfermedad vírica y el banco responsable debe evitar aquellas que dependan del proceso de selección, almacenaje o distribución. Todo Banco de huesos auditar su actividad para poder optimizar el trabajo garantizando siempre un hueso seguro.

CC-639. OSTEOPATÍA HIPEROSTÓTICA GENERALIZADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Ercilla Oyarzábal, D. Manrique Cuevas, M. Menéndez García, T. Martínez Jiménez, I. Sancho González, J. Mondragón Rubio, J. Ruiz Ruiz y J.J. Sánchez-Villares Rubalcaba

Hospital Virgen del Camino. Clínica Ubarmin. Pamplona.

Introducción y objetivos: La osteopatía hiperostótica (melorreostosis o llamada también enfermedad de Leri y Joanny) es una displasia ósea mesenquimal poco frecuente que cursa con esclerosis ósea predominantemente de huesos largos de las extremidades inferiores; se debe a una mutación con pérdida de función del gen LEMD3, que codifica para una proteína de la membrana nuclear interna. No presenta predilección por el sexo presentándose a cualquier edad (40-50% de casos, alrededor de los 20 años), pudiendo tratarse de un hallazgo casual en la edad adulta o de progresión más rápida en casos de inicio en la infancia. Suele cursar con rigidez articular y contracturas de tejidos blandos adyacentes asociadas a limitación funcional, piel gruesa, pigmentación anómala y en ocasiones, alteración del crecimiento longitudinal del hueso por cierre prematuro de la epífisis con deformidades en los miembros especialmente inferiores. De comienzo insidioso y clínica inespecífica de dolor (pudiendo llegar a ser muy intenso en la zona afecta), a veces es asintomática. Como se ha dicho antes suele afectar a huesos largos de extremidades, aunque también huesos cortos de mano y pie y raramente el esqueleto axial. Afecta comúnmente a un lado del hueso aunque puede englobar toda la corteza (hiperostosis); y a veces asocia calcificaciones o fibrosis de partes blandas, preferentemente periarticulares, pudiendo llegar a englobar tendones, vasos y músculos. Presenta una imagen radiológica característica de zonas lineales irregulares como escurrimiento de gotas de cera. La gammagrafía ósea suele mostrar hiperactividad y la resonancia magnética nuclear ayuda a detectar masas -mineralizadas o no- en tejidos blandos.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 46 años con inicio de la enfermedad en la infancia tardía que asocia escoliosis dorsolumbar, acortamiento de la extremidad inferior izquierda de unos 4 cm, oblicuidad pélvica, actitud en rotación externa y abducción de la cadera izquierda no corregibles. Presenta asimismo moderado valgo del tobillo izquierdo con rigidez capsuloligamentosa circundante, rigidez de articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de la mano homolateral; todo ello con atrofia muscular por desuso y displasia cutánea. El paciente fue intervenido de epifisiodesis de

fémur distal y tibia proximal derecha en edad fértil y acude para ser informado sobre las posibilidades terapéuticas para mejoría de la movilidad de la extremidad inferior izquierda. En tratamiento por parte de la unidad del dolor, refiere posible inicio de la clínica en la extremidad superior del lado derecho así como estabilización del dolor lumbar que presentaba previamente.

Resultados: Los datos clínicos y radiológicos confirman el diagnóstico de melorreostosis. Sin embargo, aunque las últimas pruebas de medicina nuclear realizadas muestran estabilidad de las lesiones, la clínica sugiere un posible inicio de afectación en hemicuerpo contralateral. Dada la mala evolución de las cirugías realizadas sobre problemas de pequeña magnitud en relación a la enfermedad y la capacidad autónoma para la deambulación y realización de actividades de la vida diaria, se decide en conformidad con el paciente abstención terapéutica con seguimiento evolutivo asociado al control analgésico por la unidad el dolor y conservación de la movilidad por el servicio de rehabilitación.

Comentarios y conclusiones: Existen cuatro formas de presentación clínica según la localización: monostótica, poliostótica, monomélica y generalizada, siendo esta última la menos frecuente. La gammagrafía ósea es positiva y típicamente muestra múltiples áreas de mayor captación, que corresponden a las áreas de la esclerosis observadas en las radiografías, e informa sobre la actividad metabólica y grado de maduración de las lesiones, pero no de la enfermedad en sí misma. La melorreostosis puede coexistir con otras afecciones,

CC-640. ¿ES EFICAZ LA ARTROPLASTIA DE CADERA TRAS UNA AMPUTACIÓN SUPRAGENIANA IPSILATERAL?

O. Faour Martín, M.A. Martín Ferrero, A. Vega Castrillo, M.A. de la Red Gallego, J.M. Lomo Garrote y J.A. Valverde García

Hospital de Puertollano. Ciudad Real.

Introducción y objetivos: A pesar de que existen pocas referencias en la literatura médica al respecto, la incidencia de artrosis de rodilla y cadera en pacientes que presentan amputaciones en miembros inferiores, es elevada. Presentamos nuestra experiencia clínica al respecto.

Material y método: Estamos ante el caso de un paciente varón de sesenta y cinco años de edad, que presenta, como antecedentes de interés, diabetes insulínica dependiente, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Además, se le realizó una amputación suprageniana de la extremidad inferior izquierda, de etiología vascular hace veinte años. Como consecuencia de dicha amputación, es portador de prótesis de pierna izquierda, de anclaje isquiático. Acude a la consulta de Ortopedia del Adulto de nuestro hospital, derivado por su médico de atención primaria, para valoración de dolor crónico de cadera izquierda. El paciente se presenta en la consulta deambulando con bastones. Refiere dolor inguinal izquierdo, de dos años de evolución, de características mecánicas, que aparece en ocasiones también en reposo y que no cedía con el tratamiento propuesto por su médico de cabecera, analgésico antiinflamatorio. Además, el dolor se agudiza cuando el paciente lleva a cabo la movilización pasiva del muñón. Nos detalla que hasta hace tres meses, era independiente para las actividades básicas de la vida diaria y podía utilizar un vehículo modificado. A la exploración física, destaca la limitación dolorosa de todos los movimientos de la articulación coxofemoral izquierda, con una contractura en flexión de la cadera afecta de 10 grados, con los siguientes grados de movilidad: Rotación interna de 0 grados. Rotación externa de 10 grados. Extensión de -10 grados. Flexión de 30 grados. Separación de 0 grados. Además, la palpación de la cadera era muy dolorosa y cabe destacar que el muñón presentaba buen aspecto. Se le instó al paciente a la valoración de su estado mediante la Escala Analógica Visual, obteniéndose de la misma, una puntuación de nueve sobre diez. Se solicitó una radiografía simple anteroposterior y axial de cade-

ra izquierda. En la misma, se evidenció la presencia de pinzamiento articular, osteofitosis y esclerosis subcondral; la distribución del pinzamiento articular era concéntrica, de manera que nos encontramos ante el diagnóstico de artrosis coxofemoral izquierda no protrusiva, grado cuatro de la Escala de la Graduación de la Artrosis de Kellgren & Lawrence, en paciente con amputación suprageniana ipsilateral. El paciente estuvo aproximadamente seis meses de tratamiento con paracetamol de 1 gramo cada ocho horas, ibuprofeno 600 miligramos cada ocho horas y tramadol 50 mg cada doce horas. Después de la mejoría inicial tras la instauración de dicho tratamiento, no se consiguió el control analgésico ni la mejoría funcional de la articulación de la cadera izquierda, encontrándose limitado para buena parte de las actividades básicas de la vida diaria, incluyendo la deambulación. Se programó la cirugía, con la finalidad del control del dolor que permita la deambulación del paciente y el retorno a sus actividades diarias. Fue intervenido, realizándose, a través de un abordaje posterolateral de cadera izquierda, la artroplastía total de cadera, no cementada, con un cotilo metálico de polietileno antiluxante y un vástago con cabeza de cerámica. Fue posible conseguir una anteversión adecuada tanto del componente femoral como del cotilo, y se observó la estabilidad de la prótesis en todos los movimientos pasivos realizados. No fue necesaria la aplicación de ninguna técnica quirúrgica adicional para la manipulación del fémur durante la cirugía, como el empleo de agujas de Kirchner en el fémur. La amplitud de movimientos de la cadera durante el tiempo quirúrgico fue de: Rotación interna de 10 grados. Rotación externa de 30 grados. Flexión de 90 grados. Extensión de -5 grados. Separación de 20 grados. Durante el tiempo perioperatorio no hubo complicaciones sépticas ni cicatriciales y se logró un adecuado control de la glucemia sanguínea.

Resultados: El dolor desapareció ya durante el postoperatorio inmediato. La valoración mediante la Escala Analógica Visual al quinto día postoperatorio mostró una puntuación de tres sobre diez. Los primeros intentos de colocación de la prótesis de pierna fueron a las tres semanas, tras una buena cicatrización de la herida. No obstante, se observó dificultad al anclaje por desadaptación al muñón, siendo necesario el ajuste de la prótesis de pierna. El paciente fue remitido al Servicio de Rehabilitación, con la finalidad de conseguir el mejor balance muscular posible, de manera que, 12 meses después de la cirugía, deambula con un bastón, refiere un valor de uno a dos sobre diez para la escala analógica visual y a la exploración, la movilidad que presenta la articulación de la cadera es de: Rotación interna de 10 grados. Rotación externa de 25 grados. Extensión de -10 grados. Flexión de 80 grados. Separación de 20 grados. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria, incluyendo el manejo de su vehículo modificado. Por otro lado, la radiografía de control al año de la cirugía muestra una adecuada posición de los componentes de la prótesis de cadera, sin signos de aflojamiento.

Comentarios y conclusiones: La literatura acerca de los resultados y el papel que desempeña la cirugía de artroplastía total de cadera en pacientes con amputación, a diferentes niveles, de la extremidad inferior, es escasa. A pesar de la tendencia al tratamiento conservador para la coxopatía en pacientes con amputación suprageniana de origen vascular, la artroplastía de cadera puede estar indicada en aquellas situaciones en las que las condiciones clínicas y funcionales del paciente lo requieran; en estos pacientes, el desarrollo de coxartrosis es más frecuente en la cadera ipsilateral que en la contralateral y más frecuente que en la población general. Es necesario considerar el cambio en el equilibrio muscular que acontece en la cadera ipsilateral a la amputación suprageniana. En este tipo de cirugía pueden existir dificultades para la manipulación femoral durante la colocación de los componentes protésicos, pudiendo ser necesaria la realización de gestos quirúrgicos añadidos para la manipulación del componente femoral. Es imprescindible la adecuada preparación aséptica del muñón durante la colocación del campo quirúrgico.

CC-641. LA ENFERMEDAD PROLIFERATIVA PAROSTAL

O. Faour Martin, M.A. Martín Ferrero, A. Vega Castrillo, M.A. de la Red Gallego, F. Ardura Aragón y J.A. Valverde García
Hospital de Puertollano. Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La enfermedad proliferativa osteocondromatosa parostal o enfermedad de Nora, fue definida por la Dra. Nora y colaboradores en 1983. Se trata de una patología infrecuente pues la literatura describe unos 160 casos. Presentamos nuestra experiencia al respecto.

Material y método: Nos encontramos ante el caso de una mujer de 52 años de edad, zurda y trabajadora manual, derivada a la consulta de Traumatología por referir dolor y parestesias en la mano y muñeca izquierdas. Presenta como antecedentes de interés, una fractura de radio distal no desplazada de la mano izquierda hace doce años, que fue tratada de forma ortopédica, así como cirugía previa en la mano afecta a consecuencia de un primer dedo en resorte; además, la paciente es hipertensa y está en tratamiento crónico con benzodiacepinas por insomnio recurrente. La paciente refiere tumoración en la cara palmar de la muñeca izquierda, de doce meses de evolución, así como dolor asociado y parestesias en los dedos segundo y tercero, de predominio nocturno, sintomatología que desaparece o se aminora al cuando la paciente sacude la mano; además, refiere sensación de debilidad a la prensión manual, y a consecuencia de la clínica descrita, lleva dos meses de baja; no existe antecedente traumático previo a la instauración del cuadro, ni refiere estado febril previo ni pérdida ponderal. A la exploración física de la mano y muñecas izquierdas, se aprecia la tumefacción de la eminencia tenar y se palpa una tumoración de consistencia firme, de aproximadamente uno por dos centímetros, dolorosa a la palpación, en la zona media de la cara volar de la muñeca derecha. Además, el test de Tinnel (percusión sobre el recorrido en la muñeca del nervio mediano) y la maniobra de Phalen (oposición de ambas manos con las muñecas flexionadas), son positivas, desencadenándose por la realización de las mismas la aparición de parestesias en el segundo y tercer dedos y mitad radial del cuarto dedo. La movilidad de la muñeca era dolorosa en los últimos grados de flexión, siendo la movilidad presentada la siguiente: -flexión de 60 grados. -extensión de 75 grados. -desviación cubital de 35 grados. -desviación radial de 20 grados. En relación a las pruebas complementarias, fueron solicitadas la radiología simple en proyección anteroposterior y lateral de la muñeca, una tomografía axial computarizada así como una electromiografía del nervio mediano derecho. Además, posteriormente, la paciente aportó una resonancia magnética de muñeca izquierda. Los estudios de radiología simple, muestran una lesión radioopaca a nivel carpiano, mostrándose en la resonancia magnética, como una imagen de aproximadamente 1,5 x 2 cm isointensa, con el tejido muscular en T1 apareciendo de intensidad heterogénea en T2. Asimismo se detecta una hiperseñal del nervio mediano a su paso por el canal del carpo, aunque no se presenta aumentado de calibre. No se evidencian gangliones ni otras tumoraciones de partes blandas. La tomografía axial computarizada no fue concluyente. La electromiografía del nervio mediano, revela unos valores de conducción sensitiva del nervio mediano y de latencia motora compatibles con un síndrome del túnel carpiano moderado, según los Criterios de electrodiagnóstico para el síndrome del túnel carpiano de la Sociedad Americana de Neurofisiología. El diagnóstico de presunción que se establece es el de enfermedad de Nora de la muñeca izquierda, con síndrome del túnel carpiano asociado. Se programó la cirugía para la biopsia escisional de la lesión, así como la cirugía para la el síndrome de túnel carpiano, como gesto quirúrgico asociado. De esta manera, en régimen de cirugía mayor ambulatoria, y bajo anestesia loco-regional, se llevó a cabo un abordaje palmar corto sobre el carpo y el túnel carpiano, y se comprobó la existencia de la lesión ocupante de espacio, realizándose su exéresis del escafoides carpiano, incluyendo el curetaje de la zona y la apertura del canal carpiano mediante la sec-

ción completa del retináculo flexor. La paciente portó durante dos semanas una férula de yeso palmar, para control del dolor y la prevención de la luxación de las estructuras carpianas.

Resultados: La sintomatología propia del síndrome del túnel carpiano cedió ya en la primera revisión, a los siete días desde la cirugía, y de forma perioperatoria no se registraron complicaciones sépticas ni cicatriciales. La biopsia de la lesión confirmó el diagnóstico de presunción. La histopatología mostró una mezcla de cartilago, tejido fibroso y hueso. Los condrocitos se disponen irregularmente, siendo en ocasiones células bi-nucleadas siendo el diagnóstico de proliferación parostal osteocondromatosa. En un año de seguimiento regular, la paciente se mantuvo asintomática y sin recidiva local. No obstante, se le explicó a la paciente la probabilidad de recurrencia de la lesión.

Comentarios y conclusiones: Descrita por primera vez por Nora et al, la lesión antedicha se trata de un tumor benigno de la superficie de los pequeños huesos tubulares de las manos y pies. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras lesiones, como el osteosarcoma parostal, el osteocondroma y la miositis osificante. De hecho, el diagnóstico inicial de la lesión de Nora, en muchas ocasiones se confunde con el osteocondroma debido a su ubicación parostal, la tapa del cartilago y la presencia histológica de los condrocitos “extraños”. En las radiografías, la lesión que estamos tratando se presenta como una o varias masas bien definidas, aunque en algunos casos pueden presentar un aspecto especulado o superficie irregular dificultándose aún más el diagnóstico de esta extraña lesión, que por otro lado, puede presentar calcificaciones en su interior. Además, al tratarse de una lesión ocupante de espacio, puede desencadenar o contribuir de forma secundaria a la aparición de cuadros clínicos derivados de compresión vascular o nerviosa, como es el caso del síndrome del túnel carpiano estructural.

CC-642. INFECCIÓN SUBCUTÁNEA EN RELACIÓN CON IMPLANTE ESTÉTICO DE TEFLÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Benavente Rodríguez, R. Ballesteros Massó, A. Aparicio Franco, S. Pascual del Hoyo, C. López Orosa, M. Coco Velilla, A. Orois Codesal y F.J. García Lázaro

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: En las últimas décadas, la realización de diferentes técnicas decorativas corporales, popularmente conocidas como body art, se ha convertido en una práctica muy popular, especialmente entre la población joven. De forma paralela, la incidencia de complicaciones asociadas ha aumentado, entre las cuales se incluyen múltiples procesos infecciosos, cutáneos o sistémicos. Una de estas técnicas practicadas consiste en la inserción subcutánea de materiales tales como teflón o acero, moldeando como resultado la superficie cutánea en función de la forma del mismo.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 20 años de edad, valorada en el servicio de urgencias con infección de tejido subcutáneo en relación con implante estético de teflón, el cual había sido realizado en una tienda de tatuajes 3 días antes. En ese momento se inició tratamiento antibiótico, aunque la evolución fue tórpida, sin lograr el control completo de la infección, pese a varios ciclos de tratamiento, por lo cual se lleva a cabo la extracción quirúrgica del mismo.

Resultados: Después de 2 meses de evolución, la paciente presenta molestias en la cara dorsal de la mano, aunque sin alteraciones funcionales en la movilidad de los dedos, ni signos de infección.

Comentarios y conclusiones: La incidencia de complicaciones asociadas a estas prácticas se ha incrementado de forma paralela al auge de las mismas durante las últimas décadas. El nivel de experiencia de quién las realiza, las condiciones higiénicas y los cuidados posteriores son los principales factores relacionados, pudiendo dar a largo plazo importantes secuelas tanto funcionales como estéticas.

CC-643. ESTANCIA PROLONGADA EN UCI: ANQUILOSIS DE CADERA BILATERAL Y RODILLA. ARTROLISIS

P. Nicolás Gil, F. Cebrián Córdoba, S. Amor Jiménez, M. Hernández Torralba, P. Sánchez Angulo, A. Pellicer Cerdá y M.A. Sánchez Cañizares

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Las estancias prolongadas en Unidades de Cuidados Intensivos, pueden generar un aumento de depósitos cálcicos periarticulares, que pueden llegar a fusionar la articulación y provocar una anquilosis. El tratamiento de estas patologías, además de la prevención puede llegar a ser un reto para el cirujano ortopédico. **Objetivo:** exponer el caso clínico de un paciente que tras un periodo en UCI prolongado sufre anquilosis de ambas caderas y rodilla izquierda, necesitando de una artrolisis y exéresis para conseguir movilidad.

Material y método: Paciente de 59 años con anquilosis en rodilla y ambas caderas secundaria ingreso en UCI por neumonía neumocócica grave y fracaso multiorgánico, así como polineuropatía del enfermo crítico. Ingresado en UCI 2 ocasiones: 35 días con ventilación mecánica, y posterior traqueostomía. Y 15 días con ventilación mecánica y posterior ventilación no invasiva, persistiendo una atelectasia en pulmón derecho. Como resultado, formaron calcificaciones heterotópicas que acabaron por anquilosar ambas caderas y rodilla izquierda del paciente.

Resultados: Primera cirugía: exéresis-artrolisis de rodilla izquierda, consiguiéndose flexión mayor de 90° y extensión completa. Dos años después el paciente acude de nuevo por presentar rigidez de rodilla con limitación de flexión a 25°. Y deseos de conseguir flexión de cadera. Se programa para intervención, donde se realiza: exéresis-artrolisis de rodilla con elongación cuadrípital. Y exéresis de calcificaciones y atroplastia de cadera izquierda. A los dos meses, el paciente consigue flexión de rodilla a 90° y flexión de cadera de 60°. Pudiendo deambular normalmente y sin dolor.

Comentarios y conclusiones: Podemos conseguir una mayor amplitud de movimiento en el tratamiento de las anquilosis por hipoxemia, mediante una artrolisis de la articulación y exéresis de las calcificaciones periarticulares. Permitiendo al paciente un rango de movilidad adecuado.

CC-644. TUMORACIÓN PULSÁTIL TRAS ARTROSCOPIA DE RODILLA

P. Sanz Ruiz, F. Chana Rodríguez, M. Villanueva Martínez, J.A. Matas Díaz, A. Pérez Martín y J. Vaquero Martín

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: La formación de pseudoaneurismas de las arterias geniculadas en cirugía ortopédica es una complicación rara y extraordinaria. Cualquier intervención es susceptible de esta complicación, siendo más frecuente en artroplastias por lesiones de estas con el redón.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente sometido a una artroscopia de rodilla secundaria a osteocondritis de cóndilo externo que en el postoperatorio debuto con una masa pulsátil en el borde superoexterno de la rodilla.

Resultados: Tras valoración conjunta con servicio de cirugía vascular, se decide tratamiento conservador presentándose el paciente asintomático al año de la intervención

Comentarios y conclusiones: Los pseudoaneurismas de la arteria geniculada son raras complicaciones en la cirugía de rodilla. Hay que tenerlos presentes cuando aparezca una masa de características pulsátiles. El tratamiento abarca la observación hasta la ligadura o embolización. Este procedimiento debe ser supervisado por un cirujano vascular.

CC-645. SÍNDROME UÑA-RÓTULA

P. Zuil Acosta, G. Muñoz Sánchez, R. de los Santos de la Cruz, I. Martínez Melián, O. Pérez Simancas, C. Fernández Valencia Kettunen, J.V. Peralta Molero y J.M. Guijarro Galiano

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: El síndrome uña-rótula fue descrito por primera vez en 1946 por Fong. Se caracteriza por alteraciones ungueales de las manos, cambios esqueléticos en rótulas, codos y pelvis. Su herencia es autonómico dominante y frecuentemente asocia nefropatía.

Material y método: Presentamos a una mujer de 59 años que acude por dolor de cadera derecha tras caída. La paciente tiene como antecedentes un VHB, un síndrome de uña-rótula diagnosticado en la infancia con afectación ungueal, displasia de rótula derecha, sin neuropatía y con cuernos ilíacos. Ha sido intervenida de PTR derecha y PTC izquierda. En la caída sufre una fractura pertrocanterea que se sintetizó con un clavo-placa Martin.

Resultados: La fractura quedó estable tras la síntesis pero a las tres semanas realiza un giro en la cama que provoca una fractura perimplante transversa, típica de osteoporosis. La paciente fue reintervenida realizándose retirada del clavo-placa Martin y colocación de clavo endomedular de fémur.

Comentarios y conclusiones: El síndrome uña-rótula es una patología poco frecuente. Traumatológicamente se puede sospechar en pacientes con luxaciones recidivantes de rótula o en patelas displásicas. Se debe realizar vigilancia de la función renal y tener en cuenta que puede asociar fracturas osteoporóticas.

CC-646. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL DEPORTISTA MEDIANTE DENSITOMETRÍA. COMPARACIÓN CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

R. Lorente Moreno, J.R. Infante Torre, C. Reyes Martínez, M. Ramos Rodríguez, J.I. Rayo Madrid, J. Serrano Vicente, M.L. Domínguez Grande y L. García Bernardo

Hospital Regional Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

Introducción y objetivos: El índice de masa corporal (IMC) es utilizado para la valoración del estado nutricional de la población. No obstante, en deportistas su resultado puede estar sobreestimado debido al aumento de masa muscular. El objetivo del estudio es valorar la utilidad de la determinación, mediante densitometría de cuerpo entero, de los índices de masa grasa (IMG) y magra (IMM) como indicadores del estado nutricional, así como compararlos los resultados con el IMC.

Material y método: El grupo del estudio estaba constituido por 29 deportistas amateur, de sexo masculino, edad media 29 años, todos ellos jugadores de rugby. Tras ser sometidos a una densitometría de cuerpo entero mediante un equipo de absorciometría dual de rayos X Norland XR46, se determinaron entre otros parámetros la masa grasa y magra del cuerpo. En base a estos datos se calcularon los IMG (= grasa en Kg/talla²), IMM (= magro en Kg/talla²) así como en índice de masa muscular apendicular (IMMA = musculatura en brazos y piernas en Kg/talla²).

Resultados: Utilizando el IMC, 16 jugadores se clasificaron con sobrepeso (= 25 kg/m²) y 4 con obesidad tipo I (= 30 kg/m²). Sin embargo, 10 de estos 20 deportistas presentaban valores de IMG dentro de la normalidad (> 6,9 kg/m²), 18 mostraban IMMA muy elevados (> percentil 90) o por encima de valores normales (> 9,9 kg/m²) e IMM igualmente elevados. Los resultados obtenidos cambiaron la valoración del estado nutricional en el 50% de los jugadores clasificados en principio con sobrepeso u obesidad.

Comentarios y conclusiones: Aunque para la población general del IMC es un parámetro adecuado para la valoración del estado nutricional,

en deportistas debe tenerse en cuenta el porcentaje de grasa y musculatura mediante la determinación de sus índices correspondientes. La densitometría de cuerpo entero resulta ser una técnica fiable y sencilla para este propósito.

CC-647. "SAGITAL SPLIT TIBIALIS ANTERIOR MUSCLE FLAP" PARA COBERTURA DE DEFECTO CON EXPOSICIÓN DE TENDÓN TIBIAL ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Romero Campuzano, J. Rey Vasalo, I. Orradre Burusco, S. Gozzi Vallejo, E. Noain Sanz, F.J. Artazcoz Iribarren y J. Martínez de Morentín Garraza

Hospital García Orcoyen. Navarra.

Introducción y objetivos: La región pretibial, por su pobre cobertura de partes blandas y el deterioro de la vascularización, resulta una zona con dificultad para la cicatrización de heridas o úlceras en pacientes de edad avanzada, sobre todo si quedan expuestas estructuras nobles como tendones o hueso. El colgajo muscular tibial anterior resulta una buena opción para la cobertura de defectos con exposición ósea y tendinosa en tercio medio de tibia.

Material y método: Paciente varón de 84 años de edad, fumador importante, sin antecedentes de interés, y buena calidad de vida, sin necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria, que acude a Urgencias por traumatismo contuso en extremidad inferior izq. sin afectación ósea, con resultado de hematoma subcutáneo y posterior necrosis en región pretibial. Tras una evolución tórpida, con exposición de aparato extensor, a pesar de curas y antibioterapia con levofloxacino, se objetiva importante defecto de 3 x 12 cm con abundante fibrina y esfacelos en su lecho, con evidente exposición de la porción tendinosa del músculo tibial anterior y cresta ósea. Se procede al desbridamiento y sección sagital con turnover del vientre muscular del tibial anterior para cobertura ósea y tendinosa con injerto libre de piel y terapia de presión negativa en un único tiempo quirúrgico.

Resultados: Evolución favorable tras el procedimiento, no requiriendo intervenciones quirúrgicas adicionales a un seguimiento de 1 año, y preservando el aparato extensor del pie. El paciente presenta una deambulación adecuada y buena conservación de la función de la extremidad.

Comentarios y conclusiones: En pacientes de edad avanzada y pluripatología concomitante con grandes defectos de cobertura en la región pretibial, la utilización de este colgajo puede considerarse la mejor elección, dado que las características de estos pacientes dificultan la viabilidad de opciones microquirúrgicas de cobertura.

CC-648. PATOLOGÍA DE RODILLA EN EL SURF

R.Y. Santana Suárez, B. Romero Pérez, S. Barroso Rosa, L. Valencia Sola, J. Nuez García, J. Caballero Martel, A. Peiró García y D. Barahona Lorenzo

CHUIMI. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: El deporte del surf ha crecido rápidamente en popularidad desde los años 60, pero se sabe poco sobre sus lesiones, especialmente la frecuencia, los mecanismos principales y los factores de riesgo. En las maniobras casi siempre el surfista está obligado a contorsionar y girar radicalmente el cuerpo. Así las fibras musculares se contraen y distienden, exigiendo mucho de las articulaciones mayores.

Material y método: Aunque la edad y el género no mostraron influir de modo significativo sobre la tasa de lesiones, el tamaño de las olas y el tipo de fondo marino, independientemente, fueron asociados de modo claro con una alta probabilidad de lesión. La tasa de lesión se

incrementa a más del doble cuando se hace surf en olas grandes, en comparación a cuando se hace en olas pequeñas, algo previsible debido a que la energía de las olas aumenta con la altura de éstas. Además, un fondo marino arenoso es mucho más indulgente con los impactos del surfista que cuando está cubierto con arrecifes o rocas.

Resultados: Lesiones más frecuentes en las rodillas: 1. Distensión del ligamento cruzado anterior. 2. Esguinces del ligamento lateral externo. 3. Meniscopatía interna.

Comentarios y conclusiones: Establecer una tasa de lesiones para el surf no es sólo de interés académico o general, sino que esta información podría ayudar también a predecir las necesidades de personal médico que deba estar presente en las competiciones, y a ayudar en el diseño de tablas de surf más seguras y equipamiento protector.

CC-649. SINOSTOSIS RADIOCUBITAL PROXIMAL. OSTEOTOMÍA DE KAMINENI

S. Calvo Calvo, C. Olaya González, R.D. Maestro Carvajal, V. Jiménez Díaz, A.M. Martín Fuentes y D. Cecilia López

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: La osificación heterotópica en el codo puede dejar una discapacidad funcional considerable, incluyendo la pérdida de rotación del antebrazo.

Material y método: Paciente de 29 años que presenta varias fracturas tras accidente de tráfico, entre ellas un codo flotante izquierdo (fractura desplazada de húmero y de cúbito proximal y cabeza radial). Se realiza osteosíntesis del húmero, cúbito y cuello radial y se extrae la cabeza del radio porque tenía múltiples fragmentos, quedando el codo estable. Durante el seguimiento el paciente aqueja déficit en la prono-supinación sin déficit en la flexo-extensión, y presenta una sinostosis radiocubital proximal. A los 7 meses de la primera cirugía se reinterviene realizándose una osteotomía de Kamineni, que consiste en una resección radial de 1 cm inmediatamente distal a la sinostosis.

Resultados: El rango de prono-supinación conseguido es casi completo y el paciente se encuentra muy satisfecho con el resultado.

Comentarios y conclusiones: La resección de 1 cm de la parte proximal del radio es un método seguro y fiable para mejorar la rotación del antebrazo. La aplicación de cera ósea en el sitio de resección parece mejorar el resultado. Este simple procedimiento está indicado en sinostosis radiocubital proximal que es demasiado extensa para permitir una resección segura, que está en la superficie articular o que está asociada a una deformidad anatómica.

CC-650. EMPLEO DE LA DISTRACCIÓN ÓSEA ASOCIADA A CLAVO INTRAMEDULAR COMO TRATAMIENTO DE TALLA BAJA

S. Illán Franco, C. Salcedo Cánovas, J.J. Parrilla Riera, M. López Antón, R. Rodríguez Martínez, F.J. Carrillo Piñero, S. García Hortelano y A. Valcárcel Díaz

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La distracción ósea asociada a clavo intramedular es una técnica importante para las elongaciones o correcciones de hueso maduro. Las ventajas del enclavado como complemento son principalmente la reducción del tiempo de fijación externa y el efecto tutor del clavo que contrarresta la tendencia a las deformidades angulares durante la distracción. Las indicaciones de esta técnica son el acortamiento óseo postraumático, talla baja patológica, cierre fisario prematuro, acortamientos iatrogénicos, acortamientos idiopáticos.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 23 años con talla baja familiar, que acude a consulta motivado por el gran trastorno psicosocial que representa para él su situación fisiológica. Ante la carencia de alternativas de tratamiento para este tipo de cuadros, se oferta al paciente la posibilidad de distracción ósea bilateral de fémur, procedimiento que el paciente acepta. Previa planificación preoperatoria, se interviene al paciente realizándose una distracción bilateral de fémur en un tiempo. Para ello se coloca al paciente en mesa de tracción y se llevan a cabo los siguientes pasos: enclavado intramedular fresado, colocación de fichas del fijador externo, retirada de clavo, osteotomía de fémur, recolocación de clavo, montaje del fijador externo. Posteriormente se emplea el mismo procedimiento en fémur contralateral.

Resultados: Tras un postoperatorio sin incidencias el paciente es dado de alta con los miembros inferiores en descarga. Actualmente se encuentra en seguimiento ambulatorio, deambulando con carga parcial. Ha comenzado el proceso de distracción femoral a ritmo de un milímetro diario.

Comentarios y conclusiones: La distracción ósea asistida con enclavado ha demostrado ser una técnica excelente para el tratamiento de acortamientos de cualquier etiología. Con el paso del tiempo este método se ha ido desarrollando y se ha adquirido experiencia en su uso, y con ello la opción terapéutica se expande y las indicaciones aumentan. En el caso que nos ocupa solamente se ha planificado el alargamiento femoral, sin embargo sería posible el empleo de la misma técnica en tibia si fuera necesario, e incluso como método compensatorio en húmero si así estuviera indicado. Como punto negativo resaltar que es requisito indispensable para el éxito del procedimiento un paciente colaborador y una concienciación por parte del mismo y de los familiares. Si la indicación es acertada, la técnica bien desarrollada y el control evolutivo preciso, este procedimiento aporta una solución satisfactoria para un número de patologías que no disponen de otra opción terapéutica.

CC-651. QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO EN LOCALIZACIONES ATÍPICAS

S. García Mata y C. González Roldán

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: El QOA se localiza habitualmente en metáfisis de hueso largos, sobre todo fémur, tibia y húmero. Su localización en huesos pequeños no es frecuente. El objetivo es presentar dos casos de QOA en tercio externo de clavícula y en falange de pie.

Material y método: Presentamos dos casos de presentación atípica de quiste óseo aneurismático: uno en tercio externo de la clavícula, con destrucción cortical superior y otro en diáfisis falange proximal de dedo de pie. En ambos casos la radiología sugería otro tipo de lesión: encondroma en la falange del pie y se plantaba diagnóstico diferencial con osteosarcoma en el de clavícula.

Resultados: Se realizó tratamiento quirúrgico en ambos procediendo a realizar curetaje y relleno de autoinjerto esponjoso en la clavícula y de sustituto óseo en la falange del pie. En ambos casos la evolución fue satisfactoria con incorporación completa y consolidación del autoinjerto, así como relleno completo sin recidiva de cavidades líticas en la falange. Tras 6 años en la clavícula y un año en la falange no ha existido recidiva.

Comentarios y conclusiones: En el diagnóstico diferencial de ambos casos se plantearon dudas razonables por la atípica localización de las lesiones así como por su dificultad en la interpretación de la biopsia de la lesión de clavícula. En la falange de pie la Rx era muy sugerente de encondroma (diáfisisario, adelgazamiento cortical simétrico, hueso corto). En el caso de la clavícula la Rx y RNM evidenciaban destrucción cortical superior que obligaba a su diagnóstico diferencial con osteosarcoma telangiectásico y con osteosarcoma.

CC-652. OSTEOCONDRIITIS DISECANTE DE RODILLA

S. Antón García, S. Ramos García, F. Muñoz González,
E. López-Anglada Fernández, J. Pena Vázquez,
M.I. Ojanguren Casero, T. Moreno Guerrero y A. Braña Vigil

Hospital Monte Naranco. Asturias.

Introducción y objetivos: La osteocondritis disecante es un cuadro de osteonecrosis focal que afecta a una superficie articular. Su causa aún no se ha determinado, pero posiblemente sea secundario a un traumatismo repetido de cizallamiento que elimina la vascularización sanguínea en el hueso subyacente. La localización más frecuente es en lado externo del cóndilo femoral interno. La irregularidad gradual de la superficie articular inicia lentamente un cuadro de dolor relacionado con la actividad. Los pacientes pueden presentar derrames y bloqueos. Finalmente el fragmento osteonecrótico se puede convertir en un cuerpo libre.

Material y método: Presentamos 6 casos de osteocondritis disecante de rodilla tratados en nuestro centro en los 2 últimos años. Se trata de cinco varones y una mujer con una media de edad de 30 años (20 a 49). En cinco casos el defecto osteocondral se encontraba en el cóndilo femoral interno y sólo uno en el externo.

Resultados: En un caso se realizó mosaicoplastia. En un caso se tomaron pruebas para cultivo de condrocitos pero fracasó, por lo que al igual que en los pacientes restantes se realizó un trasplante de aloinjerto osteocondral mediante la técnica mega OATS. En todos los casos se utilizó VIVOSTAT. En todos los pacientes se realizaron RNM de control a los pocos meses de la intervención (4 a 9 meses). Se realizaron hasta el momento artroscopias de rodilla de control en 2 pacientes.

Comentarios y conclusiones: El pronóstico de la osteocondritis disecante puede variar según el tamaño de la lesión y la edad del paciente. Las lesiones mayores de 2 cm tienen mal pronóstico si no se realiza un tratamiento quirúrgico. Hay diferentes opciones, eliminación de cuerpos libres y perforaciones del defecto, aloinjerto osteocondral o la implantación de condrocitos autólogos.

CC-653. FRACTURA ANTIGUA DE CODO COMPLICADA CON PSEUDOARTROSIS Y NEOARTICULACIÓN

S. Antón García, J. Diáñez Raimúndez, C. Argüelles Rodríguez,
F. Muñoz González, R. Iglesias Pañeda, J.A. Martínez Álvarez,
T. Moreno Guerrero y A. Braña Vigil

Hospital Monte Naranco. Asturias.

Introducción y objetivos: Las fracturas de húmero distal son poco frecuentes (menos del 0,5% del total de las fracturas). Predominan en el sexo femenino de más de 65 años.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 79 años, sordomuda e independiente para las actividades básicas de la vida diaria, que acudió a urgencias por dolor en el codo derecho tras caída casual. A la exploración, presentaba deformidad y limitación funcional por dolor en el codo derecho. En la radiografía simple se observó una fractura supracondílea y una severa artrosis de codo con importantes calcificaciones.

Resultados: Bajo anestesia general y a través de un abordaje posterior en el codo, obtuvimos la exposición del foco de fractura; no se apreciaba hematoma de fractura, sino una pseudoartrosis móvil, con artrodesis de la articulación del codo. De acuerdo con la familia, se decidió no fijar el foco de fractura, pues gracias a esta neoarticulación la paciente realizaba sus actividades básicas de la vida diaria. A las 4 semanas presentaba la misma limitación funcional previa a la cirugía, con desaparición del dolor.

Comentarios y conclusiones: La incidencia de pseudoartrosis de las fracturas de húmero distal es del 2 al 4%, siendo más frecuente en las supracondíleas (50%), y a continuación en las intercondíleas en T o Y (30%). Entre los factores etiológicos se encuentran la infección, la

conminución y el tratamiento inadecuado por mala reducción o síntesis incorrecta o insuficiente.

CC-654. CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES MÉDICOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

V.J. León Muñoz y M. López López

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Murcia.

Introducción y objetivos: El objetivo del trabajo ha sido la aplicación de un ciclo completo de evaluación y mejora al detectarse baja calidad en los Informes Médicos elaborados para los pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en nuestro Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Material y método: No existe marco legislativo específico para los informes de pacientes intervenidos en régimen de CMA, pero en la elección de los criterios se ha tenido en cuenta la Orden de 6 septiembre 1984. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221/1984 [pág. 26685]. RCL 1984\225, que es la norma vigente para los Informes Médicos de Hospitalización. Descripción de criterios centrados en la dimensión de calidad científico-técnica (criterios explícitos, transversales, isovalentes y específicos): C1 información administrativa, C2 motivo de alta, C3 antecedentes y alergias, C4 diagnóstico y tratamiento, C5 recomendaciones terapéuticas, C6 seguimiento, C7 filiación del firmante, C8 siglas/abreviaturas y C9 legibilidad gramatical. Los criterios, la fuente de datos, el tamaño de la muestra (60 informes en formato adecuado) y el método de muestreo (aleatorio simple sin reemplazo) han sido idénticos para ambas evaluaciones. El marco muestral para la primera evaluación han sido informes de junio a noviembre del 2009 y para la segunda del primer trimestre de 2010. Tras la primera evaluación se han aplicado las siguientes medidas correctoras: correo electrónico a los miembros del Servicio informando del proyecto y haciéndoles partícipes de los cambios, correo electrónico al responsable del Servicio de Admisiones informando del proyecto y haciéndole partícipe de las mejoras en la introducción de datos en la BBDD, modificaciones de la herramienta electrónica de gestión de la información y formación del Servicio en Sesión Clínica.

Resultados: Han mejorado de forma estadísticamente significativa (valor de significación estadística: $p = 0,05$) los criterios principales relativos a información administrativa, diagnóstico y tratamiento, recomendaciones terapéuticas y siglas/abreviaturas y los sub-criterios relativos a antecedentes patológicos, ausencia o presencia de alergias, tratamiento principal y tratamiento secundario. Como indicador formal de calidad se ha establecido (n° de documentos de informe de alta de CMA con formato adecuado/ n° total de informes de alta emitidos a pacientes de CMA) $\times 100$. En la primera evaluación se constató un 50% de adecuación y en la segunda un 80,7%.

Comentarios y conclusiones: A pesar de la mejora obtenida, los documentos de informe médico elaborados para los pacientes intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria siguen presentando baja calidad, por lo que son tributarios de nuevos ciclos de evaluación y mejora de la calidad y de la revisión de las medidas correctoras a aplicar.

CC-655. OSTEOTOMÍA FEMORAL SUPRACONDÍLEA DESROTADORA BILATERAL EN UN SOLO ACTO QUIRÚRGICO

A. Morales Villaescusa, M.A. Cardona Santana, A. Godoy Montijano,
J. López Morcillo, J.L. García Rull, G. Fornieles Maldonado
y J.L. Martínez Montes

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Los pacientes con parálisis cerebral infantil, en ocasiones presentan alteraciones torsionales en los miembros inferiores así como contracturas musculares. En aquellos casos en los que es posible la deambulación, estas alteraciones dificultan notable-

mente la marcha. En estos pacientes, la posibilidad de intervenir quirúrgicamente no siempre encuentra consenso, existiendo la duda de si realizar los procedimientos indicados, en un solo acto o en más.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente mujer de 24 años de edad diagnosticada de parálisis cerebral infantil que presenta alteración torsional de ambos miembros inferiores. La paciente deambula con dificultad y presenta gran espasticidad en miembros inferiores. Como antecedente de interés, la paciente fue intervenida en 2008 bajo el diagnóstico de contractura bilateral de aductores realizándosele una tenotomía bilateral de aductores. En febrero de 2012, la paciente es diagnosticada de alteración torsional de ambos fémures, por lo que se procede a indicación de tratamiento quirúrgico, consistente en osteotomía desrotadora supracondílea de fémur bilateral y osteosíntesis con placa supracondílea angulada bilateral más nueva tenotomía bilateral de aductores en un solo tiempo.

Resultados: Con la intervención quirúrgica, se consiguió la realineación axial de ambos miembros inferiores. Durante el postoperatorio, se permitió la posición sentada al segundo día y tras valoración por el servicio de rehabilitación se comenzó deambulación con carga parcial al quinto día de la intervención.

Comentarios y conclusiones: En ocasiones es aconsejable valorar la posibilidad de realizar la intervención quirúrgica sobre ambos miembros inferiores en el mismo acto quirúrgico, con el fin de realizar el proceso rehabilitador de la marcha con ambos miembros ya correctamente orientados. En estos casos, hay que tener en cuenta la agresión que supone la magnitud de la intervención quirúrgica, y adaptar la analgesia y los cuidados postoperatorios de forma que el proceso de rehabilitación se pueda realizar de forma precoz y relativamente indoloro.

CC-656. EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ESPECIALIZADA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA TRAUMATOLÓGICA

C. García Blanque, C. Meseguer Barrios, A. Latorre Alonso, D. Zamora Serveto, P. Puerto Ramell, P. Cortés Pérez y A. Llupia García

Centro de Atención Primaria Manso. Barcelona.

Introducción y objetivos: Por cada persona que muere por un traumatismo, unas 30 son hospitalizadas y unas 300 son tratadas en urgencias y dadas de alta para pasar, en algunos casos, a ser controladas en atención primaria. En Cataluña existe atención primaria especializada para traumatología y ortopedia. Este estudio pretende dar una panorámica de la atención traumatológica de una consulta atención primaria especializada.

Material y método: Se han analizado las variables sociodemográficas, los diagnósticos y el número de visitas recogidos en la historia clínica informatizada de las personas atendidas durante todo el año 2011 de una de las consultas especializadas de traumatología en la zona de l'Eixample de Barcelona. Hasta el año pasado, la consulta contaba con una doctora especialista en traumatología y ortopedia, tres enfermeras y una auxiliar formadas y con experiencia en la especialidad, que disponían de dos consultas y una sala de curas en horario de mañana.

Resultados: Durante el año 2011, se atendieron 3.143 personas que generaron 7.365 visitas, de las cuales el 34,2% fueron primeras visitas ($n = 2.514$), representando de media 1,9 visitas sucesivas por paciente. La media de edad de la población atendida ha sido 54,4 años (DE 20,28 años) y el 61% fueron mujeres. Se han atendido 56 nacionalidades distintas. Los grupos diagnósticos principales, sobre el total de diagnósticos recuperados ($n = 2.655$), han sido gonartrosis ($n = 213$, 8,03%), dolor articular ($n = 195$, 7,34%), poliartrosis ($n = 147$, 5,53%), fracturas y sus secuelas ($n = 128$, 4,82%) y lumbalgia ($n = 127$, 4,78%). Por edades, los diagnósticos más frecuentes han sido, en la franja 0-14 años, pie plano adquirido, dolor en las extremidades y dolor articular, de los 15-44 años, dolor articular, lumbalgia y fracturas y sus secuelas,

entre los 45-64 años dolor articular, lumbalgia y gonartrosis, entre los 65-74 años gonartrosis, coxartrosis y dolor articular y a partir de los 75, gonartrosis, poliartrosis y fracturas y sus secuelas. Del total de pacientes atendidos, 619 (19,7%) se derivaron a otros centros generando un total de 762 derivaciones. Un total de 520 pacientes tuvieron una sola derivación durante 2011 y 99 dos o más derivaciones. Por destino, 492 fueron a centros de rehabilitación.

Comentarios y conclusiones: La atención primaria resuelve problemas en la comunidad. Conocer la epidemiología de la patología de traumatología y ortopedia permite diseñar estrategias de prevención y conocer la casuística de las consultas de atención primaria puede dar pistas para planificar recursos.

CC-657. UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y EXPERIENCIA DE TOLEDO

D.V. Velarde Garrido, P. Romera Olivera, L. Alarma Barcia, F. Tomé Bermejo, J. Cervera Irimia, E. Sánchez Muñoz, C.T. Gallego Wood y J. Morales Valencia

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: La rápida evolución de la cirugía mayor ambulatoria en España justifica un análisis de los avances y los distintos modelos de gestión, más aún en tiempos de crisis económica. Nuestro objetivo es valorar la experiencia de nuestro centro en el contexto de España y su viabilidad a futuro.

Material y método: Se realiza una revisión de la literatura sobre las ventajas, modelos de gestión y regulación de las unidades de cirugía mayor ambulatoria en España y el extranjero. Además se sintetiza la actividad quirúrgica de nuestra UCMA durante el año 2011.

Resultados: Las unidades de cirugía mayor ambulatoria en España han logrado resultados muy favorables: tasas de mortalidad del 0,15%, índices de sustitución de 86% para procedimientos como liberación del túnel del carpo y del 63% para las artroscopias de rodilla; entre otros. En nuestro centro, se han realizado más de 400 y 300 de dichos procedimientos, respectivamente.

Comentarios y conclusiones: Gracias a la mínima invasividad de los procedimientos quirúrgicos y anestésicos actuales, las unidades de cirugía mayor ambulatoria ofrecen excelentes márgenes de seguridad y rendimiento quirúrgico a un coste muy inferior a la cirugía con ingreso. La experiencia de dos décadas de nuestra UCMA la hacen un recurso valioso para la sostenibilidad del sistema sanitario de nuestra comunidad.

CC-658. SÍNDROME COMPARTIMENTAL BILATERAL EN PACIENTES JÓVENES TRAS EJERCICIO INTENSO

D. Fernández Fernández, E. Martín Flores, J.I. Pérez Chávez, E. Hernández Carretero, M. Díaz Álvarez, M.A. Nogales Asensio y C. Palomo Pizarro

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción y objetivos: Se presentan 2 casos de síndrome compartimental bilateral en muslos de pacientes de 32 y 25 años, varón y mujer respectivamente, quienes presentaron clínica de dolor intenso en extremidades inferiores con limitación para la deambulación, acompañado de coloria de horas de evolución, presentando ambos el antecedente de haber realizado ejercicio intenso, principalmente "Spinning" en las 48h previas. Ambos pacientes presentaron presiones intracompartimentales elevadas en muslos junto con alteraciones analíticas compatibles con dicha patología como son elevación de CK: 125.420 y 1.200.000 UI/l en el pico, enzimas hepáticas, CK-MB, mioglobina. Objetivo: valorar y entender el manejo, síntomas y signos, fisiopatología y tratamiento de este tipo de pacientes, así como evidenciar la causalidad que se presenta entre la sobrecarga de ejercicio

y esta patología en paciente joven así como las diferencias analíticas que pueden encontrarse entre pacientes similares que han realizado el mismo ejercicio bajo factores de riesgo diferentes como son el cansancio, la deshidratación o la forma física previa.

Material y método: Valoración de ambos casos comparando la presencia de factores de riesgo, diferencia en cuanto a la causa y a las circunstancias de cada paciente con los resultados obtenidos.

Resultados: Ambos fueron diagnosticados de rabdomiolisis secundaria a ejercicio físico y síndrome compartimental bilateral en cuádriceps, por lo que se optó por un tratamiento quirúrgico realizándose fasciotomías bilaterales en muslos, con lo que se consiguió la resolución del cuadro en los 5 días siguientes.

Comentarios y conclusiones: El síndrome compartimental bilateral agudo debido a ejercicio intenso es una entidad rara que si no es adecuadamente diagnosticada y tratada puede causar rabdomiolisis y provocar un fallo renal agudo así como una necrosis muscular. Por ello es de vital importancia su conocimiento así como los signos, síntomas y la relación que presenta con determinadas modalidades de ejercicio físico para abordarla adecuadamente.

CC-659. EXÉRESIS DE PROCESO INFLAMATORIO MIXTO EN 1/3 DISTAL TIBIAL CON AFECTACIÓN METAFISARIA EN VARÓN DE 12 AÑOS DE EDAD

G. Molina Olivella, A. Gómez Ribelles, V. Altemir Martínez, S. Aspiroz Gros, B. Martín Barriendos y J.J. Fernández Martínez

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: Las lesiones de localización metafisaria en niños y adolescentes resultan de interés por tener, entre las opciones de su diagnóstico diferencial, ciertas neoplasias propias de esta localización y edad e infecciones. El objetivo de esta presentación es la explicación del abordaje y técnica quirúrgica utilizados en la exéresis local de tejido en el 1/3 distal de tibia con afectación metafisaria.

Material y método: Paciente de 12a sin antecedentes de interés que acude a consulta por dolor mecánico al esfuerzo intenso en metáfisis tibial derecha. Se procede a abordaje por planos con control de estructuras vasculonerviosas de la zona y control fluoroscópico de la lesión. Se traza una incisión sobre el periostio a fin de poder suturarlo posteriormente. Se realiza una cuña de hueso sobre la localización de la lesión y se extrae, dejando ésta a la vista. Se cursan cultivos para microbiología así como toma de biopsias para AP. Se realiza lavado profuso de la lesión y exéresis del contenido de la misma. Se coloca la cuña de hueso de nuevo en su localización. Se procede a la sutura perióstica. Cierre por planos.

Resultados: El estudio microbiológico no mostro signos de infección. Se describió anatópatológicamente como un proceso inflamatorio mixto.

Comentarios y conclusiones: Este tipo de lesiones, considerando la edad y su localización, no deben pasar desapercibidas por la posibilidad de que éstas resulten neoplásicas o infecciosas. Ambos casos podrían provocar consecuencias muy graves y es ahí donde nace la importancia de su estudio a fondo. Es importante conocer como realizar los abordajes y técnicas pertinentes para la realización de este tipo de exéresis así como tener en cuenta en pacientes de esta edad la importancia que el periostio tiene para la restructuración normal del hueso. De ahí la importancia de su identificación y sutura.

CC-660. TERAPIA MANUAL DE LA COCCIGODINIA

I. Martín Rodríguez, D. Montes Molinero, I. de Gálvez Aranda y F. Villanueva Pareja

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La coccigodinia es una afección benigna invalidante que se presenta en la mayoría de las ocasiones secundaria

a un traumatismo, y caracterizada por un dolor selectivo en la punta del coxis y espasmo de los músculos isquicocóccigeos y elevadores del ano. La manipulación intrarrectal es una técnica clásica que ofrece buenos resultados en esta patología el objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia de esta técnica.

Material y método: Para ello realizamos un estudio observacional retrospectivo transversal sobre una muestra de 21 pacientes, el 90% mujeres, con una etiología traumática en la mayoría de las ocasiones. A todos ellos se les realiza al menos una manipulación. Se evalúa mediante cuestionario telefónico, la reducción del dolor según la escala vas y el cuestionario de dolor español, como afecta a su calidad de vida mediante el dallas pain questionnaire y el grado de satisfacción por parte del paciente con esta técnica.

Resultados: El 70% de los encuestados se encuentra satisfecho o muy satisfecho con los resultados, con una ausencia de dolor un 38% de ellos. Los malos resultados los encontramos en 6 pacientes, uno de ellos relacionado con situación posparto, un caso de un varón, dos casos con un índice de masa corporal superior a 30%, y el caso restante intervenido previamente de artrodesis lumbar. En todos estos casos fue necesario realizar infiltraciones.

Comentarios y conclusiones: Podemos concluir que la terapia manual que hemos realizado puede considerarse efectiva en el tratamiento de la coccigodinia, que hay que tenerlo en cuenta dentro de nuestro arsenal terapéutico de esta afección.

CC-661. SITUACIÓN DE LA TROMBOPROFILAXIS EN TRAUMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

J. Cabello Blanco, J.S. Ruiz Pérez, A.M. Valverde Villar, R. Gonzalo Plou, C. Kalbadij Sánchez, E. Gálvez Sirvent, S. Morais Rubio y A. Vaquero Picado

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos: Las complicaciones tromboembólicas son menos frecuentes hoy día tras la cirugía ortopédica gracias a la profilaxis tromboembólica. Sin embargo la duración y dosis de terapia anticoagulante resulta incierta para los procesos menos frecuentes, haciendo que la terapia anticoagulante no se adapte a las recomendaciones vigentes hoy día. Evaluar la adecuación de la terapia anticoagulante farmacológica tanto en dosis como en tiempo.

Material y método: Se estudiaron 83 pacientes cuyo criterio de selección fue un corte transversal de los pacientes ingresados a cargo de traumatología en un día de mayo de 2011 en el Hospital Universitario La Paz de Madrid. Se evaluaron los factores de riesgo tromboembólicos del paciente, del proceso, la categoría de riesgo, el tipo y la dosis de anticoagulación durante el ingreso y al alta, así como la adecuación de ésta.

Resultados: De los 83 pacientes, 64 tenían riesgo muy alto (77%), 9 moderado (10%) y 12 bajo (13%). La adecuación de la profilaxis tromboembólica fue correcta en el 96% de los casos durante el ingreso y en el 96% al alta.

Comentarios y conclusiones: La profilaxis tromboembólica farmacológica es adecuada en nuestro servicio de traumatología pero es necesario implementar el uso para lograr un mayor porcentaje de adecuación.

CC-662. QUISTE ÓSEO UNICAMERAL DE FÉMUR DISTAL EN PACIENTE DE 14 AÑOS

J.H. Rodríguez Meléndez, M.J. López Moya, E. González García, A. Blanco Pozo, A. Natera Ramírez, G. Gutiérrez Castanedo, M. Mora Fernández y J. Suero Mangas

Hospital General Yagüe. Burgos.

Introducción y objetivos: Los quistes óseos Unicamerales son lesiones pseudotumorales benignas de evolución generalmente asintomática y

diagnóstico muchas veces incidental que tienen un tratamiento variable en función de la clínica y la localización de dicha lesión.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 14 años que acude a urgencias por dolor en rodilla derecha mientras jugaba al fútbol sin contusión directa sobre la misma. A la exploración: deambula sin alteraciones, no derrame articular, no se aprecian heridas ni signos de flogosis de rodilla de rodilla derecha. Dolor a la palpación de cóndilo femoral externo de leve intensidad.

Resultados: Tras la realización de los estudios radiográficos se observa una lesión ósea radiolúcida ovoidea en fémur distal de aproximadamente 10 × 5 cm, de bordes bien definidos, que no supera la fisis y sin reacción perióstica. Dadas las características de la lesión se indica el tratamiento quirúrgico mediante extirpación de contenido quístico membrano-fibroso, curetaje de paredes e implantación de aloinjerto óseo. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico. El paciente luego de aproximadamente 6 semanas en descarga empieza la deambulación con apoyo parcial; siendo su evolución clínica radiológica favorable se autoriza la carga completa luego de 6 semanas más.

Comentarios y conclusiones: El sitio de presentación habitual de este tipo de lesiones se encuentra en el 75% de los casos en el extremo proximal del húmero (50%) y fémur (25%), siendo la localización presentada menos habitual. Además suelen ser lesiones que se sitúan centralmente en la región metafisodiafisaria planteando el diagnóstico diferencial con el quiste óseo aneurismático. El tratamiento establecido estuvo indicado por las características benignas de la lesión, el peligro inminente de fractura y el de ser un hueso con función de carga.

CC-663. CONGELACIÓN DE LOS DEDOS DE LAS MANOS Y DE LOS PIES

L. Ezquerro Herrando, E. Corella Abenia, N. Blanco Rubio, A. Castillo Palacios, A. del Bosque Herrero, J. Palacio Barrabes y J. Albareda Albareda

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La congelación se define como el daño sufrido por los tejidos cuando se someten a temperaturas inferiores a su punto de congelación. La gravedad de las lesiones es variable, pero con frecuencia termina en amputación. El desbridamiento quirúrgico de forma precoz está contraindicado en la mayoría de los casos, ya que la demarcación de los tejidos viables tarda en producirse. La gammagrafía ósea está indicada para la evaluación de las lesiones por congelación y ayuda a establecer el pronóstico precozmente.

Material y método: Caso clínico: paciente varón de 42 años que sufre lesiones por congelación en los dedos de las manos y los pies tras permanecer más de 24 horas a 8.000 metros. Durante seis semanas se administra tratamiento anticoagulante y se realizan curas tópicas. En este periodo se practican dos estudios gammagráficos consecutivos sin apreciarse cambios en el nivel de vascularización. La mejoría clínica sin embargo es importante, delimitándose el tejido desvitalizado hasta el nivel marcado por el estudio gammagráfico, por lo que se realiza la amputación.

Resultados: Las pautas terapéuticas clásicas han contraindicado la cirugía precoz de las lesiones por congelación con el objetivo de que se produzca una demarcación clara de los tejidos no viables, lo que tarda en ocurrir unos 45 días. Frente a esta corriente clásica está surgiendo debate a favor de los que abogan por un enfoque quirúrgico más precoz basado en los hallazgos de la gammagrafía con 99mTc-MDP. En nuestro paciente hemos observado que clínicamente las lesiones se han delimitado con el paso de los días, sin embargo, las imágenes gammagráficas no han variado del primer al segundo estudio indicando desde el principio el nivel de amputación.

Comentarios y conclusiones: Puesto que la gammagrafía ósea permaneció invariable, consideramos que nos puede ayudar a determinar de

forma temprana el nivel de amputación sin tener que demorar la cirugía.

CC-664. TUMORACIÓN DEL MUSLO TRAS FRACTURA DE FÉMUR

L. Moril Peñalver, V. Pellicer García, A. Ferrer Carrasco y P. Gutiérrez Carbonell

Hospital Virgen de los Lirios. Alicante.

Introducción y objetivos: La aparición de un pseudoaneurisma en las arterias femorales es una rara complicación de las fracturas de fémur, aunque potencialmente grave. Suele aparecer con más frecuencia en las fracturas que afectan al tercio proximal a veces en relación con lesiones producidas durante la introducción de los tornillos de bloqueo de clavos intramedulares o de placas de osteosíntesis.

Material y método: Presentamos caso de un varón de 33 años que tras accidente de tráfico presenta fractura diafisaria fémur con tercer fragmento que se trató con enclavado endomedular encerrojado anteroposterior. Tras la cirugía presentaba hematoma en muslo doloroso, por el que tuvo que acudir a urgencias en varias ocasiones por dolor intenso en muslo y aumento de tamaño del mismo. En la radiografía de control se observa horizontalización del 3º fragmento de la fractura diafisaria del fémur.

Resultados: A la exploración se observa tumoración dolorosa en borde medial muslo sin afectación neurovascular distal. Se realiza angioTAC observándose pseudoaneurisma postraumático dependiente de la cara posterior de la arteria femoral superficial derecha. JD: pseudoaneurisma arteria femoral superficial. Se remitió al servicio de cirugía vascular donde le realizaron la extracción del fragmento óseo y endoprótesis femoral. Posteriormente ha evolucionado favorablemente y actualmente se encuentra en fase de consolidación ósea.

Comentarios y conclusiones: El desarrollo de un pseudoaneurisma tras una fractura diafisaria de fémur se puede deber a una lesión inicial de los vasos, o bien puede aparecer como complicación de la fijación interna de la fractura femoral, y es más frecuente la afectación de la arteria femoral profunda que la superficial. Presentamos este caso por la importancia de conocer esta complicación y poder sospecharla, ya que como su presentación clínica suele ser anodina y tardía, su no diagnóstico puede tener consecuencias fatales para el paciente.

CC-665. CONSULTAS NO PRESENCIALES EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

L. Sanado Lampreave y R. Sánchez Bernal

Hospital Txagorritxu. Álava.

Introducción y objetivos: La aparición de nuevas tecnologías de la información: historia clínica electrónica, comunicaciones por internet y acceso a la información de forma directa, facilitan la comunicación entre Medicina Primaria y Especializada. En este ámbito aparece una nueva herramienta que es la Consulta No Presencial. El paciente no se desplaza, pero si la información de anamnesis, exploración clínica y pruebas complementarias realizadas. Esto puede facilitar la comunicación entre Medicina Primaria y Especializada, teniendo en cuenta entre otros aspectos el mantener la confidencialidad con sistemas de protección de datos, en arquitecturas informáticas cerradas y controladas, etc.

Material y método: Proyecto piloto de Consultas No Presenciales utilizando la Historia Clínica Electrónica "Osabide Global" en el ámbito de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. El Médico de Familia incluye en una interconsulta datos de anamnesis, exploración y pruebas complementarias, siendo contestado vía Historia Clínica Electrónica y recomendando un plan que puede incluir seguir en Primaria o enviarlo a una Consulta Clásica de Traumatología.

Resultados: De enero a mayo de 2012, la herramienta ha sido utilizada de forma marginal por los médicos de familia: 35 interconsultas no

presenciales. 7.587 Primeras Consultas Clásicas. Las interconsultas más frecuentes han sido: Fracturas y contusiones: 10. Lesiones crónicas: 20. Raquis 8. Extremidad Superior 5. Extremidad Inferior 7. De las 35 interconsultas sólo en 5 casos se recomendó que los pacientes acudiesen a una Consulta Clásica Especializada.

Comentarios y conclusiones: Existe tecnología accesible para que en las consultas de traumatología, se mueva la información y no los pacientes. La utilización de Interconsultas No Presenciales supone un esfuerzo añadido a los Médicos de Atención Primaria por lo que en muchos casos son reacios a utilizarlos. La mayor parte de los casos no necesitan una nueva Consulta Clásica de Traumatología.

CC-666. HERPES ZOSTER TRAS CIRUGÍA DE HERNIA DISCAL LUMBAR

M. Lladrés Comamala, R. Serrano Pastor, E. Villalba Mendoza, G.J. Ripoll Estela, J.M. Femenías Roselló y M. Rubí Jaume

Hospital Universitario Son Espases. Baleares.

Introducción y objetivos: Exponer el caso y la iconografía de una complicación tras cirugía lumbar, con aparición de herpes zoster en trayecto radicular tras cirugía de hernia discal lumbar.

Material y método: Se trata de una mujer de 33 años con antecedentes de doble discopatía L3-L4 y L4-L5 de 3 años de evolución que debuta con cuadro de cialgia izquierda y síndrome de cauda equina tras un esfuerzo. El estudio RMN demuestra la presencia de hernia discal L4-L5 extruida con ocupación del 80% del canal lumbar. El mismo día se realiza hemilaminectomía L4 izquierda y resección de material discal extruido, así como liberación de raíz L5 izquierda y discectomía L4-L5 seriada. El postoperatorio es correcto, con mejoría de la sintomatología dolorosa y sensitiva, así como esfinteriana. A los 8 días de la cirugía la paciente refiere aparición de vesículas en pierna derecha con trayecto radicular, con incremento progresivo del dolor.

Resultados: Valorado por servicio de dermatología se diagnostica de herpes zoster post-quirúrgico. Se inicia tratamiento analgésico con parches de lidocaína y tratamiento médico con aciclovir. Al cabo de un mes la clínica había mejorado y a los 3 meses desaparecido las lesiones cutáneas, persistiendo leves molestias en su pierna izquierda.

Comentarios y conclusiones: Se han descrito varios casos de lesiones por herpes zoster posquirúrgico tras cirugías nerviosas a varios niveles, con mayor incidencia en nervios facial y trigémino. Tras una revisión solo existe publicado 1 caso de herpes zoster tras cirugía de hernia discal lumbar.

CC-667. SÍNDROME COMPARTIMENTAL POSTERIOR TRAS BYPASS FEMOROPLOPLÉTEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.M. Villanova López, T. Pérez Cervera y J. Yrayzoz Fuentes

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso clínico inusual por su localización. El síndrome compartimental es una complicación poco frecuente pero con consecuencias devastadoras. Su causa más frecuente es la traumática (fractura cerrada de tibia) y su localización más común el compartimento distal anterior. Su diagnóstico y tratamiento son una emergencia médica y la brevedad de los mismos condicionan el pronóstico. Presentamos un caso de síndrome compartimental posterior tras bypass femoropoplíteo urgente que mejoró tras fasciotomía de compartimento posterior superficial.

Material y método: Varón de 71 años con diagnóstico de claudicación intermitente se somete de manera reglada a una endarterectomía femoral derecha más injerto pericárdico. Tras mala evolución en el postoperatorio inmediato y tras comprobar ausencia de pulsos distales se practicó bypass femoropoplíteo urgente. A las 6 horas postoperatorias nos avisan para valorar cuadro de dolor intenso, parestesias a nivel plantar y tumefacción a nivel de compartimento posterior de

muslo derecho. A la exploración se evidenciaba compartimento posterior a tensión, con dolor al estiramiento pasivo, parestesias a nivel de la planta de pie y debilidad a la flexión plantar. Se practicó fasciotomía del compartimento posterior superficial.

Resultados: La evolución postoperatoria fue muy favorable, con disminución de la tumefacción, del dolor y del cuadro de parestesias. Se realizaron curas sucesivas con cierre diferido de la herida a los 10 días.

Comentarios y conclusiones: La isquemia de las extremidades inferiores secundaria a la canulación de los vasos femorales para la realización del bypass es poco frecuente. Existen pocos casos en la literatura publicados. El síndrome compartimental tras la canulación arterial es secundario al edema producido tras la isquemia sufrida, principalmente en bypass prolongados. Esta entidad debe ser sospechada y tratada de forma precoz, porque, de lo contrario puede provocar contractura isquémica de Volkmann en la extremidad afectada, con pérdida definitiva de la funcionalidad de esta, rabdomiolisis y daño renal secundario⁴. El diagnóstico precoz del síndrome compartimental es difícil. El primer síntoma es el dolor intenso de la extremidad, pero es difícil de valorar en pacientes sedados. La pérdida de pulsos palpables es un signo tardío y puede preceder a la pérdida irreversible de la extremidad. Los signos clínicos tienen poco valor diagnóstico en el síndrome compartimental, por ello ante la sospecha, se debe medir la presión tisular.

CC-668. SUSTITUTIVOS ÓSEOS EN FRACTURAS COMPLICADAS

M.D. García Mota, J.I. Varo Rodríguez, R. González Alconada, J.M. Reyes Cabrera, S. López Alonso, A.J. Prieto Vicente y J.A. Queiruga Dios

Hospital Virgen del Puerto. Cáceres.

Introducción y objetivos: El hueso es un tejido único por sus características: es un material rígido, tiene una mecánica compleja, tiene una remodelación que dura toda la vida, pero hay situaciones en las que se necesita la utilización de sustitutivos óseos para que una fractura pueda llegar a consolidarse. El sustitutivo óseo por excelencia es el hueso autólogo de cortical y esponjosa, pero existe también aloinjerto. A la hora de elegir un buen biomaterial hay que considerar que sea: osteoinductor, osteoconductor, osteogénico y osteopromotor, y sobre todo se tiene que tener en cuenta la estabilidad mecánica. La clasificación se puede establecer en: cerámicas y polímeros. Actualmente se utilizan los materiales biológicos o sintéticos que tienen la capacidad osteoconductora y osteoinductora. Destacamos sobre todo el DBX (matriz ósea desmineralizada) reabsorbible y de fácil sustitución con propiedades osteoconductoras y osteoinductoras, resistente al desplazamiento y no se modifica con la temperatura corporal.

Material y método: Presentamos cinco casos clínicos consistentes en: una fractura intertrocanterea multifragmentaria (31A2), una fractura de cuello quirúrgico y metáfisis humeral muy conminuta (11A3), una fractura subtrocanterea con un tercer fragmento medial (31 A3), una fractura de radio distal intraarticular multifragmentaria (23 C3) y una fractura periprotésica distal de fémur, en los cuales se necesito de aporte de aloinjerto para ayudar a su consolidación.

Resultados: Tras una media de de año y medio de evolución y con una síntesis correcta más aporte de aloinjerto y matriz ósea desmineralizada se consigue la consolidación final de las fracturas y la recuperación de la capacidad funcional.

Comentarios y conclusiones: Existen situaciones complejas que pueden superar la capacidad de regeneración del hueso como en los casos de grandes defectos óseos provocados por fracturas conminutas. El tratamiento de las fracturas tiene como objetivo la pronta y mejor recuperación de la función del miembro lesionado. El objetivo básico es proporcionar una fijación estable de las fracturas que permita una movilización precoz y sin dolor. Todos los métodos de síntesis quirúrgica

gica deben proporcionar una estabilidad mecánica suficiente para mejorar la regeneración ósea y la integración del injerto. La mezcla de matriz ósea desmineralizada con aloinjerto podría favorecer la formación de hueso nuevo y ser un seguro añadido en el tratamiento de las fracturas complejas y en hueso previamente dañado.

CC-669. INTERCONSULTAS DE GERIATRÍA, GÉNESIS DE LA ORTOGERIATRÍA

M.D. Sánchez Rodríguez, H. Alfaro Riveros, S. Gil González, A. López Alcover, A.P. Bozín y P.A. Hinarejos Gómez

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los pacientes ingresados en plantas de Traumatología presentan frecuentemente complicaciones médicas; generalmente son ancianos con comorbilidad tributarios de valoración geriátrica integral, control médico y tratamiento global. Nuestro servicio de Traumatología del Parc Salut Mar, consta de dos plantas de hospitalización sitas en dos hospitales: 1ª) extremidad superior, raquis, politraumáticos y especial complejidad; 2ª) extremidad inferior, donde iniciamos el proyecto de cooperación. Objetivo: describir la actividad asistencial de la intervención de Geriatria en una planta de Traumatología.

Material y método: Estudio prospectivo descriptivo de cohorte de pacientes valorados por Geriatria mediante interconsulta en planta de Traumatología (noviembre'11-mayo'12). Revisados procesos previos [demografía, comorbilidad (Charlson)], actuales (quirúrgicos y médicos), valoración geriátrica integral [situación funcional previa (Lawton, Barthel) y posquirúrgica, cognitiva (Pfeiffer), síndromes geriátricos] y destino.

Resultados: Resultados De 254 ingresados, Geriatria intervino en 151 (59,5%, 36,4% hombres, 73,3 ± 12 años). Procedían de domicilio (99,3%), con variable comorbilidad (Charlson 0 = 83%; 1 = 27,8%; 2 = 7,9%; ≥ 3 = 11,2%) y procesos médicos: hipertensión 47%, insomnio 25,2%, diabetes 17,9%, depresión 14,6%, demencias/confusional 13,3%, bronquitis 8,6%, arritmias 6%, diselectrolitemias 4,6%, endocrinopatías 4,6%...). Intervinidos por artroplastia de cadera 26,5%, rodilla 17,2%, fracturas femorales 17,9%, recambio de cadera 8,6% y rodilla 9,9%). Los motivos de interconsulta fueron valoración integral 58,9%, desorientación 15,9%, procesos respiratorios 11,3%, gastrointestinales 7,3%, urinarios 6%, control diabetológico 4% y tensional 10,6%. Respecto al nivel de independencia para actividades de la vida diaria, realizaban instrumentales (Lawton 5,6 ± 2,6) y básicas (Barthel previo 90,3 ± 14,2), con deterioro funcional postquirúrgico (Barthel 38,7 ± 20, Pfeiffer 0,9 ± 1,8 errores) y detección/aparición de síndromes geriátricos (trastorno de la marcha 63,6%, polifarmacia 46,4%, estreñimiento 45,7%, desnutrición 21,2%). El destino al alta fue domicilio (24,5%), Rehabilitación (43,7%), Convalecencia (24,5%), Subagudos (6%) o Agudos (1,3%) tras estancia de 6,2 ± 8,9 días; control post-alta por Geriatria en 21,9%.

Comentarios y conclusiones: A pesar de bajo riesgo quirúrgico inicial, presentaban elevada comorbilidad, complicaciones médicas, geriátricas y deterioro funcional; requerían derivación y seguimiento post-alta. En este contexto de pacientes, la intervención de Geriatria podría mejorar la calidad asistencial, respecto al control médico habitual en Traumatología.

CC-670. SÍNDROME COMPARTIMENTAL EN HEMOFILIA

N. Moreno Moreu, J. Mata Campos, J.M. Cañadillas Sabina, I. García García, M. de la Torre García y A. Arbelo Rodríguez

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: El síndrome compartimental es una emergencia quirúrgica de nuestra especialidad, aunque en ocasiones es difícil de diagnosticar. La hemofilia es una patología que complica cualquier cirugía programada, y más una cirugía urgente como es una

fasciotomía. Se presenta el caso clínico de una paciente tratada en nuestro centro afecta de un síndrome compartimental de antebrazo sobre una hemofilia adquirida.

Material y método: Paciente mujer de 59 años de edad diagnosticada de trombocitemia esencial hace años y esplenectomizada, presenta dolor agudo incoercible en cara volar del antebrazo sin trauma previo estando ingresada en Hematología. Clínicamente se diagnostica de síndrome compartimental del compartimento flexor como complicación de su patología de base. Por parte de Hematología se diagnostica de hemofilia adquirida. Se decide tratamiento quirúrgico y hematológico.

Resultados: Se administran plaquetas y factor VII activado y se realiza fasciotomía del compartimento flexor y apertura del canal carpiiano. Durante el siguiente mes es tratado por Hematología, precisando 30 concentrados de hematíes, 40 de plaquetas, 6 de plasma fresco y 51 dosis de factor VII activado. Además de tratamiento corticoideo durante los 40 días de ingreso. Como complicación presentó un TEP. Finalmente es alta a los 40 días con recuperación completa del síndrome compartimental y de la hemofilia adquirida.

Comentarios y conclusiones: La asociación de patologías graves precisa el tratamiento multidisciplinar para conseguir el éxito de los mismos, ya que de otra manera no sería posible. Es fundamental el alto índice de sospecha y la decisión para ejecutar los tratamientos.

CC-671. ABORDAJE DE LA PSEUDOARTROSIS INFECTADA DE TIBIA: PAPEL DE LA TERAPIA CON VACIO VAC

N. Martínez López, B. López Hernando, M. de Dios Pérez, J. Sanjurjo Portus, M. López Franco y J. Escalera Alonso

Hospital Infanta Sofía. Madrid.

Introducción y objetivos: La osteomielitis crónica y la pseudoartrosis de tibia distal son problemas complejos que generan morbilidad y pueden comprometer la viabilidad del miembro. Su tratamiento necesita desbridamientos radicales, estabilización ósea, empleo de antibioterapia y con frecuencia, colgajos locales o libres para la cobertura de defectos. La terapia con vacío es una técnica sencilla para conseguir cubrir defectos cutáneos, pudiéndose aplicar sobre injerto óseo.

Material y método: Se expone tratamiento realizado a un paciente de 46 años, cardiópata, con pseudoartrosis infectada de tibia distal tratada en otro centro mediante 7-8 cirugías. Primer tiempo: Desbridamiento tumoral de tejidos infectados, toma de muestras, cuentas de cemento con antibiótico en lecho óseo, fijación externa. Segundo tiempo (tras normalización de parámetros infección y muestras microbiológicas negativas): cruentación y palmerización, aporte injerto autólogo de cresta iliaca y OP-1, fijación externa y colocación de terapia de vacío sobre defecto tisular.

Resultados: Durante el evolutivo se evidencia crecimiento de tejido de granulación sobre el injerto óseo hasta cobertura del defecto, sin necesidad de emplear colgajos plásticos. Así mismo, mediante pruebas de imagen, se verifica consolidación ósea de la pseudoartrosis.

Comentarios y conclusiones: La terapia con presión negativa promueve la angiogénesis, la formación de tejido de granulación y reduce la necesidad de emplear colgajos, siendo muy útil en pseudoartrosis u osteomielitis con problemas de tejidos blandos.

CC-672. TRES CASOS DE RUPTURA DEL TENDÓN CUADRICIPITAL BILATERAL, SIMULTÁNEA Y ESPONTÁNEA

X. Plano Jerez, E. Palau Sanz, S. Barrera Ochoa, J. Selga Marsà, D.A. Muñetón Herrera, J. Minguell Monyart, E. Castellet Feliu y L. Carrera Calderer

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La ruptura del tendón cuadricipital espontánea es poco prevalente, con incidencia aún menor cuando es bila-

teral. Es una patología característica de pacientes mayores de 40 años, generalmente con comorbilidades asociadas; hiperparatiroidismo secundario, insuficiencia renal crónica, trasplante renal, o tratamiento corticoideo crónico entre otras.

Material y método: Exponemos tres casos de ruptura bilateral de tendón cuadricepsal simultánea y espontánea, varones comprendidos entre 67 y 75 años. Presentaban comorbilidades tales como trasplante renal y tratamiento corticoideo crónico por enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los pacientes presentaban impotencia funcional súbita de ambas extremidades inferiores y molestias a nivel suprapatelar. Se objetivaba déficit de extensión activa, y signo del hachazo bilateral. Radiológicamente descenso patelar con un índice Insall-Salvati inferior a 1. Diagnóstico de confirmación mediante ecografía o RNM. Se decidió tratamiento quirúrgico mediante reanclaje con suturas transóseas tipo Krackow.

Resultados: El balance articular intraoperatorio fue de 0/70°. Se inmovilizaron en el postoperatorio inmediato mediante una ortesis bloqueada en extensión. A las 3 semanas se inicia rehabilitación con flexión bloqueada a 30°. A las seis semanas inicio la flexión activa respetando la flexión contra resistencia. A los tres meses la deambulación era posible sin inestabilidades clínicas ni uso de ortesis.

Comentarios y conclusiones: El diagnóstico de la ruptura del tendón cuadricepsal es clínico. El tratamiento quirúrgico es de elección en las roturas completas. El tratamiento precoz es esencial para evitar resultados subóptimos.

CC-673. SELECCIÓN DE VASOS RECEPTORES (VR) DE COLGAJOS LIBRES EN LA RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES

D. Contreras Pedraza, A. Matarranz Faya, S. Carnero López, D. Camporro Fernández, D. Vidal Casses, J.F. Muñoz González y E. García del Pozo

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La reconstrucción microquirúrgica es hoy en día el gold estándar en la reconstrucción de defectos complejos de la extremidad inferior. En lesiones Gustilo III se han descrito hasta un 34% de daño del eje de la tibia anterior y hasta un 65% de la safena interna.

Material y método: Basándonos en una serie de casos de los últimos años tratados en nuestro servicio describimos los VR más utilizados según las características de cada traumatismo.

Resultados: Si bien hay descrito un sinnúmero de VR en la extremidad inferior, los VR más utilizados siguen siendo los tibiales anteriores por su fácil accesibilidad, posibilidad de uso a proximal o distal a la lesión y permite poder disecar colgajos del grupo anterior sin precisar cambios posturales en el paciente. Le siguen en frecuente el paquete tibial posterior, el peroneo el cual se usa de rescate en caso de encontrar los anteriores ejes hipoplásicos. Hay que tener en cuenta que para su abordaje exige una resección parcial del peroné. Cada vez más se utilizan los VR distales a zona traumatizada, ya que se encuentran en una posición más superficial, no precisa que crucen regiones articulares y por lo tanto se requieren pedículos más cortos. Actualmente la mayoría de los estudios se centran en encontrar la vena receptora ideal, ya que la principal causa de fallo de un colgajo libre es la trombosis venosa.

Comentarios y conclusiones: Durante la última década la reconstrucción microquirúrgica ha avanzado de forma importante, sin embargo las tasas más altas de fracaso siguen encontrándose en la reconstrucción del miembro inferior, por lo que es fundamental buscar y comprender las causas de este hecho, cada día cobran más importancia las venas receptoras ya que la insuficiencia venosa es la principal causa de revisión de un colgajo libre.

CC-674. URGENCIA HOSPITALARIA DE TRAUMATOLOGÍA. ¿CUÁNTA PRESIÓN ASISTENCIAL ES URGENCIA CLÍNICA?

E.R. Rodríguez Rey

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: El Servicio de Urgencias del Hosp. Univ. de Fuenlabrada (250.000 hab, Madrid) atiende circuito de Traumatología. Es útil cuantificar el volumen asistencial de nuestras guardias, el control de calidad del triaje de puerta mediante la Clasificación al Alta (nivel de Urgencia vs No Patología Urgente), así como conocer el perfil del paciente atendido: edad, género, diagnósticos más frecuentes, porcentaje de patología laboral, accidentes de tráfico, etc. Saber qué porcentaje resolutivo tiene la Unidad de Urgencias: en qué porcentaje de casos se requiere la IC C.O.T.

Material y método: Período de estudio 12 meses. Población estudiada: 929 pacientes. Método de recogida de datos: casos atendidos durante turnos en Urgencias de Box de Traumatología por Médico Adjunto. Parámetros recogidos: nº ordinal, sexo, edad, Diagnóstico al Alta, Urgencia vs No Patología Urgente (NPU). Si Consulta sucesiva, Laboral, Tráfico, Agresión. Criterios de Inclusión: pacientes atendidos en box de Traumatología, Patología traumatológica aguda de Ap. locomotor para cuyo diagnóstico se requieran pruebas complementarias (RX, ecografía de Ap. locomotor, TC) y no sólo EF. Menos de 48h tras lesión. Control de dolor incoercible con tto. habitual. Heridas complejas (que afecten varios planos, anfractuosas, extensas, con afectación articular). Criterios de exclusión: traumatismos menores y Patología de Ap. locomotor con diagnóstico clínico y tratamiento posible en A.P. Consultas sucesivas por misma patología. Revisiones de consultas de Traumatología. Patología crónica del Ap. locomotor. Patología degenerativa del Ap. locomotor. Patología reumatológica. Dolor crónico. Altas fuga.

Resultados: Se determina que 64,37% de las asistencias pueden clasificarse como Urgentes y 35,63% de las mismas, como No Patología Urgente. Dicho de otra manera, 1 de cada 3 consultas de las Urgencias Traumatológicas atendidas no cumplen criterio de "urgencia clínica". El paciente tipo atendido no evidencia un predominio de sexo, siendo su edad media de 39 años. De las consultas clasificadas como Urgentes, se objetiva un predominio masculino de 53%. De las consultas calificadas como No Patología Urgente existe un predominio femenino del 54,8%.

Comentarios y conclusiones: En nuestra Unidad de Urgencias HFLR, Box de Traumatología, hay un predominio de pacientes la 3ª década de la vida (19,7%), frente a una cifra similar en la 4ª década vital (19.1%), acorde con la población de Fuenlabrada. Esta franja de edad (3ª década) se confirma en el sexo femenino (18,15% de subtotal), siendo la 4ª década la predominante en el masculino (21,77% de su subtotal) como en la patología clasificada como Urgente en la Urgencia de Traumatología HFLR. En la clasificación de No Patología Urgente predomina la 4ª década de la vida tanto en varones (18,68% de su subtotal), como en hembras (15,93% de su subtotal). La lumbalgia/lumbociática es el cuadro clínico de mayor relevancia en nuestra Urgencia, con el 8,28% del total de consultas. Las cervicalgias y cervicoartrosis constituyen otro 7,63% del total de las consultas traumatológicas. Los TCE suponen un 5,27% de las consultas. Hasta un importante porcentaje de nuestra consulta en el box de Traumatología puede componerse de casos de patología articular degenerativa, con 5,4% de Consultas sucesivas por la misma patología. Los accidentes de tráfico ocupan un 6,57% de las consultas, siendo su mayoría clasificados como Urgente. Las agresiones significaron un 3,34% de la consulta; los accidentes laborales un 3,23% de la misma y las altas por fuga un 1,83%. Por regiones anatómicas, los MM.II. supusieron un 34,73% de las consultas. Por cuadro clínico individual, las lumbalgias/lumbociáticas suponen un 8,28% de las consultas.

CC-675. DOLOR CRÓNICO DE PACIENTES EN CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA. UN ESTUDIO DE AUTOVALORACIÓN EN 796 PACIENTES

M.A. Ruiz Ibán, J. Tornero Molina, C. Pérez Hernández, J. de Andrés Ibáñez, M. Lubián López, A. Tejedor Varillas, D. Ruiz Hidalgo y C. Margarit Ferri

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Analizar la perspectiva del paciente con dolor crónico osteoarticular en la consulta de traumatología en las vertientes de: percepción del dolor, actitudes, respuesta al tratamiento y áreas de mejora.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico, realizado en Europa durante el año 2011. Participaron 80 traumatólogos. Se ofreció un cuestionario de valoración de dolor crónico que incluía las escalas: valoración verbal del dolor; valoración numérica del dolor; escala de dolor -interferencia actividades de la vida diaria y encuesta complementaria de satisfacción y áreas de mejora. a pacientes vistos en consulta y que presentasen dolor crónico.

Resultados: Se incluyeron 796 pacientes (51% mujeres, 45% > 65 años de edad. Las causas principales: origen articular (44%), lumbalgia crónica (39%). La duración del dolor era superior a 3 años: en el 27% de los pacientes. En la semana previa a la encuesta el nivel medio de dolor era moderado en un 45% e intenso en un 37%. El 41% experimentaba un dolor más fuerte del que les parecería tolerable. Un 52% recibían tratamiento combinado, de ellos: 90% con AINEs/no opioides, 70% opioides débiles, 19% opioides potentes, 21% recibía antidepresivos y 12% anticonvulsivantes. Estaban insatisfechos con el tratamiento para el dolor un 60% siendo el motivo más frecuente el alivio insuficiente del dolor (72%). Se priorizó como más importante: que el tratamiento alivie el dolor, que no tenga efectos adversos y sea rápido, fácil administración y precio razonable.

Comentarios y conclusiones: Más de la mitad de los pacientes traumatológicos con dolor crónico está insatisfecha con su tratamiento. El dolor crónico interfiere su actividad funcional, siendo esta la principal expectativa de mejora de estos pacientes.

CC-676. LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO EN LAS CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA TIENEN UN PERFIL DISTINTO QUE AQUELLOS EN OTRAS CONSULTAS. UN ESTUDIO DE AUTOVALORACIÓN EN 3.341 PACIENTES

M.A. Ruiz Ibán, C. Pérez Hernández, C. Margarit Ferri, D. Ruiz Hidalgo, A. Tejedor Varillas, M. Lubián López, J. de Andrés Ibáñez y J. Tornero Molina

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Comparar la perspectiva del paciente con dolor crónico osteoarticular que acude a consultas de traumatología en sus vertientes de percepción del dolor, actitudes, respuesta al tratamiento y áreas de mejora frente a la perspectiva de los que acuden a consultas de otras especialidades.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico, realizado en Europa durante el año 2011. En España participaron 893 médicos (41% M. familia, 19% rehabilitación, 13% U dolor, 9% traumatología 8% geriatría, 4% reumatología, 6% otras). Se ofreció un cuestionario de valoración de dolor crónico que incluía las escalas: valoración verbal del dolor; valoración numérica del dolor; escala de dolor -interferencia actividades de la vida diaria y encuesta complementaria de satisfacción y áreas de mejora. a pacientes vistos en consulta y que presentasen dolor crónico.

Resultados: Se incluyeron 3.341 pacientes en todas las consultas, de ellos 796 pacientes en las consultas de traumatología. Los pacientes atendidos en traumatología eran menos del sexo femenino (51% vs 57%) y de menor edad (45% > 65 años de edad vs 53%). Las causas

principales de dolor eran similares: origen articular (44% vs 40%), lumbalgia crónica (39% vs 32%). La duración del dolor era menor en los pacientes de COT (superior a 3 años: en 27% vs 38%). En la semana previa a la encuesta los niveles medio de dolor eran similares (moderado en un 45% vs 47%, intenso en 37% vs 30%). Sin embargo los pacientes de COT experimentaba un dolor más fuerte del que les parecería tolerable con más frecuencia (41% vs 38%). Un porcentaje similar recibía tratamiento combinado, de ellos: pero en el grupo COT predominaba la asociación con AINEs/no opioides (90% vs 79%); asimismo los COT recibían menos opioides potentes (19% vs 28%). Los niveles de insatisfacción con el tratamiento para el dolor eran mayores en el grupo COT (60% vs 55%) siendo el motivo más frecuente el alivio insuficiente del dolor en ambas poblaciones. De forma similar en ambos grupos se priorizó como más importante: que el tratamiento alivie el dolor, que no tenga efectos adversos y sea rápido, fácil administración y precio razonable.

Comentarios y conclusiones: Los pacientes traumatológicos con dolor crónico son más jóvenes y tiene dolor de menos tiempo de evolución. Hay una mayor tasa de insatisfacción con su tratamiento que puede explicarse en parte por la falta de eficacia asociada a un uso excesivo de AINE y escaso de opioides mayores. El dolor crónico interfiere su actividad funcional, siendo esta la principal expectativa de mejora de estos pacientes.

CC-677. FIJACIÓN ESCAPULOTORÁCICA POR DISTROFIA FASCIO-ESCÁPULO-HUMERAL (FEH). DESCRIPCIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA UTILIZANDO CERCLAJES DE TITANIO E INJERTO ÓSEO CORTICOESPONJOSO

R. Ovidiu Moldovan, L. Soria Villegas, M. Almenara Fernández, A. Alejaldre Montforte y G. González Lucena

Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: El objetivo del estudio es presentar una nueva técnica quirúrgica de fijación escapulotorácica utilizando aloinjerto estructural corticoesponjoso de tibia y cerclajes de titanio.

Material y método: Una vez se obtiene una correcta posición de los hombros (espina escapular dirigida a la 4 vértebra dorsal y distancia entre el margen medial escapular y procesos espinosos de 5-8 cm), se interpone un fragmento óseo corticoesponjoso tibial de 0,5 x 4 x 10 cm entre escápula y caja torácica. Los cerclajes han de voltear la superficie ventral de las costillas y pasar a través de los agujeros brocados a la escápula y al aloinjerto. Esta intervención se utilizó en 5 pacientes (2 bilaterales), 3 mujeres y 2 varones. Edad media 27 años. El DASH se utilizó para valorar la función del hombro postoperatoriamente. Se midieron la VAS del dolor y la abducción pre y postquirúrgicas. En postoperatorio, se realizó inmovilización de la extremidad con una ortesis en abducción de 80° y rotación externa de 20° durante 6 semanas.

Resultados: Los pacientes refirieron una mayor mejoría en el área de la movilidad. La VAS mejoró desde 6/10 (0-9) hasta 1,7 (0-4). El DASH postoperatorio medio ha sido de 30,6 (9,1-41). La abducción del hombro aumentó de 76,6° (70-80) hasta 141,66° (120-170). No se encontró ningún fracaso de la fijación durante el seguimiento de 3,6 años (1-7). Las complicaciones de este procedimiento fueron 3 neumotórax (resolución espontánea) y una infección de la herida superficial.

Comentarios y conclusiones: Todos los pacientes recomendarían la cirugía y se reintervendrían. Los resultados funcionales son comparables o superiores a los descritos en literatura actual. La curva de aprendizaje se reflejó en las complicaciones asociadas en las primeras cirugías (neumotórax). Más casos son necesarios para establecer el potencial definitivo del procedimiento.

OSTEOPOROSIS (CC-678-CC-693)

CC-678. PSEUDOARTROSIS ASÉPTICA CON ROTURA DE MATERIAL TRAS FRACTURA ATÍPICA FEMORAL POR BIFOSFONATOS

E. Corella Abenia, L. Ezquerro Herrando, A. Castillo Palacios, N. Blanco Rubio, R. Estella Nonay, A. Torres Campos, E. Villalba Lombarte y J. Albareda Albareda

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Presentar un caso de fractura atípica femoral tras tratamiento prolongado por bifosfonatos y sus complicaciones evolutivas surgidas durante el seguimiento. Se trata de un tema de creciente interés e importancia en la literatura médica actual.

Material y método: Se trata de una paciente de 72 años de edad tratada durante 5 años con ácido alendronico. Presenta una historia de dolor prodrómico a nivel muslo izquierdo de meses de evolución con múltiples visitas a urgencias hasta que súbitamente sufre una fractura diafisaria transversa femoral sin antecedente traumático, cumpliendo los patrones radiológicos los criterios de fractura atípica por bifosfonatos. Es intervenida quirúrgicamente efectuándose un enclavado centromedular fresado de dicho fémur.

Resultados: Durante el seguimiento ambulatorio se constata posible retardo de consolidación que conlleva una rotura completa del clavo femoral previamente implantado. Con el diagnóstico de fatiga del material asociada a una pseudoartrosis aséptica se procede a retirar el clavo, decorticar el foco e implantar otro clavo de mayor diámetro, confirmando las muestras anatomopatológicas el diagnóstico.

Comentarios y conclusiones: En la literatura encontramos una tasa de curación tras fracturas atípicas de fémur de un 54%, sin embargo un dato a destacar es que un 46% de pacientes requieren gestos quirúrgicos adicionales durante el tratamiento. Existen dudas razonables acerca de la influencia de los bifosfonatos en la disminución de la calidad ósea y por tanto la producción de fracturas atípicas por fragilidad aunque no se ha demostrado de manera precisa dicha conexión. Por lo tanto son necesarios nuevos estudios más potentes acerca de los bifosfonatos, fármacos de importancia capital en el tratamiento de las osteoporosis.

CC-679. PSEUDOARTROSIS DE CUELLO QUIRÚRGICO EN HÚMERO OSTEOPORÓTICO

G. Arias Rodríguez, F. Rodríguez Vázquez, S. Álvarez Campos, C. Corchado Villalba, N. Méndez Sherg y M. Anaya Rojas

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las fracturas de húmero proximal constituyen el 10% del total de las fracturas, con una incidencia que continúa en aumento. La mayoría de las fracturas de húmero proximal se producen en el marco de un paciente anciano con osteoporosis.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 57 años como antecedentes de interés presentaba osteoporosis, obesidad mórbida y menopausia precoz. Sufría fractura cuello quirúrgico de húmero tras un traumatismo de baja energía. Se opta por tratamiento conservador cabestrillo y rehabilitación presentando a los 6 meses pseudoartrosis fractura cuello quirúrgico de húmero.

Resultados: Al ser una paciente joven y activa se decide tratamiento quirúrgico, realizándose cruentación del foco de pseudoartrosis, aporte de injerto heterólogo de peroné y PRP y osteosíntesis con placa LCP. A los 6 meses la paciente se encuentra clínicamente bien, buena movilidad y signos radiográficos de consolidación.

Comentarios y conclusiones: Las pseudoartrosis de las fracturas del húmero proximal son poco frecuentes y no existen muchas series

publicadas en la literatura. Se debe valorar tratamiento quirúrgico cuando son dolorosas e incapacitantes. Numerosos factores se han relacionado con la ausencia de consolidación en el húmero proximal. Se pueden utilizar varios métodos de tratamiento. Varios estudios describen que los mejores resultados se obtienen mediante reducción abierta y fijación con placa, añadiendo injerto óseo si es necesario.

CC-680. OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DE CADERA. DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN EN PACIENTE JOVEN CON COXALGIA

J. Bustillo Badajoz, R. Rodríguez Arozena, E. Valero Iglesias y R. Martín García

Hospital Torreldones. Madrid.

Introducción y objetivos: La osteoporosis transitoria de cadera es una entidad infrecuente que suele afectar mujeres en el último trimestre de gestación con un curso generalmente autolimitado y benigno. La etiopatogenia es desconocida y el diagnóstico de exclusión, siendo la RMN prueba fundamental. Varios tratamientos para la osteoporosis se han postulado para esta entidad.

Material y método: Presentamos una mujer de 33 años que acude a Urgencias por dolor brusco en región trocantérea izquierda que no cede con reposo. Se encuentra en tercer trimestre del embarazo por lo que no se realiza radiografía diagnosticándose de trocanteritis. A las 4 semanas persiste dolor inguinal irradiado a cintilla iliotal. Ha dado a luz. El cuadro despierta la sospecha de osteoporosis transitoria por lo que se solicita radiografía de cadera observándose pérdida de densidad difusa en región femoral proximal. La RMN confirma la sospecha sin poder descartar proceso infeccioso o necrosis avascular. La analítica muestra marcadores de infección normales y se instaura tratamiento preventivo con descarga del miembro afecto.

Resultados: Dos meses después del inicio la paciente refiere mejoría con ausencia de dolor e inicia carga parcial. En radiografías muestra progresiva recuperación de densidad. Se autoriza carga progresiva y rehabilitación desde el 3^{er} mes siendo la recuperación completa a los 4 meses. Los resultados de la RMN y DMO a los 3 meses indican recuperación significativa de la densidad ósea.

Comentarios y conclusiones: El cuadro típico de osteoporosis transitoria de cadera aparece en mujeres en tercer trimestre de embarazo, suele ser autolimitado con recuperación entre 6 y 24 meses. Se han utilizado en el tratamiento calcitonina, PTH, y bifosfonato buscando recuperación del cuadro inferior a 6 meses. Presentamos el caso de una paciente que inicia un cuadro de osteoporosis transitoria de cadera, consiguiendo recuperación completa en 4 meses sin tratamiento farmacológico. Consideramos la mejoría clínica del dolor como factor pronóstico para iniciar rehabilitación precoz.

CC-681. LA CORONA MORTIS, UN ENEMIGO SILENCIOSO A TENER EN CUENTA EN LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS DE PELVIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Palacio Barrabés, A. del Bosque Herrero, E. Corella Abenia, L. Ezquerro Herrando y J. Albareda Albareda

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La fractura osteoporótica de pelvis del anciano debido a un traumatismo de baja energía es una entidad muy frecuente en la Traumatología, siendo la fractura de la rama iliopúbica la más frecuente con diferencia. Normalmente este tipo de fracturas se consideran estables, no suelen suponer un riesgo vital y únicamente precisan de tratamiento conservador con analgesia, anti-trombóticos y movilización precoz. La corona mortis es una anastomo-

sis arteriovenosa entre la obturatriz y la iliaca externa o la epigástrica inferior, localizada en el retropubis. Su incidencia es de 30-40% de la población general.

Material y método: Presentamos a una mujer de 87 años, que tras una caída casual fue diagnosticada de fractura osteoporótica de las ramas ilio e isquiopúbicas izquierdas mediante radiología simple, e ingresada en nuestro servicio para control evolutivo. Dado su importante empeoramiento clínico se realizaron un TAC y una angiografía supra-selectiva que pusieron de relieve un sangrado de la corona mortis. Su tratamiento consistió en la embolización de una rama pública de la arteria epigástrica inferior.

Resultados: Tras la correcta estabilización de la paciente, ésta fue dada de alta sin mayores complicaciones.

Comentarios y conclusiones: La corona mortis posee un importante valor anastomótico ya que constituye una comunicación entre el sistema de los vasos ilíacos internos y externos. En el contexto de la fractura osteoporótica de pelvis, su lesión producirá la inestabilidad hemodinámica del paciente, y de no controlarse adecuadamente, incluso su muerte. Es por ello, que debemos tenerla en cuenta como un factor potencial de riesgo. La angiografía supraselectiva de la iliaca externa y/o interna seguida de una cateterización y embolización selectiva representa un método efectivo de control de la hemorragia asociada a la fractura de ramas.

CC-682. FRACTURAS DEL EXTREMO PROXIMAL DEL HÚMERO ASOCIADAS A FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS VERTEBRALES. NUESTRA EXPERIENCIA

J. Moreno Rivelles, M. López Vega, J. López Valenciano y M. Fuertes Lanzuela

Hospital Dr. Peset. Valencia.

Introducción y objetivos: Encuadrados los dos grupos de fracturas (extremidad proximal del húmero y vertebrales) dentro de las fracturas típicas de la osteoporosis, la asociación de ambas se aprecia en un alto porcentaje estudiados dentro de la osteoporosis. Debemos de tener presente que así como las fracturas de cadera y columna vertebral se asocian a una osteoporosis grave, las fracturas de la extremidad proximal del húmero (EPH) son catalogadas como menos frecuentes y sus consecuencias sobre la calidad de vida de los pacientes valoradas con menos importancia.

Material y método: Se estudiaron 30 pacientes mayores de 60 años que padecían fracturas de la EPH con tratamiento conservador tras sufrir traumatismo de baja energía y diagnosticadas en el servicio de urgencias del H. Dr. Peset. El porcentaje de 23 mujeres y 7 varones, con una edad media de 70 años (60-85), valorando una asociación de estudio radiológico de columna dorsolumbar (T7-L4). Radiológicamente valoramos las lesiones compatibles con afectación vertebral: acúñamiento, aplastamiento vertebral, biconcavidad, típicas de la osteoporosis.

Resultados: Observamos que en un 52% (16 casos) se detectaron alteraciones estructurales de las vértebras evidenciando una osteoporosis manifiesta. De los casos estudiados (16), solo 4 recibían tratamiento para la osteoporosis. 20 pacientes (66%) referían antecedentes de dolor dorsolumbar crónico, y en 15 casos (75%), se observaron lesiones vertebrales.

Comentarios y conclusiones: El hecho de que la mayoría de las lesiones vertebrales no estaban diagnosticadas previamente, nos hace pensar que las fracturas de la EPH podrían ser valoradas como un indicador de osteoporosis grave, y estos pacientes podrían beneficiarse del tratamiento de la osteoporosis. De ello se puede objetivar la estrecha relación entre la osteoporosis y las fracturas de la EPH, dando estas un valor importante como predictoras de las fracturas de cadera.

CC-683. FRACTURA OSTEOPORÓTICA ATÍPICA CON FUNCIÓN DE OSTEOTOMÍA DE RODILLA

P.J. Sierra Madrid, B.A. Batres Cid, E. Benito Martín y J.A. Pareja Esteban

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una mujer de 76 años que sufre una fractura en tibia proximal del miembro inferior derecho cuando deambulaba, sin caída o antecedente traumático aparente. La peculiaridad de los antecedentes médicos y de deformidad del eje previo a la fractura suponen un caso especial dentro de las fracturas osteoporóticas.

Material y método: Acude al servicio de Urgencias de nuestro centro una mujer de 76 años por dolor súbito e intenso de rodilla derecha. Presenta antecedentes médicos de HTA, síndrome depresivo, IRC y osteoporosis. Es una paciente en seguimiento previo por el servicio de traumatología por dolor y deformidad de rodilla derecha de 10 años de evolución. Su diagnóstico de gonartrosis derecha con deformidad en varo de 14° le mantienen en seguimiento anual en la consulta. A su llegada se aprecia tumefacción e impotencia funcional de rodilla derecha, presentando mayor intensidad del dolor al palpar tibia proximal. La paciente no refiere antecedente de caída o traumatismo, notando dolor súbito en esa rodilla al terminar de dar un paso mientras deambulaba. Las pruebas de imagen revelan una fractura metafisaria extraarticular en tibia proximal. Desde el primer momento comprobamos que el eje en varo que tenía el miembro no parece haber empeorado e incluso da la impresión de haber mejorado. A la hora de tomar la decisión sobre el tipo de tratamiento de esta paciente tuvimos el mal estado articular previo, habiendo degeneración articular en el lado medial (grado V de Ahlbäck), lateral (grado 3) y en articulación femoropatelar (grado 4). Debido al carácter extraarticular y para no condicionar la segura artroplastía que necesitará la paciente se decide tratamiento conservador con inmovilizador tipo ortesis articulada de rodilla.

Resultados: A las 6 semanas se permite que comience a movilizar activamente la articulación y a los 3 meses se permite la carga coincidiendo con signos radiológicos de consolidación. A los 6 meses se realiza la primera Rx en carga de la paciente que sirve para confirmar lo que sospechábamos. El eje de la articulación había pasado de 14° de varo a 7°, facilitando los planes quirúrgicos de la posterior artroplastía. Al año de la fractura se decide programar la intervención. La paciente tiene dolor tricompartmental con un balance articular de -5° extensión y 110° flexión. No presenta dolor ni movilización pasiva del foco de fractura. Se decide poner finalmente una prótesis de rodilla constreñida para compensar el mal balance ligamentoso y la rigidez articular. En la tibia se implanta un componente cementado con vástago para asegurar la estabilidad del implante en un hueso osteoporótico que ha sufrido una fractura. Tras 14 meses de evolución la paciente se encuentra satisfecha, asintomática con un balance ligamentoso de -5° a 100° flexión y no hay signos actuales de aflojamiento.

Comentarios y conclusiones: Este es un caso que reúne una serie de peculiaridades. En primer lugar no es frecuente esa localización como una fractura osteoporótica de estrés, distando de las localizaciones más frecuentes como hombro, cadera, muñeca o columna. Sin duda alguna la alineación en varo ha favorecido que se produzca el estrés suficiente en una articulación deformada con soporte metafisario de hueso osteoporótico. En segundo lugar, la mejora en la alineación que se ha producido tras la fractura es una manifestación de la necesidad del miembro en la mejora de la alineación, imitando el trazo de fractura una osteotomía de tibia proximal. Quizás la necesidad de osteotomía debería haberse propuesto muchos años atrás antes de que comenzase la degeneración condral. La decisión de tratamiento conservador se basa en el tipo de fractura. Trazo articular, metafisario, no desplazado y con mejora de la alineación de la rodilla son las características que nos inclinaron por el tratamiento no quirúrgico,

siempre con vistas a una próxima artroplastia cuando se estableciera la consolidación. La decisión del tipo de implante también merece comentario. Un mal balance ligamentoso, como ocurre en un varo de larga evolución, con hueso osteopénico y pobre balance articular nos inclina a decidirnos por un tipo de prótesis constreñido. La utilización de implantes cementados lo justifica la mala calidad ósea y la edad de la paciente. Por último, la utilización de vástago en la tibia se justifica para asegurar la estabilidad y un buen transporte de carga a través de un hueso osteoporótico y fracturado.

CC-684. FRACTURA ATÍPICA DE FÉMUR BILATERAL

X. Foruria Zarandona, I. Calvo Lorenzo, D. Arana Narbarte, L. Gorostiola Vidaurrezaga, J.M. Moreta Suárez, A. Ernest, O. Sáez de Ugarte Sobrón y J.L. Martínez de los Mozos

Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La incidencia de fractura atípica en pacientes con Osteoporosis y en tratamiento con BF (bifosfonatos) es muy baja, aunque, debido a diferentes problemas metodológicos (estudios de baja calidad, falta de criterios precisos para su diagnóstico, etc.) es posible que esta cifra esté subestimada. En general se entiende por fractura atípica aquella que se produce con traumatismos mínimos, en la región subtrocantérea o a lo largo de la diáfisis femoral. Las asociadas a BF suelen tener un patrón radiológico característico: Trazo oblicuo corto ($< 30^\circ$) con pico óseo medial, engrosamiento de la cortical lateral, o en algunas ocasiones de ambas corticales. Para su diagnóstico es muy importante la sospecha clínica, siendo recomendable la realización de pruebas de imagen en pacientes que están en tratamiento con BF y refieren dolor en muslo. Parecen asociarse a tratamientos prolongados con BF, pero todavía no se ha establecido una relación causal. Pueden ser bilaterales y algunos pacientes refieren pródromos de dolor a nivel de ingle y/o muslo.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 78 años, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital, refiriendo dolor a nivel de ambos fémures. Como antecedentes personales, destacar que se encuentra intervenida de prótesis de rodilla bilateral y que estaba siendo tratada hasta varios meses antes y durante un periodo de 6 años consecutivos, con Bonviva (ácido ibandronico) y mastic D para su osteoporosis, en la actualidad únicamente continúa con Mastic D. Se trata de un dolor que está siendo estudiado a nivel ambulatorio, de meses de evolución, sin antecedente traumático, que aumenta progresivamente de intensidad y que actualmente le impide incluso la bipedestación. A la exploración, destaca el dolor intenso con el apoyo de ambas extremidades inferiores. Realizamos exploración rutinaria de la columna lumbar y de ambas caderas, descartándose el origen del dolor a estos niveles. Solicitamos radiografías de ambos fémures. En las radiografías de ambos fémures evidenciándose una hipertrofia de la cortical lateral a nivel de tercio medio-distal de ambos fémures. Se decide ingresar a la paciente y se solicita una RMN, que informa de fractura de fémur bilateral. Ante la clínica de dolor incapacitante que presenta la paciente y con el diagnóstico de fractura atípica bilateral de fémur, se decide tratar mediante enclavado intramedular ambos fémures.

Resultados: Desde el periodo postoperatorio inicial, la paciente comienza a caminar con ayuda de un andador. Refiere mejoría significativa del dolor.

Comentarios y conclusiones: Se ha generado un gran debate estos últimos años en torno a las fracturas atípicas de fémur y su relación con el tratamiento prolongado y mantenido de bifosfonatos. Si realizamos una revisión en la literatura, parecen asociarse a tratamientos prolongados con BF, pero todavía no se ha establecido una relación causal. En nuestro caso, a la paciente se le habían retirado los bifosfonatos varios meses antes, sin embargo el tratamiento en su caso había sido mantenido y prolongado en el tiempo. En cuanto al diagnóstico, nos encontramos ante una clínica alarmante y una radiografía convencional en

donde únicamente se evidencia una marcada hipertrofia de la cortical lateral en ambos fémures. Es por esto, que se decide, solicitar una RMN para completar el estudio. Centrándonos en el tratamiento, se decidió un enclavado bilateral en un mismo tiempo. El enclavado se llevó a cabo utilizándose clavos no fresados, pensamos que al presentar ambos fémures un eje varo, podríamos encontrar dificultades a la hora del fresado femoral. En nuestro caso no hubo necesidad de suspender los bifosfonatos, puesto que habían sido retirados, meses antes.

CC-685. A PROPÓSITO DE UN CASO: TRATAMIENTO CON TERIPARATIDA EN UN CASO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN UN PACIENTE CON OSTEOPOROSIS SEVERA

A.M. Comasòlives Arumí, A. Núñez Muñoz, J. Saus Sarrias y L. Yun Duran

Althaia Xarxa Assistencial. Barcelona.

Introducción y objetivos: Demostrar que el tratamiento con teriparatida puede ser un buen tratamiento a fin de evitar aflojamientos mecánicos del material protésico en casos de osteoporosis severa que tienen un alto coste económico y social en nuestros pacientes.

Material y método: Paciente con osteoporosis severa intervenida de artroplastia total de rodilla. En el acto quirúrgico se objetiva hueso seriamente osteoporótico con alto riesgo de movilización del material protésico y sufriendo un hundimiento de la parte más posterior del platillo tibial que obliga a fabricar un cajetín de cemento durante el mismo acto quirúrgico. En el postoperatorio se realiza descarga y se inicia tratamiento con teriparatida y CA D. Inicia carga progresiva a partir de la 5ª semana.

Resultados: Paciente asintomática con mejora importante de la masa ósea objetivada por Rx y constatada por DMO. Presenta un BA 0/100 y sin dolor.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento con teriparatida se convierte en una buena opción terapéutica para evitar complicaciones tan importantes como aflojamientos mecánicos del material por osteoporosis. Dicho tratamiento consigue evitarlos aumentando significativamente la masa ósea. A pesar de su coste económico elevado tiene la capacidad de evitar complicaciones primarias y secundarias de la osteoporosis que tienen una elevada morbi-mortalidad y un coste muchas veces superior al del tratamiento.

CC-686. FRACTURA BILATERAL SINCRÓNICA DE FÉMURES EN PACIENTE CON TRATAMIENTO PROLONGADO CON BIFOSFONATOS

D. Reategui Villegas, J.M. Rodríguez Roiz, J. Morales Dávila, A. Méndez Gil, A. Carreño Delgado, R. García Tarriño, G. Sotorres Gonzales y P. Camacho Carrasco

Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los bifosfonatos se han utilizado durante más de dos décadas como tratamiento de primera línea para la prevención de fracturas en pacientes con osteoporosis. Existen ensayos clínicos con alto grado de evidencia que demuestran que aumentan la densidad mineral ósea (DMO) y reducen el riesgo de fracturas vertebrales, de cadera y huesos largos en un 30-50%. Aunque su eficacia a corto plazo ha sido demostrada, existe cierto grado de preocupación sobre la seguridad de los bifosfonatos a largo plazo por su efecto sobre la fisiología ósea. Los bifosfonatos actúan sobre los osteoclastos induciendo su apoptosis, por lo que se inhibe la reabsorción ósea y el recambio mineral óseo. Se necesita una acción combinada entre osteoclastos y osteoblastos para mantener una homeostasis y reparación mineral ósea adecuada. Si esta homeostasis no se mantiene, las microfracturas que se producen en la fisiología normal del hueso no se reparan y se acumulan, resultando en una reducción de la energía necesaria para causar una fractura. La supresión crónica de los

osteoclastos puede causar una hipermineralización ósea produciendo un hueso más frágil. Estos efectos pueden actuar hasta mucho tiempo después de haber retirado el tratamiento debido a la pobre degradación del fármaco o a su acúmulo en hueso. Últimamente muchos publicaciones de casos y estudios retrospectivos han relacionado el efecto fisiológico de los bifosfonatos con fracturas por insuficiencia a nivel femoral. La presentación clínica es similar en muchos pacientes. Generalmente se trata de mujeres posmenopáusicas que, tras un traumatismo de baja energía o un gesto de rotación de cadera sutil, presentan una fractura subtrocantérea o diafisaria de fémur. A veces existen antecedentes de dolor previo en cadera durante los meses previos. Las imágenes radiográficas son características. El retardo de consolidación o pseudoartrosis también es común en estas fracturas. A continuación presentamos el caso de una mujer posmenopáusica en tratamiento prolongado con bifosfonatos con fracturas diafisarias de fémur simultáneas en ausencia de antecedente traumático.

Material y método: Paciente mujer de 70 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, fibromialgia y osteoporosis en tratamiento con alendronato sódico durante los últimos 8 años. Acudió a urgencias de nuestro hospital por dolor en ambas extremidades inferiores y deformidad en muslos tras movimiento de rotación al acceder a un edificio a través de una puerta rotatoria. A la exploración presentaba aumento de volumen de ambos muslos y dolor a la movilización. A nivel distal las extremidades presentaban buena perfusión y la sensibilidad y fuerza muscular estaban conservadas. La radiología convencional de extremidades inferiores mostró fractura diafisaria bilateral de fémures. Se decidió la estabilización de ambas fracturas mediante enclavado endomedular bilateral anterógrado con clavo gamma3 largo (Stryker) en un mismo tiempo quirúrgico. Durante la intervención se obtuvieron fragmentos óseos de ambos focos de fractura, que se remitieron a estudio anatomopatológico, objetivándose la existencia de tejido óseo laminar compacto con focos necrobióticos en área cortical.

Resultados: Durante el postoperatorio no surgieron incidencias a destacar y la paciente inició la deambulación con carga asistida con muletas.

Comentarios y conclusiones: Existe un caso publicado de fractura diafisaria bilateral sincrónica por insuficiencia en una paciente en tratamiento prolongado con bifosfonatos, pero el caso aquí descrito es el primero sin antecedente traumático previo. Son necesarios estudios prospectivos, aleatorizados que permitan establecer si este tipo de fracturas por insuficiencia son causadas por los bifosfonatos. Sin embargo, la evidencia científica disponible nos obliga a vigilar de manera estrecha a los pacientes que siguen tratamiento prolongado con estos fármacos.

CC-687. FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL EN PACIENTE CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

E.M. López Pliego, J.M. Muñoz Ortus, S. Álvarez Campos, G. Arias Rodríguez, E. Borrego Paredes y M.A. Giraldez Sánchez

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La osteogénesis imperfecta es una enfermedad genética caracterizada por fragilidad ósea y deformidades progresivas. En la actualidad existen grandes controversias en cuanto al tratamiento médico y quirúrgico de este tipo de pacientes.

Material y método: Presentamos el caso de un varón con osteogénesis imperfecta, que sufre fractura en cuatro fragmentos de extremidad proximal de húmero. Al ser imposible la reconstrucción quirúrgica, optamos por la artroplastia parcial de hombro. Se inició tratamiento rehabilitador y médico con bifosfonatos.

Resultados: Tras cuatro meses de evolución, el paciente presenta una movilidad aceptable y la prótesis no muestra signos de movilización en las radiografías.

Comentarios y conclusiones: No existen series en la literatura de pacientes con dicha patología tratados con artroplastia de hombro, no

encontrándose más que un solo caso publicado. Los únicos estudios en la actualidad son de artroplastia de rodilla y cadera. Sin embargo, y al contrario de lo que pudiera esperarse, a pesar de ser más complejas desde el punto de vista técnico, las artroplastias en este tipo de enfermos presentan las mismas ventajas que en pacientes no afectados de dicha patología de base. Además, el empleo de bifosfonatos en este tipo de pacientes, no solo contribuye a aumentar el stock óseo, sino que disminuye el dolor osteoarticular característicos de esta patología.

CC-688. FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS Y FACTORES FAVORECEDORES DE ÉSTAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

J.C. Montalva Barra, C.J. Téllez Castillo, J. Millán Soria, A. Torregrosa Sanchis, N. Atienzar Herráez, J. Llarío Moscardo, O. Masia Perpiñán y M. Valiente Bayarri

Hospital Lluís Alcanyis. Valencia.

Introducción y objetivos: La relación edad con la osteoporosis y los factores desencadenantes de fractura osteoporótica esta cada vez más relacionado con el cumplimiento y los efectos colaterales de algunos fármacos que actúan como coadyuvantes. Objetivo: demostrar la relación existente entre la edad, el sexo, la poli-medicación y algunos factores añadidos que condicionan el tipo de fractura y el tratamiento posterior del paciente tras intervención quirúrgica por parte del Servicio de Traumatología de un Hospital comarcal.

Material y método: Se realizó un estudio de tipo retrospectivo descriptivo de todos aquellos pacientes que consultaron por fractura en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) entre el periodo enero a agosto del año 2011. Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes de mayores de 50 años, de ambos sexos, diagnosticados de fractura y osteoporosis como factor secundario. Se analizó el tipo de fractura osteoporótica, como el tipo de tratamiento seguido por traumatología, tiempo de estancia hospitalaria y el tratamiento tanto a la entrada como al alta de dicho paciente. Se evaluaron las patologías crónicas y los tratamientos previos de los pacientes para poder relacionar los datos posteriormente. Para ello se utilizó el sistema GAYA del Servicio de salud de la comunidad Valenciana de prescripción electrónica de medicación generalizado a través de ABUCASIS. El análisis estadístico han sido analizados mediante el programa SPSS para Windows versión 15.0 como medida de asociación se utiliza el valor de las odds ratio, con intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Del % de fracturas atendidas en el SUH, se obtuvo una muestra de 25 pacientes de los cuales habían presentado fracturas relacionados con diagnóstico previo de osteoporosis. De estos, 23 (92%) eran mujeres y 2 (8%) hombres con una edad media de 85,64 años. El 100% de los pacientes fue diagnosticado previo a la fractura de osteoporosis con densitometría y FRAX positivo. El tipo de fractura producido: el 100% (25 pacientes) fue a nivel de cadera donde 52% fueron del lado izquierdo (13 fx cadera) y el resto derechas. El número de pacientes ingresados e intervenidos quirúrgicamente fue del 84% (21 pacientes) donde se realizó cirugía en un 9,5% masculino y 90,5% femenino. De estas intervenciones el 100% se de las patologías crónicas analizadas relacionadas con el diagnóstico principal fueron: 76% HTA (19 pacientes utilizó una técnica de anclaje clavo-placa semejante La estancia hospitalaria fue entre 3 y 15 días con media de estancia de 7,3 días. Alta se produjo en el 92% de los casos con 2 defunciones postoperatorias), 12% diabéticas (3 pacientes) y un 12% de ambas patologías asociadas (3 mujeres, ningún hombre).

Comentarios y conclusiones: Se puede demostrar una relación directa entre la osteoporosis, la edad, el sexo y las fracturas estudiadas. Se observó un bajo seguimiento del tratamiento osteoporosis. La fractura más frecuente en nuestro medio es la fractura subcapital de cadera y el tratamiento quirúrgico se hace efectivo en la mayor parte de los pacientes independiente de la edad. Además la edad media de intervención es alta y los resultados en la evolución del paciente favo-

recen la rehabilitación y mejoría de vida del paciente. La polimedización fue un factor presente en la mayoría de los pacientes estudiados y más concretamente con glucocorticoides orales, inhibidores de bomba de protones, anticoagulantes orales y estatinas. Es interesante además señalar el uso de bifosfonatos y calcio previo solo estaba indicada en el 44% de los pacientes y que posterior a su salida del hospital solo se mantuviese en el 36%, situación contraria con el calcio (oral) siendo mayor su indicación tras el alta médica. Así mismo, se observa una baja indicación tras el alta de los pacientes posterior a intervención quirúrgica de la vitamina D.

CC-689. FRACTURAS DE EXTREMIDAD DISTAL DE RADIO EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Anaya Rojas, M. Lisbona Muñoz, C. Aguilera Cros, A. García López y M. Muñoz Sánchez

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La fractura de extremidad distal de radio, fundamentalmente la fractura de Colles, se considera la primera fractura por fragilidad ósea. Se observa un aumento lineal en las mujeres por encima de los 65 años. Objetivo: Estudio de una cohorte de pacientes mayores de 55 años con diagnóstico de fractura de extremidad distal de radio que precisaron ingreso hospitalario durante el año 2009 en el Hospital de Traumatología y Rehabilitación de H. Virgen del Rocío de Sevilla y su seguimiento posterior.

Material y método: Estudio observacional prospectivo de seguimiento de una cohorte de pacientes mayores de 55 años con diagnóstico de fractura de extremidad distal de radio, por caída casual tras traumatismo banal (se excluyeron las fracturas por precipitaciones y los accidentes de tráfico) que precisaron intervención quirúrgica y si se evaluó el riesgo de OP durante su seguimiento posterior a lo largo de los dos años posteriores.

Resultados: Se estudiaron a 56 pacientes, de ellos 47 fueron mujeres y 8 hombres con edades comprendidas entre los 55 años y 88 años con edad media 68,6 años (55-88). En su seguimiento posterior a dos años tan sólo fueron derivados desde su Médico de Atención primaria para estudio de osteoporosis y riesgo de fractura por fragilidad el 14,3% (8 pacientes), de ellos 10,7% (6 pacientes) fueron estudiados desde Reumatología y el 3,5% (2 pacientes) desde Traumatología y Cirugía Ortopédica. A todos ellos se realizó estudio mediante densitometría ósea en c. vertebral y en cuello de fémur. Durante el seguimiento posterior se recogieron 3 (5,35%) fracturas nuevas por fragilidad, 2 (3,5%) de cadera y 1 (1,78) de cabeza humeral. Ninguna de ellas realiza tratamiento.

Comentarios y conclusiones: La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más frecuente. La fractura de extremidad distal de radio se considera la primera fractura ósea por fragilidad. Sin embargo continúa existiendo una falta de concienciación general del riesgo osteoporosis y de fractura ósea por fragilidad de este tipo de pacientes.

CC-690. FRACTURAS ITERATIVAS BILATERALES DE FÉMUR: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Sánchez de las Matas Pena, J. García Donaire, C.L. Mengis Palleck, J.J. Domínguez Amador, J.A. Andrés García y J.M. Vilches Fernández

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: Caso clínico de paciente de 76 años que presenta fracturas iterativas bilaterales de fémur tras traumatismos de baja energía.

Material y método: Paciente de 75 años cuyo único antecedente de interés es menopausia precoz a raíz de histerectomía con doble anexectomía cuando tenía 39 años. 10 años después sufre caída casual con traumatismo directo sobre fémur derecho presentando fractura

diafisaria que fue tratada con enclavado intramedular tipo Kuntscher. Ese mismo año sufre nueva caída con traumatismo directo sobre fémur izquierdo sufriendo fractura diafisaria también tratada con enclavado intramedular tipo Kuntscher. A los 54 años, tras nuevo traumatismo directo sobre miembro inferior izquierdo, presenta rotura de material de osteosíntesis que requirió extracción de material de osteosíntesis (EMO). Tres años después, fractura subtrocantérea fémur izquierdo, realizándose enclavado con clavo de Grosse-Kempf. A los 65 años presenta fractura transcervical de fémur derecho tipo III de Powler que requirió EMO seguido de artroplastia parcial con prótesis tipo Furlong. Tres años después, fractura peritrocantérea de fémur izquierdo que se trató mediante EMO y nueva osteosíntesis con clavo Gamma3. Con 69 años sufre "cut out" tratado mediante artroplastia total tipo Exeter. **Resultados:** Posteriormente la paciente sufrió fractura periprotésica tipo C de Vancouver en fémur derecho y tipo B1 de Vancouver en fémur izquierdo tratadas ambas con reducción abierta y fijación con placa tipo Dall Miles. Sobre fémur izquierdo sufrió nueva fractura, en este caso no desplazada que se trató de manera conservadora. Actualmente la paciente realiza vida cama-sillón con buen control analgésico y calidad de vida aceptable.

Comentarios y conclusiones: Siempre que nos encontremos ante un paciente con fracturas iterativas de fémur, debemos filiar la etiología subyacente. En nuestro caso, tras toma de muestras y estudio anatómopatológico, se llegó al diagnóstico de osteoporosis secundaria a menopausia precoz como primera posibilidad diagnóstica.

CC-691. OSTEOPOROSIS TRANSITORIA

D. Olivera García, C. Wilches Restrepo, S. Fernández Muñoz, L. Cañamares Sió, F. Gimeno Blasco y J. Cornet Susana

Hospital de Igualada. Barcelona.

Introducción y objetivos: La osteoporosis transitoria se presenta como edema transitorio de médula ósea, de inicio agudo, de causa desconocida, que cursa con dolor y cojera, y que con tratamiento conservador evoluciona en unos meses hacia la curación.

Material y método: Hemos tratado 12 casos, entre los 30 y 50 años de edad y predominio en mujeres. Sin relación con traumatismos, frecuentemente en la fase final del embarazo. De inicio agudo. Localizaciones uniloculares (escafoides carpiano, cuña tarsiana, tobillo, columna, rodilla y cadera); multiloculares (cadera y rodilla, cadera y columna, cadera y tobillo); y recidivas (cadera y rodilla). La localización en tercera cuña tarsiana, con una fractura espontánea. Cursan con dolor y cojera (en localizaciones de carga). El diagnóstico es clínico, por imagen (Rx, RNM) gammagrafía ósea y densitometría ósea. Analítica normal. El diagnóstico diferencial debe realizarse con la distrofia simpaticorefleja, el edema óseo postraumático y la osteonecrosis. El tratamiento es sintomático: analgesia y descarga según dolor. **Resultados:** Evolución hacia la curación sin complicaciones, incluido el caso recidivado.

Comentarios y conclusiones: Se trata de una patología cada vez más diagnosticada, sobre todo en embarazadas. De etiología desconocida, con previsible buen curso evolutivo (salvo fracturas en cuello femoral) y con buena respuesta al tratamiento sintomático.

CC-692. FRACTURAS ATÍPICAS DE FÉMUR. CASUÍSTICA DEL HOSPITAL POVISA

D.M. Martínez Capoccioni, C. Pernal Durán, B. Fernández Bran, R. Castro Salvador y P.M. Larrauri Puebla

Hospital POVISA. Vigo.

Introducción y objetivos: La osteoporosis posmenopáusica y sus consecuencias representan una de las epidemias del siglo XXI. Se han descrito la presencia de fracturas de fémur atípicas en relación al

tratamiento con alendronato y risedronato tras usos prolongados. Teniendo en cuenta la mínima incidencia de esta patología, presentamos una serie de 12 casos en 10 pacientes.

Material y método: Estudio de serie de casos retrospectivo atendidos en nuestro servicio desde el año 2004. Se trata de 10 pacientes (todos del sexo femenino). Un paciente presentaba afectación bilateral en el momento del diagnóstico y otro caso también fue bilateral pero con fractura en diferentes momentos. En todos los casos los pacientes recibían tratamiento previo prolongado con alendronato o risedronato. En cuanto al tratamiento la mayoría fueron resueltos con enclavado endomedular. En 2 casos hubo que realizar la osteosíntesis mediante procedimiento abierto.

Resultados: En el seguimiento, el caso conservador fue perdido por consultar en otro centro. Dos casos han presentado pseudoartrosis teniendo que ser reintervenidos con buena evolución final, y en 3 casos se ha observado la presencia de dolor en fascia lata.

Comentarios y conclusiones: El uso prolongado de bifosfonatos es un tema de discusión en la actualidad. A pesar de la presencia de este tipo de fracturas atípicas, está más que contrastado el efecto beneficioso de los bifosfonatos en el tratamiento de la osteoporosis. Las últimas recomendaciones abogan por establecer en 5 años el tiempo recomendado de tratamiento. Este tipo de fracturas, nos han abierto los ojos al manejo de la osteoporosis y nos obliga a los cirujanos traumatólogos a tomar medidas diagnósticas y de control del metabolismo óseo más estrictas.

CC-693. OSTEOPOROSIS TRANSITORIA ASOCIADA AL EMBARAZO

J. Suárez Fernández, E.J. Salvador González, A.M. de Paz Nieves, L.F. Robledo Riaño, M. Torres Coscoyuela, L. Rodríguez Martí, E. de Torres de Torres y E. de Dios Montoto

Hospital General Universitario de Móstoles. Madrid.

Introducción y objetivos: Descripción de una patología poco conocida, infradiagnosticada y de sus complicaciones, las cuales tienen gran comorbilidad para las pacientes que la sufren. Analizar los diferentes estudios acerca del tratamiento y de la prevención de las complicaciones.

Material y método: Diferente casos clínicos diagnosticados en nuestro centro y revisión de la literatura al respecto.

Resultados: Patología infradiagnosticada y con numerosas complicaciones, las cuales provocan graves consecuencias en las pacientes que las sufren.

Comentarios y conclusiones: La osteoporosis transitoria del embarazo es una patología infradiagnosticada, de graves consecuencias para las pacientes que la sufren, en la que lo más importante es el diagnóstico precoz y la prevención y tratamiento de las complicaciones asociadas.

PIE-TOBILLO (CC-694-CC-807)

CC-694. RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR CON COLGAJO DE PERFORANTES PEDICULADO DE TIBIAL POSTERIOR TIPO PROPELLER. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Mataranz Faya, D. Contreras Pedraza, A. Pérez Arias, J.F. Muñoz Fernández, A. Ontaneda, P. Alegre Fernández y D. Camporro Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso, fotografías intraoperatorias y resultado del empleo de un colgajo pediculado de perforan-

tes de tibial posterior tipo propeller para la cobertura de una exposición de placa de osteosíntesis a nivel de la cara interna del tercio inferior de la pierna.

Material y método: Mujer de 45 años que ocho meses atrás sufrió accidente de tráfico con fractura de tibia derecha en la que se realizó osteosíntesis con placa y tornillos. Desde hace cuatro semanas presenta exposición de la placa de osteosíntesis rodeada de zona de necrosis de tejidos blandos. La fractura está consolidada desde criterios clínicos y radiográficos. Mediante Doppler portátil se identifica una perforante de la arteria tibial posterior 12 cm por encima del maléolo interno. Se realiza desbridamiento los tejidos no viables, dejando defecto de 7 × 5 cm, y retirada de la placa de osteosíntesis. La perforante más adecuada de la arteria tibial posterior es identificada a nivel de la incisión anterior en su salida entre el músculo sóleo y el flexor largo del dedo gordo. El colgajo se eleva de proximal a distal en plano subfascial y se transpone 170°. La zona donante es cerrada de forma directa. La pierna es inmovilizada en una férula que permite la monitorización posquirúrgica.

Resultados: No se produjeron complicaciones en el postoperatorio inmediato de tipo necrosis parcial o hematoma. Tras seis meses de seguimiento el colgajo permanece estable y la fractura consolidada.

Comentarios y conclusiones: El colgajo propeller de perforantes de tibial posterior permite la cobertura de defectos de tobillo, maléolo interno, Aquiles y talón. Emplea tejidos de similares características a la zona del defecto, puede obtenerse un colgajo de tamaño considerable, no requiere el empleo de microcirugía y no sacrifica músculo ni el tronco de la tibial posterior.

CC-695. RESULTADOS A LOS 5 AÑOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS DE TOBILLO EN PACIENTES ANCIANOS

A.E. Santacruz Arévalo, F. Tomé Bermejo, E. Sánchez Muñoz, L. Alarma Barcia y D. Gómez Garrido

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Las fracturas de tobillo se encuentran dentro de las lesiones óseas más comunes de la extremidad inferior y continúan siendo una fuente importante de morbilidad. Estudios epidemiológicos recientes han demostrado un aumento significativo en la incidencia y severidad de las fracturas de tobillo en la población anciana. A pesar del aumento en la incidencia sigue existiendo mucha controversia con respecto al mejor tratamiento. En pacientes ancianos, la inmovilización y la descarga asociadas al tratamiento pueden suponer un cambio de su estado físico, ambulatorio y sistémico.

Material y método: Realizamos una revisión retrospectiva de todos los pacientes mayores de 65 años intervenidos de manera quirúrgica por fractura de tobillo entre los meses de enero y diciembre del año 2005. Los pacientes fueron valorados según escala funcional AOFAS, el tiempo de ingreso, el tipo de síntesis, la presencia de complicaciones, y el índice de satisfacción de los pacientes.

Resultados: La lesión más frecuente fue la fractura tipo B de Weber y un 92,5% presentaban fractura de ambos maleolos. La osteosíntesis con placa fue el método más empleado para la síntesis del maléolo lateral. El resultado según escala de AOFAS fue excelente/bueno en 75% de los pacientes. La infección superficial de la herida, necrosis cutánea y retraso en la cicatrización son las complicaciones más frecuentes. El tiempo medio de ingreso fue de 6,3 días. El 95% pudieron regresar a sus actividades de la vida diaria por haber regresado al estado de movilidad preoperatoria.

Comentarios y conclusiones: La reducción abierta y síntesis interna proporciona un buen resultado en el tratamiento quirúrgico de las fracturas de tobillo en paciente mayor de 65 años. El número de complicaciones es significativamente superior al de la población más

joven, pero el resultado funcional y el índice de valoración subjetiva del paciente anciano son muy satisfactorios.

CC-696. ROTURA TRAUMÁTICA DEL TENDÓN TIBIAL ANTERIOR: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Orois Codesal, R. Alfaro Molero, R. Ballesteros Massó, J.A. Oteo Maldonado, S. Pascual del Hoyo, C. López Orosa, P. Benavente Rodríguez y M. Coco Velilla

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón del tibial anterior es un proceso infrecuente y de difícil diagnóstico. Presentamos un caso de rotura traumática del tendón del tibial anterior, tratada de forma diferida (1,5 meses) mediante fijación transósea.

Material y método: Varón de 57 años sin antecedentes personales de interés que consulta por dolor en tobillo de 1 mes de evolución tras haber sufrido un traumatismo en flexión plantar y eversión forzadas. A la exploración presentaba déficit de inversión del tobillo asociada a déficit para la flexión dorsal. La RMN mostró una rotura completa del tendón tibial anterior distal a la articulación tibioastragalina.

Resultados: Debido al defecto de flexión dorsal y persistencia de sintomatología, se decidió tratamiento quirúrgico mediante sutura transósea y fijación con Endobutton al escafoide. Se inmovilizó mediante férula suropédica en descarga durante 4 semanas. Retirada de inmovilización a la 6ª semana, con tratamiento rehabilitador y carga parcial progresiva. Al 6º mes poscirugía, el paciente estaba asintomático y con un balance articular completo y adecuada fuerza muscular (5/5). Durante el seguimiento no presentó complicaciones.

Comentarios y conclusiones: Se recomienda el tratamiento quirúrgico en todos los casos sintomáticos, tempranos o tardíos, con alteración de la marcha y debilidad de la dorsiflexión, independientemente de la edad. El tratamiento conservador debería reservarse para pacientes ancianos con bajas demandas funcionales o casos en los que la cirugía esté contraindicada.

CC-697. COMPLICACIONES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF A

A. López Hualda, P. González-Onandía López, R.M. Egea Gámez, F. Panizo Mota, M.A. Marín Aguado, A.M. Ferrete Barroso, M. Torrejón de la Cal y M.J. Rodea Butragueño

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: Los fármacos biológicos que actúan inhibiendo TNF alfa han supuesto una revolución en el tratamiento de las artritis inflamatorias. Han demostrado ser útiles disminuyendo las crisis inflamatorias y la progresión de las erosiones articulares. Ha sido muy debatido el papel que pueden desempeñar estos fármacos en complicaciones de la herida quirúrgica.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 61 años con antecedentes de artropatía psoriásica oligoarticular con afectación de pie y tobillo, presentaba una desestructuración de la articulación subastragalina y astragaloescafoidea. La paciente estaba siguiendo tratamiento farmacológico con metotrexate y etanercept, así como infiltraciones múltiples realizadas por reumatología.

Resultados: Ante la incapacidad funcional y no mejoría con el tratamiento conservador, se opta por un tratamiento quirúrgico, que consistió en artrodesis tibio-talo-calcánea y astrágalo escafoidea mediante enclavado retrógrado. Los fármacos biológicos se reintrodujeron en primer día postoperatorio. A las 4 semanas de la intervención, se produjo una dehiscencia de la herida quirúrgica. A los 3 meses la paciente continuaba con una evolución tórpida de las heridas, y debutó con un cuadro de fiebre, aumento de dolor y elevación PCR. En los cultivos tomados creció un *S. aureus* meticilín resistente. Se procedió al lava-

do y desbridamiento quirúrgico, con retirada de material de osteosíntesis. Además se realizó tratamiento antibiótico específico 2 semanas intravenoso y 5 meses oral. Cuando hubo elevada certeza de que la infección se había erradicado, se realizó un nuevo intento de artrodesis con clavo retrogrado y aporte de aloinjerto estructural, realizando retirada de fármacos biológicos 2 semanas previas, siendo reintroducidos cuando las heridas se cerraron. La evolución posterior de las heridas fue satisfactoria, con signos de consolidación radiológica de la artrodesis y correcta evolución clínica, sin dolor.

Comentarios y conclusiones: Las últimas recomendaciones establecen la suspensión perioperatoria de este tipo de fármacos en función de la vida media y tipo de cirugía.

CC-698. FRACTURA DE CUERPO DE ASTRÁGALO EN ASOCIACIÓN CON FRACTURA DE MALEOLO PERONÉ. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Natera Ramírez, M. López-Moya Gómez, J.H. Rodríguez Meléndez, J.A. Suero Mangas, J.C. Benavente Valdivia, J. Salvat Dávila, M. Mora Fernández y A. Blanco Pozo

Hospital General Yagüe. Burgos.

Introducción y objetivos: Las fracturas de cuerpo de astrágalo son raras, suelen presentarse con mayor frecuencia en cuello, cabeza y cúpula; pudiendo en todos los casos asociarse con fracturas de maleolos. Las fracturas de cuerpo del astrágalo se producen por un mecanismo de fuerza axial del mismo sobre el pilón tibial que se traduce por lo general en un patrón de conminución importante. El caso a exponer es un paciente con una fractura de astrágalo atípica pues se presenta en el cuerpo del mismo y con trazo oblicuo, no conminuto. También se asocia con una fractura de maleolo externo que fue el diagnóstico de primera impresión en urgencias. Con este caso pretendemos confirmar los hallazgos en la literatura sobre posibilidad de asociación de fracturas maleolares con lesiones del astrágalo.

Material y método: Para el estudio de este caso tomamos el historial clínico de un paciente que acudió a urgencias del Hospital Universitario General Yagüe tras caer de la moto.

Resultados: Tras la reducción abierta y síntesis con placa de maleolo peroné y con dos tornillos canulados de cuerpo del astrágalo, se inmovilizó la extremidad afecta con yeso suropédico por un periodo de 8 semanas. Tras una rehabilitación de 2 meses el paciente en la actualidad presenta una flexo-extensión de tobillo adecuada y ligeras molestias al apoyo.

Comentarios y conclusiones: Siempre se debe descartar tras una fractura maleolar de tobillo la existencia de alguna afectación astragalina.

CC-699. PSEUDOARTROSIS DE FRACTURA DE PERONÉ TRATADA CONSERVADORAMENTE

A.M. Ferrete Barroso, D. López González, J. Martínez Martín, M.A. Marín Aguado, F. Panizo Mota, A. López Hualda, M.C. Torrejón de la Cal y R.M. Egea Gámez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: El peroné se considera un hueso modelo en la unión exitosa de fracturas debido a su aporte sanguíneo endostal y su exposición escasa a estrés biomecánico. Las fracturas de peroné Weber tipo B son las más frecuentes y son estables si no están desplazadas o lo están mínimamente (hasta 2 mm), y no existe lesión del complejo ligamentoso medial. En este tipo de fracturas, el tratamiento conservador proporciona excelentes resultados.

Material y método: Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, que sufre torsión brusca de tobillo izquierdo. Radiológicamente, presenta fractura transindesmal tipo B de Weber de peroné no desplazada, que se trata con botín de yeso cerrado y descarga.

Resultados: En revisiones sucesivas, existe buena evolución radiológica y clínica: se retira el yeso a las seis semanas y se permite carga progresiva a partir de las ocho. A los 4 meses, refiere dolor en reposo y con la carga, siendo incapaz del apoyo bipodal sin bastón. A la exploración: dolor en región perimaleolar externa, limitación de la dorsiflexión, sin clínica medial. En la radiografía, no se aprecia callo y no existe desplazamiento. A los 12 meses, ante la tórpida evolución, se solicita TAC y gammagrafía, que confirman la existencia de pseudoartrosis. Se interviene quirúrgicamente mediante aporte de autoinjerto de tibia proximal y fijación con placa de reconstrucción. En posteriores revisiones, presenta evolución favorable, con cese del dolor, movilidad articular completa y consolidación radiológica.

Comentarios y conclusiones: Cuando existe pseudoartrosis, persiste dolor, inflamación y sensibilidad aumentada en el foco. Existen factores de riesgo para su desarrollo: generales (tabaquismo, corticoterapia, diabetes, infección) y locales (reducción insatisfactoria e insuficiente del foco que conlleve alteración de la alineación trabecular). Si existe clínica compatible se recomienda realizar TAC para confirmar el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico consiste en el aporte de injerto óseo y fijación.

CC-700. FRACTURAS DE ESTRÉS EN PIERNA, TOBILLO Y PIE EN CONTEXTO DE FRAGILIDAD ÓSEA

A. Méndez Gil, E. García Oltra, D. Poggio Cano
y J. Asunción Márquez

Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas de estrés acontecen típicamente en individuos jóvenes, sanos y activos, como atletas profesionales, corredores aficionados o soldados. Sin embargo, aunque con mucha menor frecuencia, también se han descrito en pacientes de mayor edad. Las fracturas de estrés en este subgrupo de pacientes suelen localizarse, por orden de frecuencia, en la pelvis, el sacro, la tibia y el cuello del fémur. Sin embargo en nuestra práctica clínica en el marco de una unidad de cirugía de pie y tobillo, hemos observado una cierta frecuencia de fracturas de estrés en tibia pie y tobillo en el paciente mayor. Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre las fracturas de estrés en edad avanzada localizadas en tibia, tobillo y pie, y presentamos nuestra experiencia al respecto.

Material y método: Realizamos una revisión bibliográfica en 8 bases de datos electrónicas incluyendo Cochrane Collaborative Library (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME?CRETRY=1&SRETRY=0>), Cochrane Controlled Trials Register (<http://www.ovid.com/site/productos/ovidguide/cctrd.htm>), Cochrane Database of Systematic Reviews (<http://www.cochrane.org/reviews/>), Cochrane Methodology Register (http://www3.cochrane.org/access_data/cmr/accessDB_cmr.asp), Database of Abstracts of Reviews of Effects (<http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/Home.aspx?DB=DARE>), EMBASE (Excerpta Medica database en <http://www.embase.com/>), Infotrieve-PubMed/MEDLINE (<http://www4.infotrieve.com/newmedline/search.asp>), Ovid MEDLINE® In-Process® Other Non-Indexed Citations (<http://www.ovid.com/site/products/ovidguide/pmoz.htm>). En la búsqueda se incluyeron artículos a partir de diciembre 2010, sin restricción en fecha o lenguaje utilizando las palabras claves "osteoporosis" AND "stress fracture". "stress fracture" AND "elder people", "stress fracture" AND "Foot" AND "ankle", "stress fracture" AND "surgery", "pathologic fracture" AND "foot" AND "ankle", "pathologic fracture" AND "elder people". En la búsqueda se incluyeron las siguientes sociedades: The Academy of Ambulatory Foot and Ankle Surgery (AAFAS) (<http://www.academy-afs.org>), Sociedad Española de Medicina y Cirugía del Pie y Tobillo (SEMCPT) (<http://www.semcpt.es>), Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT).

Resultados: En la revisión bibliográfica se observa diferencias entre el tipo de fracturas de estrés en el paciente joven o de edad avanzada. Estas últimas son fracturas por insuficiencia ósea mayoritariamente en mujeres de 50-60 años de edad, sobre unas estructuras óseas cuyas resistencias mecánicas son menores. A diferencia del joven la clínica se manifiesta por dolor local progresivo, que va aumentando en intensidad y con tendencia a patrones de fracturas más atípicos y complejos. Su diagnóstico puede demorarse debido a la frecuente presencia concomitante de otras causas de dolor, como procesos artrósicos, antecedentes quirúrgicos, y por su comienzo, no siempre abrupto sino progresivo. Se necesita por tanto una sospecha clínica y en ocasiones se requiere el uso de RM o gammagrafías óseas.

Comentarios y conclusiones: La fisiopatología de la lesión es completamente diferente en jóvenes y ancianos. Mientras que en los primeros, la fractura es consecuencia de un estrés mecánico repetitivo secundario a ejercicios de alta demanda física sobre un hueso joven y sano, en los segundos es consecuencia de una insuficiencia mecánica del hueso ante el estrés mecánico secundario a las actividades normales de la vida diaria. Los patrones de fractura de estrés o por fragilidad pueden ser inhabituales y con una evolución menos previsible. La fragilidad ósea subyacente lleva en ocasiones a la progresión de la lesión inicial hacia complicaciones en ocasiones graves. Los principales factores de riesgo para el desarrollo de fracturas de estrés por insuficiencia son la osteoporosis, la osteomalacia, la artritis reumatoide, la diabetes, el hiperparatiroidismo, las radiaciones nucleares, el tratamiento con corticosteroides y el escorbuto. Aunque estos factores son bien conocidos, en nuestra experiencia han sido decisivos otros factores, actuando como coadyuvantes o detonantes finales: la distrofia postquirúrgica, obesidad o dexasaciones de la extremidad o el retropié concomitante, la necesidad de carga monopodal en postoperatorios para descargar la extremidad contralateral. Creemos que el conocimiento de estos factores puede ser importante de cara a planificar los regímenes postoperatorios. Además estos datos ponen de manifiesto la importancia de incluir las fracturas por fragilidad dentro del diagnóstico diferencial del dolor no traumático en tibia, pie y tobillo en pacientes con especial riesgo.

CC-701. COMPLICACIONES TRAS FRACTURA ABIERTA DE PILÓN TIBIAL

A. Salgado Rodrigo, M. Medina Santos, J.A. Rubio Torres,
A. Mardomingo Alonso y M.I. González Murillo

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas abiertas de cualquier localización pueden traer consigo una serie de complicaciones que nos pueden hacer temer por la viabilidad del miembro afecto.

Material y método: Varón de 37 años que tras accidente laboral presenta en el servicio de urgencias una fractura abierta Gustilo tipo II de pión tibial en 2004. Se realiza desbridamiento y limpieza exhaustivos con posterior síntesis con tornillos canulados y distracción mediante un fijador externo durante 4 semanas.

Resultados: En el evolutivo el paciente sigue con dolor y movilidad limitada (flexión dorsal de 10°) Debido a la incapacidad del dolor se realiza una artrodesis tibia astragalina tipo Watson Jones en 2005. Dicha artrodesis consolida en varo del retropié persistiendo el dolor tobillo y columna externa del pie acompañado de una dismetría de 3 cm. Se realiza debido a sintomatología una osteotomía Dwyer en 2009 para valgización de retropié. Se corrige parcialmente el varo persistiendo el dolor e incapacidad. Se realiza nuevo intento de corrección varo con clavo endomedular 2010 calcáneo tibial con injerto de cuña externa tibial. Debido a la persistencia del dolor, dedos garra, y nuevo dolor neuropático se realiza una amputación infracondílea en 2011. Paciente asintomático y adaptándose a prótesis.

Comentarios y conclusiones: Una fractura abierta de cualquier localización hay que verla como una posible complicación futura que hay que tratar adecuadamente en urgencias y seguimiento exhaustivo.

CC-702. NECROSIS AVASCULAR ESCAFOIDES TARSIANO 2.º FRACTURA CONMINUTA

A. Salgado Rodrigo, M. Medina Santos, A. Núñez García y M. González Murillo

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: El hueso navicular forma parte de la bóveda plantar ayudando a la conservación arco plantar y proporcionando estabilidad a esta región retropié. En el diagnóstico y correcto tratamiento de estas lesiones debe considerarse la importancia relativa que tiene mantener las relaciones anatómicas para seguir conservando funciones para las que están diseñadas.

Material y método: Paciente de 18 años que tras caída es diagnosticada en la urgencia de fractura conminuta con subluxación dorsal escafoides tarsiano. Se decide reducción quirúrgica abierta. Intraoperatoriamente y tras intentar realizar osteosíntesis sin éxito debido a la conminución de la fractura se decide la colocación fijador externo astrágalo cuneano que la paciente porta durante 3 meses A los 3 meses la paciente comienza con apoyo parcial y progresivamente total a las 3 semanas.

Resultados: Actualmente la paciente deambula con normalidad, con cierta pérdida del arco plantar y persiste dolor en ocasiones. Imágenes radiográficas actuales se observan signos de necrosis avascular escafoides similares a las que se observan en la enfermedad Muller-Weiss por lo que la evolución nos hace sospechar puede ser muy similar a dicha patología. La evolución probable de este escafoides tarsiano será un varo del retropié acompañado de metatarsalgia transferencia 5º mtt, artrosis astrágalo escafoides y escafocuneana que precisara de una artrodesis tarsiana ± osteotomía valguizante calcáneo demorada hasta la fecha hasta progresión sintomatología.

Comentarios y conclusiones: De entre las complicaciones de fracturas conminutas escafoides tarsiano está la necrosis avascular comportándose en este supuesto similar a enfermedad de Muller-Weiss y siendo tratada en consecuencia de la misma forma.

CC-703. PIE DE CHARCOT. EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO

A. Canalias Bages, D. Ramírez Zanotti, E. Puñet Blanco y J. Gasch Blasi

Hospital de Terrassa. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los pacientes con pie de Charcot son de manejo complejo. El diagnóstico puede pasar desapercibido y la evolución es poco previsible. A menudo se plantea la necesidad de realizar cirugías, sin haber consenso respecto al momento y técnicas más adecuadas. Presentamos nuestra casuística de pacientes seguidos de pie de Charcot, algunos de los cuales han sido intervenidos.

Material y método: En los últimos 3 años hemos seguido 7 pacientes diabéticos afectados de pie de Charcot (5 con afectación de mediopié y 2 de retropié). La edad media de los pacientes es de 72 años y presentan una media de 10 años de evolución de la diabetes. Dos de ellos han sido intervenidos quirúrgicamente.

Resultados: Las complicaciones han sido frecuentes y han destacado el retraso en la cicatrización y la muerte de uno de ellos por complicaciones generales en relación a su patología de base. En todos los casos los pacientes han recuperado la deambulación, en la mayoría de casos con la necesidad de ortesis.

Comentarios y conclusiones: Los pacientes con pie de Charcot presentan un colapso y deformidad de las articulaciones de pie y tobillo, inherentes a la evolución de la enfermedad. La cicatrización, el riesgo de complicaciones como infecciones o problemas de partes blandas,

así como las frecuentes comorbilidades asociadas, condicionan el manejo de estos pacientes. Deben tener un seguimiento y tratamiento individualizado, ya que los problemas con los que nos encontramos en cada caso son distintos. El objetivo, en caso que se realice la cirugía, es conseguir un pie estable y plantigrado y evitar, en la medida de lo posible, las prominencias óseas que puedan lesionar la piel.

CC-704. ARTRODESIS INTERFALÁNGICA DEL PRIMER DEDO DEL PIE: TÉCNICA QUIRÚRGICA SISTEMA STAYFUSE

A.D. Jover Mendiola, J.O. Sous Sánchez, J. Solana Carné, I. Francuz y J.A. Velasco Medina

Hospital de Torrevieja. Alicante.

Introducción y objetivos: La artrodesis interfalángica es un proceso habitual en la cirugía del antepié. En el primer dedo suelen realizarse como acto quirúrgico en diferentes patologías: dedo en martillo en pies neurológicos, pies reumáticos, o secuelas de otras cirugías.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 16 años de edad, con antecedentes de pie cavo idiopático, intervenido de osteotomía de Barouk por hallux valgus interfalángico. Acude por presentar una hiperextensión de la metatarsofalángica con una hiperflexión interfalángica, con una evolución en el tiempo de un año. Describimos la técnica quirúrgica de artrodesis interfalángica del primer dedo de pie en un paciente, mediante el sistema STAYFUSE, que consiste en un implante de dos componentes de titanio intramedular, implantados en las falanges distal y proximal.

Resultados: La artrodesis interfalángica del primer dedo es un procedimiento quirúrgico que realizamos en pies neurológicos, reumáticos y secuelas de cirugías previas como las artrodesis con placas, en pacientes que presentan un primer dedo con una metatarsofalángica en hiperextensión y una interfalángica en hiperflexión. Se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas; con agujas de Kirschner que suponen un riesgo aumentado de infección al tratarse de métodos externos, o mediante tornillos a compresión que no permiten una suficiente hiperflexión dorsal.

Comentarios y conclusiones: Consideramos que el uso del sistema STAYFUSE permite una artrodesis sólida con un menor riesgo de infección al ser un dispositivo completamente intramedular. No requiere su extracción posterior, y nos permite una osteotomía proximal y distal de ambas falanges, ofreciendo una suficiente hiperflexión de 15º; que facilitará la deambulación mecánica con una correcta fase de despegue en la marcha.

CC-705. SOPORTE ARTROSCÓPICO ANTE OSTEOSÍNTESIS PERCUTÁNEA DE FRACTURA SANDERS IIIA

A. Jiménez Martín, M.A. Podetti Meardi, F.J. Chaqués Asensi, R. Gómez Cobo y S. Pérez Hidalgo

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivos: El calcáneo es el hueso tarsiano más fracturado, asociándose a otras fracturas en el 60-70% de casos. Las fracturas intraarticulares representan el 70-75%. El 18-40% de los pacientes tratados quirúrgicamente tienen complicaciones, siendo la artrosis subastragalina y las complicaciones de la herida las más frecuentes. Nuestro objetivo es constatar un caso tratado de modo mínimamente invasivo, mediante artroscopia y revisar esta técnica.

Material y método: Varón de 37 años, que sufre precipitación con fractura del calcáneo izquierdo, (Sanders III A), confirmada en TAC y proyecciones de Harris y Broden, con un ángulo de Bohler de 35º y un ángulo de Gissane de 100º. En la TAC se aprecia escalón articular subastragalino de 5 mm. Dado el escaso desplazamiento, aún siendo un grado III, el hundimiento articular y el riesgo de lesión de partes blandas optamos por un tratamiento mínimamente invasivo artroscópico.

Resultados: Mediante abordajes posterolateral y posteromedial, para-aquileos según Van-Dijk, levantamos el hundimiento articular hasta menos de 1 mm y colocamos 2 tornillos de esponjosa de sostén lateromediales. Tras 2 meses sin carga y rehabilitación posterior, desarrolla marcha normal en 4 meses, sin complicaciones cutáneas.

Comentarios y conclusiones: Para Rammelt las fracturas tipo II tratadas artroscópicamente alcanzan los 92,1 puntos, o 93,7 puntos (escala AOFAS) para Gavlik, reconstruyendo significativamente el ángulo de Boehler, $p < 0,01$. Para Lee, permite tratar el dolor posfractura de calcáneo, (AOFAS desde 39,4 puntos hasta 79,6 puntos, $p < 0,05$). Para Nehme, la artroscopia consigue corregir 27° el ángulo de Boehler, (83% respecto del lado sano).

CC-706. LUXACIÓN TIBIO-ASTRAGALINA CERRADA SIN FRACTURA MALEOLAR

A. Pérez Sánchez, A. Aguilar López, C. Zarzuela Jiménez, P. Rodríguez Huguet, F. Rodríguez Domínguez y F. González Muñoz

Hospital Especialidades de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción y objetivos: Las luxaciones puras de tobillo son excepcionales. La lesión se define por la luxación del bloque astragalopedio fuera de la mortaja, la cual está intacta tanto en los maléolos como la sindesmosis. En un 75% de los casos es postero-medial, con el consiguiente riesgo de compresión vasculonerviosa de la arteria tibial posterior y de isquemia cutánea secundaria. En un 40% no se produce herida abierta.

Material y método: Mujer de 40 años sin antecedentes de interés que mientras realizaba una actividad deportiva sufrió una luxación pura de tobillo. El mecanismo lesional es una combinación de flexión plantar forzada, que provoca la rotura de las estructuras capsuloligamentosas anteriores, y de compresión axial de la tibia que rechaza el astrágalo hacia atrás.

Resultados: A la exploración inicial presentaba una importante deformidad posteromedial del tobillo, sin herida ni evidencia de compromiso vasculonervioso. El estudio radiográfico inicial muestra una luxación tibio-astragalina posteromedial completa. Se procedió a reducción cerrada mediante tracción y flexión dorsal del pie e inmovilización con férula posterior de yeso. En el control radiológico se pone de manifiesto una reducción congruente y la ausencia de fracturas maleolares. Se mantuvo una inmovilización con botín de yeso durante 6 semanas y posteriormente inicio de rehabilitación y carga progresiva. A los seis meses presentaba ausencia de dolor, con flexo-extensión y estabilidad capsulo-ligamentosa similar a la contralateral.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones tibio-astragalinas constituyen una urgencia. Habitualmente reducen con métodos cerrados. En las luxaciones cerradas el tratamiento ortopédico es perfectamente adecuado, siendo el pronóstico excelente. Precisa de reparación ligamentosa aguda aquellos casos en los que se presente ensanchamiento de la sindesmosis o apertura de la mortaja. En luxaciones cerradas no se ha descrito ningún caso de necrosis de astrágalo o de inestabilidad residual de tobillo.

CC-707. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR CRÓNICO EN EL PIE. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Muela Pérez, J.E. Salinas Gilabert, F. Lajara Marco, L. Izquierdo Plazas, A. Boix Ballester, E.M. Veracruz Gálvez, A.J. Serrano Munuera y J.A. Lozano Requena

Hospital Vega Baja. Alicante.

Introducción y objetivos: El osteoma osteoide (OO) representa entre el 10-14% de los tumores óseos primarios del pie. Es más frecuente en varones adolescentes y su localización más habitual es en cuello de astrágalo y calcáneo. No obstante, debe considerarse siempre en el diagnóstico diferencial del dolor crónico en el pie. El objetivo de este

trabajo es presentar un caso de OO en cabeza de 4º metatarsiano, en una mujer de 28 años.

Material y método: Mujer de 28 años remitida desde el servicio de Rehabilitación a Consultas Externas COT, Unidad de Pie de nuestro centro, por metatarsalgia D4-D5 pie derecho, que no responde a tratamiento conservador, y con sospecha clínica y por RMN de fractura de estrés, de un año de evolución. A la exploración presenta hipersensibilidad y dolor a la palpación en cabeza de 4º metatarsiano, que se acompaña de dolor nocturno ocasional al mismo nivel. Con sospecha diagnóstica de OO se solicita gammagrafía ósea en la que se observa hipercaptación redondeada en cabeza de 4º metatarsiano. Por lo que se solicita TC de cortes finos centrado en esa zona, que confirma el diagnóstico de OO.

Resultados: Aunque para las lesiones superficiales en antepié la cirugía abierta sigue siendo el tratamiento más utilizado, se optó por realizar ablación del nidus por radiofrecuencia. Tras 5 meses de evolución la paciente se encuentra asintomática.

Comentarios y conclusiones: El osteoma osteoide debe ser considerado en el diagnóstico diferencial en los casos de dolor crónico recidivante especialmente en el retropié. Estas lesiones son difíciles de diagnosticar, siendo la localización del nidus y su resección/ablación lo que garantiza su resolución sintomática. Esto sólo es posible en ocasiones mediante la realización de una TC con cortes finos centrados en la zona de sospecha.

CC-708. RESULTADOS A MEDIO PLAZO DEL TRATAMIENTO DE LESIONES CONDRALES DE ASTRÁGALO CON TRUFIT®

B. Muela Pérez, J.E. Salinas Gilabert, F. Lajara Marco, F.M. Navarro González, E.M. Veracruz Gálvez, L. Izquierdo Plazas, A. Boix Ballester y J.A. Lozano Requena

Hospital Vega Baja. Alicante.

Introducción y objetivos: Dentro de las diferentes opciones terapéuticas de las lesiones condrales, la combinación de ácido poliglicólico con sulfato cálcico (TruFit®), representa un andamiaje para la regeneración y remodelado del cartilago sin morbilidad. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados clínico-radiológicos (valorados mediante radiografía y RMN) a medio plazo de la mosaicoplastia con TruFit® en lesiones condrales grado IV de astrágalo según la clasificación artroscópica de Pritsch modificada.

Material y método: Se revisaron retrospectivamente los pacientes con lesiones condrales grado IV de astrágalo tratadas mediante mosaicoplastia con TruFit® en nuestro centro entre los años 2007 y 2011. Del total de 5 pacientes, 4 fueron mujeres, y la edad media fue de 46 (rango 28-60). En 2 casos la lesión se produjo en el lado interno del astrágalo, y en 3 casos en el lado externo. En 3 de los 5 casos se observó antecedente traumático claro.

Resultados: Tras un período de seguimiento medio de 36,8 meses (rango 12-53), el balance articular fue completo en todos los casos y la puntuación media en la escala AOFAS de 86 (rango 68-100), siendo los resultados según esta clasificación: 2 excelentes, 2 buenos y 1 pobre. Se valoró la osteointegración radiológica y en RMN.

Comentarios y conclusiones: La mosaicoplastia con TruFit® es una técnica simple y segura para el tratamiento de lesiones condrales de tobillo. Sin embargo, a pesar de obtener mejoría clínica en la mayoría de los casos, su integración radiológica puede demorarse en el tiempo.

CC-709. CIRUGÍA DE RESCATE EN LA RECIDIVA DEL HALLUX VALGUS

B. Sobrón Caminero, F. Díez Torres, A. Álvaro Alonso, R. Vethencourt Koifman y J. Vaquero Martín

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: La recidiva del hallux valgus asociado a metatarsalgia es una de las complicaciones más temidas, especial-

mente tras la realización de las técnicas poco agresivas. El objetivo de este trabajo es presentar, a través de un caso clínico, un método de planificación preoperatoria y la utilización de la osteotomía de Scarf corta como opción terapéutica.

Material y método: Presentamos un caso de una mujer de 67 años que acudió a nuestra consulta por dolor del antepié bilateral de años de evolución e inicio progresivo, tras la realización de una cirugía correctora percutánea del antepié hace 16 años. A la exploración física del pie derecho destacaba la presencia de dolor a la palpación del bunion y de la hiperqueratosis plantar bajo los metatarsianos centrales. El estudio radiológico objetiva la presencia de una exóstosis residual, un hallux valgus y un quintus varus. La paciente fue intervenida realizándose unas osteotomías de Scarf corta, Weil sobre los metatarsianos 2º a 4º y un Schede sobre el quinto metatarsiano, acortando la longitud de los radios 1º a 4º según una planificación preoperatoria basada en los trabajos del Dr. Barouk.

Resultados: En la última revisión, realizada 6 meses tras la intervención, la paciente se encuentra asintomática, sin limitación para calzarse y realizar sus actividades diarias. Radiológicamente se observa una consolidación de las osteotomías, encontrándose centrados los sesamoideos y el PASA corregido.

Comentarios y conclusiones: No hemos encontrado en la literatura referencias a la realización de la osteotomía de Scarf corta tras una planificación preoperatoria del acortamiento de la longitud de los metatarsianos para relajar las partes blandas en el tratamiento de recidivas. La corrección radiológica de la deformidad y la mejoría clínica parecen mantenerse a medio plazo a la luz de los resultados obtenidos al aplicar esta técnica, siendo necesarios estudios a largo plazo con mayor tamaño muestral para extraer conclusiones más sólidas.

CC-710. HERIDA EN CARA MEDIAL DEL TOBILLO CON LESIÓN DE LOS TENDONES FLEXORES Y DEL PAQUETE VASCLONERVIOSO A SU PASO POR EL RETINÁCULO FLEXOR. RESOLUCIÓN DE UN CASO

C. Hernández Galera, J.C. Sánchez Hernández,
C. de la Cabada Orta, H. Gómez Santos, T. del Olmo Hernández,
P. Crespo Hernández, M.C. Sanz Pascual y R. Ruiz Díaz

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La cara medial del tobillo justo posterior al maleolo medial es una zona donde se encuentra estructuras tanto tendinosas como vasculonerviosas importantes para la funcionalidad del tobillo y el pie. En la profundidad del retináculo flexor en esta región, discurren de anterior a posterior: tendón tibial posterior, flexor común de los dedos, vena tibial posterior, arteria tibial posterior, nervio tibial posterior, y flexor largo del primer dedo. Esta región tiene poco recubrimiento subcutáneo, por lo que se encuentran muy superficiales. Cualquier herida incisa en esta zona puede lesionar estas estructuras y causar una pérdida de la correcta función del pie. El objetivo del presente poster es presentar un caso con lesión de estas estructuras y como se resolvió.

Material y método: Revisión retrospectiva de una historia clínica de un varón de 23 años que tras dar una patada a una puerta de cristal presenta herida en cara medial de tobillo derecho. En una primera exploración se evidencia sangrado activo pulsátil y no se palpa pulso de arteria tibial posterior. No se evidenció isquemia distal por compensación de la arteria pedia. Presentaba hipoestesia en toda la cara medial del pie y déficit de inversión y de flexión de los dedos. Dado la evidente afectación vascular y nerviosa y la posible afectación tendinosa se decide revisión y tratamiento en quirófano. Intraoperatorio se evidencia sección parcial de tibial posterior y completa de flexor común de los dedos. Sección subtotal de arteria tibial posterior, sección total de la vena tibial y sección parcial de nervio tibial. Sección

parcial de delgado plantar y mínima de tendón de Aquiles. Se realiza sutura término-terminal de todos los tendones, ligadura de vena tibial, sutura de arteria tibial, sutura de nervio tibial y recubrimiento con tissucol.

Resultados: Seguimiento posterior de 1 año con buena recuperación funcional. La reconstrucción fue satisfactoria con buena evolución postoperatoria con recuperación pulso tibial posterior aunque mantuvo durante el ingreso hipoestesia en cara medial del pie que evolucionó a hipoestesia solo del talón. Se retiró inmovilización a la 6 semanas y se comenzó con rehabilitación con buena evolución con recuperación casi completa del rango movilidad del tobillo, buen estado vascular distal pero manteniéndose ligera hipoestesia en el talón.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones en la cara medial del tobillo necesitan una valoración precisa dado las importantes estructuras que discurren por esta región. Precisa una exploración exhaustiva y una reparación temprana de las estructuras afectas para conseguir mantener una correcta función y viabilidad del tobillo. La inmovilización posterior debe ser mínimo de 6-8 semanas, para asegurar una buena cicatrización tendinosa.

CC-711. PIE CATASTRÓFICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Pérez Prieto, A. Ginés Cespedosa, E. Alentorn Geli,
I. Piñol Jurado, F. Mingo Fernández, P. Rigol Ramon,
X. Pelfort López y S. de Zabala Ferrer

Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las amputaciones traumáticas de miembros inferiores son menos frecuentes que las de miembros superiores, representando el 30% de las amputaciones traumáticas en EEUU. Éstas suponen un reto para el cirujano ortopédico habiéndose descrito complicaciones como la infección con una incidencia de hasta el 26% y sin quedar bien establecidas las estrategias terapéuticas adecuadas.

Material y método: Se trata de un varón de 59 años, mecánico de profesión y fumador (22 paq/año) que en contexto laboral sufre aplastamiento del pie derecho sin lesiones en otros niveles. Llega a urgencias con polifracturas abiertas IIIc de antepié y gran desestructuración contusa del mismo. Además, asocia fractura de calcáneo y fractura bimalleolar (fractura bifocal de peroné). Se realiza revisión quirúrgica urgente con amputación a nivel de Lisfranc y buena cobertura cutánea con flap plantar más osteosíntesis bimalleolar.

Resultados: La radiografía postquirúrgica evidencia una subluxación anterior tibioastragalina. A la semana postoperatoria inicia un cuadro de necrosis e infección del muñón, realizándose desbridamiento y ampliación de la amputación a nivel de Chopart, añadiendo tratamiento antibiótico específico. Dada la tórpida evolución cutánea, la presencia de subluxación de tobillo y la fractura de calcáneo asociadas, se decide realizar amputación transtibial previo estudio vascular.

Comentarios y conclusiones: El manejo terapéutico de estas lesiones comienza por decidir si se realiza amputación o reimplantación que vendrá determinada fundamentalmente por el mecanismo lesional (inciso o contuso) y los factores que afectan a la vascularización (edad, tabaco, diabetes...) Posteriormente se plantea la dificultad del nivel de amputación y la posterior protetización: la amputación primaria vendrá determinada por el estado de las partes blandas, ya que son éstas las que marcarán el pronóstico del paciente. Por lo que respecta al nivel definitivo, las amputaciones distales (transmetatarsianas) son más funcionales, con excepción de Chopart, con aparición de problemas cutáneos y una tasa de reamputación a un nivel superior del 66%. El caso que presentamos, dada la patología de tobillo y calcáneo con infección asociada, consideramos que la amputación transtibial es un nivel curativo y funcional para este enfermo.

CC-712. TRATAMIENTO DE INFECCIÓN AGUDA DE OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURA BIMALEOLAR CON TORNILLOS ABSORBIBLES CON CIPROFLOXACINO: CASO CLÍNICO

D.A. Muñetón Herrera, E. Guerra Farfán, J.A. Porcel Vázquez, L. Espinal Batalla, R. Busquets Net, I. Maled García, G. Rieiro Mena y J. Pijoan Bueno

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: El principio del tratamiento de las infecciones agudas post-osteosíntesis (IAPS) ha sido desbridamiento y mantener los implantes si la fijación es estable hasta que la fractura consolide. La literatura clásica reportaba un éxito de tratamiento de 70-90%. Escasos estudios recientes, siguiendo este dogma quirúrgico, reportan un porcentaje de consolidación del 50% y de persistencia de infección del 70%. Reportamos un caso clínico de infección aguda post-osteosíntesis de fractura bimalleolar abierta tratado con tornillos reabsorbibles con ciprofloxacino.

Material y método: Paciente de 65 años con fractura-luxación abierta de tobillo derecho, altamente contaminada. Desbridamiento y síntesis de maléolo tibial y peroneal. Día 15: trasladado por signos de infección aguda y necrosis cutánea medial. Desbridamiento quirúrgico, retirada de síntesis lateral estable por estar envuelta de material purulento y colocación de fijador externo. Herida medial tratada con terapia de presión negativa. Exposición de tornillos en maléolo medial. Se aísla *Enterobacter cloacae*. Día 6 posdesbridamiento: retirada de tornillos mediales, fijación con dos tornillos reabsorbibles que contienen ciprofloxacino en maléolo medial y uno para fijar sindesmosis, se mantuvo fijador externo y se colocó aguja Kirschner en el peroné para mayor estabilidad. Día 7 de reintervención: Cubrimiento de defecto cutáneo medial con flap ALT del muslo contralateral.

Resultados: Control 14º mes: marcha con escaso dolor. Radiografía: fractura de peroné y maléolo medial consolidadas, articulación tibioastragalina congruente con signos degenerativos incipientes. Clínica y serología indican ausencia de infección.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de la IAPS está basado en dogmas quirúrgicos con eficacia sin demostrar. Nuevos y escasos estudios, no ensayos clínicos, revelan que el tratamiento de estas complicaciones debe ser más agresivo y que hay que considerar cambiar el material de osteosíntesis por la posibilidad de formación de biofilm. Tornillos de material absorbible que contengan antibióticos es una opción en ciertos casos.

CC-713. ARTROPLASTIA DE RESECCIÓN EN HALLUX RIGIDUS EN DEPORTISTA, CON ALTA DEMANDA FUNCIONAL

D. Elizondo Esposito, C. Peña Rodríguez, E. Cárdenas Grande, A. Martínez Calzón, L. Martín Romero y C. Garvayo Merino

Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: El Hallux rigidus es una enfermedad degenerativa y progresiva de la articulación metatarsofalángica (MTF) del 1º dedo que se caracteriza por cambios degenerativos, rango limitado de movimiento, y dolor. Es la deformidad más frecuente después del hallux valgus y existe un predominio de mujeres afectadas sobre los hombres. Los factores que llevan al hallux rigidus aún no están claros, hoy en día se sabe que existen varias causas como el primer metatarsiano largo, los traumatismos, la osteocondritis disecante, la dorsiflexión del primer metatarsiano, y el calzado inadecuado. Se han definido varios métodos para el tratamiento quirúrgico de esta patología, incluyendo queilectomía, artroplastia de resección, artroplastia de interposición, artroplastia con implante, y la artrodesis. Debemos analizar minuciosamente el nivel de actividad, el grado de artrosis y las expectativas del paciente, a fin de elegir la opción más adecuada. La bibliografía actual recomienda la queilectomía, cuando el grado de Hallux Rigidus es bajo, mientras que la artrodesis sigue siendo el

método más apropiado para aquellos casos avanzados. Esta última tiene como desventajas el largo periodo de recuperación y la pérdida de amplitud del movimiento. Por otra parte, tenemos la artroplastia de implante, que a pesar de la preservación de la amplitud del movimiento articular, se asocia con el fracaso de los implantes y osteólisis. La artroplastia de resección, cuyos principios básicos fueron definidos por Riedel en 1886, fue popularizada por Keller para el tratamiento quirúrgico del hallux valgus, y a continuación, modificado por Brandes de hallux rigidus con la escisión de la base de la falange proximal y la interposición de la cápsula articular medial. El objetivo de presentar este caso, es comentar nuestra experiencia, en un paciente con alta demanda funcional y vida deportiva intensa, que presentaba un hallux rigidus grado III (Regnault), al que se le sometió a una artroplastia de resección.

Material y método: Caso clínico de un paciente de 63 años que consulta por dolor y limitación de la movilidad en hallux izquierdo de larga evolución. A destacar en este paciente, que lleva una vida deportiva intensa con más de 15 años realizando alpinismo, viéndose en los últimos meses imposibilitado para realizar tanto las actividades de la vida diaria como las profesionales. Entre sus antecedentes personales destacan una gota tofácea crónica, hipertensión arterial e hipertrigliceridemia. Intervenido de hallux rigidus derecho en 2007, con artroplastia tipo Keller-Brandes. Muy satisfecho. Registro fotográfico y videos de la situación clínica y radiológica del paciente, con estudio de la marcha, estudio radiológico pre y postoperatorio. Soporte videográfico de la intervención quirúrgica. Revisiones sucesivas en consultas externas tras la cirugía. Revisión de la bibliografía actual y de los manuales de cirugía ortopédica de esta patología.

Resultados: Nuestro paciente en el postoperatorio inmediato mejoró el rango de movilidad pasiva y activa, se le permitió una carga temprana. A corto plazo experimentó una reducción del dolor de la articulación, con un aumento del rango de movilidad y estabilidad, lo que le permitió la incorporación a la actividad física a los 6-8 meses de la intervención. Muy satisfecho con la preservación de la longitud del pie, lo que le permitió la utilización de un calzado normal.

Comentarios y conclusiones: La artroplastia de resección es un procedimiento, que comprende la resección de base de la falange proximal y se recomienda generalmente a pacientes con un hallux rigidus avanzado, mayores y baja capacidad funcional. Así mismo este procedimiento está sobre todo contraindicado en pacientes jóvenes y activos porque puede dar lugar a muchas complicaciones, tales como hallux valgus, dedo en martillo, transferencia de la metatarsalgia, recurrencia de hallux rigidus, apariencia estética pobre, inestabilidad de la articulación, y la incapacidad de mantenerse de puntillas sobre los dedos de los pies. Sin embargo, las modificaciones de la técnica de Keller combinada con la artroplastia de interposición constituyen una buena opción para un caso como el descrito en el presente informe, en pacientes jóvenes y activos que se niegan a una artrodesis a medio plazo. Esta última puede ser una opción quirúrgica válida en casos seleccionados de pacientes de edad no avanzada, con alta demanda funcional y con hallux rigidus avanzados, ofreciendo elevada satisfacción por parte del paciente, moderados cambios en la transmisión de cargas y rápida incorporación a la actividad física.

CC-714. ROTURA TRAUMÁTICA DEL TENDÓN TIBIAL ANTERIOR. CASO CLÍNICO

E. Rodrigues Ribeiro, B. Pereira Alpoim, P.M. Marques, A.J. Félix, P. Gomes Sá y C. Fernandes Oliveira

Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Portugal.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón tibial anterior (TTA) es una entidad poco frecuente, y hay pocos casos descritos en la literatura. Las causas se dividen en traumáticas y no traumáticas, en las últimas el diagnóstico a menudo se retrasa. Los factores de riesgo

incluyen artropatías inflamatorias, gota, diabetes y terapia crónica con corticosteroides. Los hombres mayores de 45 años también representan un grupo de riesgo. Las rupturas traumáticas resultan de trauma contuso o laceraciones. El diagnóstico es clínico, basado en la historia y examen físico. El tratamiento quirúrgico es obligatorio en las rupturas traumáticas.

Material y método: Mujer de 66 años, diabética. Admitida en Urgencias tras caída con traumatismo del pie izquierdo en flexión plantar forzada. La paciente refería dolor en la cara anterior del tobillo y claudicación en la marcha. En la exploración física la paciente había edema y dolor a la palpación de la cara anteromedial del tobillo con disminución de la fuerza de la flexión dorsal del pie y la desaparición del contorno normal del TTA. La radiografía no tenía alteraciones. La ecografía era compatible con rotura completa del TTA. La paciente fue sometida a cirugía inmediata: reintegración con arpon en la cuña medial y sutura del peritendón. Inmovilización con escayola en dorsi-flexión de 10° durante tres semanas.

Resultados: El seguimiento en consulta reveló buenos progresos con la terapia física postoperatoria y buena recuperación funcional.

Comentarios y conclusiones: El diagnóstico de la rotura del tendón tibial anterior, requiere un alto índice de sospecha. El diagnóstico y tratamiento a menudo se retrasan. En este caso clínico, el diagnóstico precoz llevó al buen resultado funcional a pesar de la edad de la paciente y la patología asociada.

CC-715. ¿LA CARA OCULTA DEL ESGUINCE? EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN DE LISFRANC NO DIAGNOSTICADA TRAS “ESGUINCE DE TOBILLO”

E. Cárdenas Grande, M.J. Robles Molina, F. López Caba, J.J. Correa Gámiz, D. Elizondo Espósito y L. Fernández Rodríguez

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: La fractura-luxación de la articulación de Lisfranc es una entidad poco frecuente, con una incidencia de un 4% anual, por lo que puede no ser reconocida por el médico de urgencias; siendo infradiagnosticada y desgraciadamente detectada cuando ya ha evolucionado en el tiempo, en fase de secuelas. El objetivo de la exposición de nuestro caso es mostrar la evolución de esta lesión y la clínica que presenta este tipo de pacientes a los que con frecuencia se etiqueta como esguince de tobillo con evolución “complicada”.

Material y método: Se presenta caso clínico: paciente de 18 años de edad, que sufre traumatismo en el pie tras accidente de tráfico. Acude al Servicio de Urgencias, donde es diagnosticada de esguince de tobillo, el cual es tratado de manera conservadora, y revisado en consulta de traumatología. Tras dos años de evolución tórpida con dolor incapacitante en el pie, es derivada a consulta de la Unidad de pie, donde es estudiada y diagnosticada de fractura-luxación de Lisfranc tipo BII. Se presenta las imágenes clínicas previas al diagnóstico, y las imágenes de la exploración posterior por la Unidad de pie, estudios complementarios (Rx, TAC), imágenes de la cirugía y control posquirúrgico.

Resultados: Una vez realizado el diagnóstico correcto, se decide intervención quirúrgica de la paciente, practicándose artrodesis de la lesión (se muestran imágenes intraoperatorias de la lesión). La evolución de la paciente es favorable, desapareciendo el dolor que le había incapacitado durante los últimos dos años, y pudiendo realizar carga monopodal sobre el pie lesionado, sin problemas. Mostrando una huella plantar normal, y consolidación radiológica de sus lesiones.

Comentarios y conclusiones: Es importante el conocimiento de esta lesión infrecuente, dado la facilidad con la que puede pasar desapercibida. Es fundamental una exploración e historia clínica haciendo hincapié en conocer el mecanismo lesional del traumatismo, para poder identificar estructuras afectas. En nuestro caso, el mecanismo es el típico de esta lesión, desplazamiento dorsal del antepié duran-

te el traumatismo, no siendo el mecanismo del típico esguince de tobillo.

CC-716. HALLUX VALGUS INTERFALÁNGICO TRATADO POR CIRUGÍA PERCUTÁNEA CON ARTRODESIS Y FIJACIÓN CON TORNILLO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

F. Yáñez Siller, M. Panadero Moncusí, J. Bernal Vargas, M. Pelach Nadal, J.M. Cavanilles Walker, M. Iborra González, M. Matas Pareja y G. Alberti Fito

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.

Introducción y objetivos: El hallux valgus interfalángico aislado es raro y a diferencia del hallux valgus a nivel articulación metatarsofalángica, una variante del desarrollo del dedo del pie. Se trata de una deformidad intrínseca ósea presente en la falange proximal que determina una prominencia sobre la articulación interfalángica y ocasionalmente un callo doloroso a lo largo de la cara medial del hallux. Normalmente se trata con una osteotomía de Akin, aunque lo normal es que se asocie a otras patologías por lo que también se suele asociar a otros procedimientos. El objetivo de nuestra publicación es la descripción de una alternativa al tratamiento clásico con una técnica mínimamente invasiva.

Material y método: Se trata de dos pacientes con hallux valgus Interfalángicos de 40 y 19 años con in ángulo interfalángico de 24 y 25 grados respectivamente. Ambos pacientes presentaban dicha deformidad sin asociar deformidades a diferentes niveles. Además ambos presentaban sintomatología con un grado de dolor que les limitaba en sus actividades. Se realizó por cirugía percutánea una resección en cuña interfalángica rectificadora del hallux valgus y una fijación con tornillos intramedulares.

Resultados: Ambos pacientes rectificaron los ángulos interfalángicos, pasando a 0 el paciente con 24 grados previos y a 5 el paciente con 25 grados previos. El control a los tres meses presentaba una buena consolidación de la artrodesis, habiendo disminuido el dolor y recuperando su capacidad funcional.

Comentarios y conclusiones: El hallux valgus interfalángico aislado es una patología poco frecuente pero que puede llegar a limitar las actividades de los pacientes que lo presentan. Clásicamente el tratamiento de elección era la osteotomía de Akin. Siendo la artrodesis con tornillo intramedular por cirugía percutánea una técnica rápida, sencilla y con buenos resultados clínicos. Sería necesario realizar un seguimiento a largo plazo para valorar la evolución de dicha artrodesis.

CC-717. LUXACIÓN SUBASTRAGALINA MEDIAL TRAS TRAUMATISMO DEPORTIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Aranda Romero, J. Sánchez Rúas, J.C. Gutiérrez Gómez, C. de la Caveda Orta, M. Sanz Pascual y C. Hernández Galera

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La luxatio pedis subtalo como la denominó Broca en la primera descripción (1823) es una lesión poco frecuente. Así Leitner fija su frecuencia en un 1% sobre un total de 412 luxaciones. Su prevalencia es mayor en el sexo masculino y la edad predominante es la tercera y cuarta década. El mecanismo lesional suele ser un traumatismo de alta energía o un accidente deportivo. Su clasificación se basa en la dirección del desplazamiento del pie en relación con el astrágalo; la medial es la más frecuente.

Material y método: Varón de 27 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor, tumefacción y deformidad tras inversión forzada en el contexto de un accidente deportivo durante un partido de fútbol. A su llegada a urgencias presenta una correcta neurovascularización distal. Se realiza Rx lateral y A.P de tobillo donde se objetiva una luxación periastragalina medial. Tras identificar la luxación

se procede a la reducción cerrada bajo anestesia raquídea en quirófano mediante una maniobra de flexión de la rodilla para relajar el Aquiles, tracción del pie y eversion forzada Posteriormente se procede a la comprobación de los pulsos periféricos y a la inmovilización con férula suropédica.

Resultados: Se mantiene inmovilización durante 5 semanas, seguida de un programa de rehabilitación para recuperar la movilidad de la articulación subastragalina. A las 6 semanas se autoriza la carga. En las Rx de control no se objetivaron lesiones osteocondrales u otro tipo de fracturas.

Comentarios y conclusiones: La piedra angular del tratamiento de las luxaciones periastragalinas es la reducción precoz cerrada bajo anestesia general o espinal. Las luxaciones cerradas deben reducirse precozmente para minimizar las posibilidades de necrosis de la piel localizada sobre el astrágalo La duración de la inmovilización es discutida, así Maciorte no la mantiene más de cuatro semanas, mientras Fusi y De Palma la mantienen un mínimo de ocho semanas. Después de su inmovilización deben realizarse control radiográfico con radiografías convencionales o TAC para descartar la existencia de lesiones osteocondrales u otro tipo de fracturas.

CC-718. TRATAMIENTO DE UNA BRAQUIMETATARSIA BILATERAL DE 4.º MTT EN UN ADOLESCENTE

F.J. Barrionuevo Sánchez, J.J. Romero Cáceres y L. Cáceres Sánchez

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de una paciente de 15 años que refiere acortamiento bilateral del 4º dedo del pie, sin que este hallazgo se asocie a ninguna otra alteración morfológica o síndrome. La paciente acude a consulta por metatarsalgia de transferencia con hiperqueratosis en ambos pies, siendo más sintomático el pie derecho.

Material y método: Primero es intervenida del pie derecho mediante la colocación de un fijador externo y AK para fijar la MCF, la corrección inicial basada en la fórmula metatarsal de Maestro se prevé de unos 15mm en el pie derecho y de 12 mm en el pie izquierdo. De manera simultánea a la colocación del fijador externo se realiza alargamiento del tendón extensor. El pie izquierdo se intervino a los 6 meses de la retirada del FEE del pie derecho.

Resultados: El periodo de alargamiento medio fue de 4 semanas aproximadamente y destacar que se debe mantener el fijador externo sin variar la longitud el doble del tiempo del que se ha tardado en conseguir el alargamiento deseado y a su vez comprobar consolidación radiográfica y clínica. Destacar que como complicación ha aparecido un dedo en garra leve en el pie izquierdo.

Comentarios y conclusiones: Mostramos la utilización del FEE como un método fácil y seguro del tratamiento de esta patología. El resultado funcional y estético de la paciente ha sido excelente.

CC-719. ARTROPATÍA EROSIVA EN METATARSOFALENGICA DEL HALLUX. TRATAMIENTO MEDIANTE ARTRODESIS METATARSOFALENGICA CON INJERTO DE INTERPOSICIÓN

F.J. Carrillo Piñero, J.P. García Paños, L. Clavel Rojo, J. Martínez Ros, J.J. López Martínez, M. López Antón, S. Vela Pardo y F. García Zafra

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: La artrodesis metatarsofalángica del hallux se ha establecido como un adecuado tratamiento en estadios graves de hallux rigidus en pacientes activos y como técnica de rescate tras secuelas dolorosas de técnica Keller-Brandes o tras fracasos protésicos, necesitando en estos últimos casos la interposición de injerto para asegurar una adecuada longitud del hallux.

Material y método: Paciente de 54 años, sexo femenino que consulta por dolor y deformidad a nivel de articulación metatarsofalángica del primer dedo del pie derecho. Antecedentes de artritis reumatoide en tratamiento con metotrexate. A la exploración se aprecia una deformidad con subluxación dorsal de la falange proximal del hallux sobre la cabeza metatarsiana, dolorosa y con pérdida de movilidad en extensión. Presenta un pie cavo anterior leve sin varo del retropie ni metatarsalgia ni deformidad de dedos menores acompañante. El estudio radiológico simple revela una artropatía erosiva metatarsofalángica con lesión lítica a nivel de la cabeza y cuello de M1 con adelgazamiento cortical. La TC confirma la extensión de la lesión. Se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza abordaje dorsal de la metatarsofalángica del hallux evidenciando hipertrofia sinovial y lesión lítica en M1 rellena de tejido grisáceo amarillento. Se realiza curetaje de la lesión tras lo que queda defecto de 1 cm. Se envía muestra para análisis anatomopatológico. Se rellena la cabeza y el cuello de M1 con autoinjerto esponjoso de cresta ilíaca. Se prepara la superficie articular de F1 con signos artrósicos. Se realiza artrodesis metatarsofalángica con injerto tricortical autólogo de cresta ilíaca interpuesto para recuperar la longitud del hallux por el defecto generado. Se estabiliza el montaje con placa larga dorsal atornillada + tornillo interfragmentario.

Resultados: Se mantiene a la paciente en descarga de antepié con zapato de tacón invertido, con carga en retropie, durante 2 meses hasta evidenciar la consolidación de la artrodesis. A los dos meses la paciente inicia carga completa con zapato de serie. Tras 6 meses postoperatorios la paciente deambula con normalidad, sin dificultad para calzarse y sin dolor. El resultado de la anatomía patológica describe una sinovitis crónica y material necrótico con reacción a cristales de colesterol.

Comentarios y conclusiones: La artrodesis metatarsofalángica constituye un tratamiento adecuado para resolver artropatías severas. La utilización de injerto autólogo tricortical de cresta ilíaca, aunque difícil la cirugía, permite restaurar la longitud del hallux en casos de defectos graves. La síntesis con placa atornillada dorsal permite una estabilidad adecuada en casos complejos.

CC-720. NEURILEMOMA DEL NERVO PLANTAR INTERNO. A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Calbet Montcusí, F. Pérez Moreno, A. Rodríguez Gongoso, J. Coloma Saiz, P. Maltes Fernandois, A. Baduell Martí y S. Peña Peña

Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Tarragona.

Introducción y objetivos: Las tumoraciones de los nervios periféricos pueden ser benignas y malignas. Un 5% de las tumoraciones de las partes blandas son neurilemomas y tienen una incidencia muy baja a nivel de extremidades. Suele aparecer en la edad adulta. Habitualmente se presentan como tumores solitarios, no son palpables, benignos y con una transformación a tumor maligno muy baja. Suelen aparecer de manera espontánea y minoritariamente puede estar relacionado con enfermedades genéticas como la neurofibromatosis tipo 2 y/o la schwannomatosis. En estos casos se trataría de un paciente de edad pediátrica y posiblemente con formas de presentación múltiple.

Material y método: Presentamos un caso de una paciente de 36 años, con clínica de dolor plantar de 6 años de evolución y sin antecedente traumático. Dolor que aumenta con la bipedestación y deambulación. La paciente refiere que las molestias no mejoran con AINEs ni las infiltraciones realizadas. Se realiza el diagnóstico diferencial descartando la patología más frecuente de esta zona como la fascitis plantar o el Síndrome del canal del tarso. La radiología simple no muestra ninguna alteración patológica. La resonancia magnética informa de una tumoración que rodea el nervio plantar medial del pie, que podría

ser un neurinoma o una tumoración de características musculares o fibrosas.

Resultados: Con la sospecha diagnóstica de neurilemoma del nervio plantar medial se realiza resección quirúrgica preservando la integridad y continuidad nerviosa. Des del postoperatorio inmediato la paciente se muestra asintomática. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica nos da el diagnóstico definitivo de neurilemoma.

Comentarios y conclusiones: Los neurilemomas del nervio plantar interno son muy infrecuentes y son lesiones benignas compuestas en el estudio histológico por células Antoni A, Antoni B y cuerpos de Verocay. Su localización más frecuente es la cabeza y cuello, seguido del tronco y extremidades. La prueba de imagen de elección para la orientación diagnóstica es la RM. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica.

CC-721. LUXACIÓN DE TOBILLO SIN FRACTURA ASOCIADA. PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

H. Mínguez Pérez, R. de los Santos de la Cruz, M.A. García de León, B. Ruiz Nieto, A.I. Simón Carrascal, J.V. Peralta Molero, P. Zuñil Acosta e I. Martínez Melián

Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: La luxación pura de tobillo sin fractura asociada es una patología muy rara. La etiología más común se asocia a traumatismos de alta energía.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 33 años que acude a nuestro servicio de urgencias por dolor y deformidad en tobillo izquierdo tras caída mientras practicaba ciclismo. A la exploración física presenta importante deformidad en tobillo izquierdo, con impotencia funcional, no apreciándose ninguna alteración vasculonerviosa asociada. El estudio radiológico muestra una luxación de tobillo sin lesiones óseas asociadas.

Resultados: Se procede a reducción cerrada comprobándose la no lesión de la sindemosis tibioperonea por lo que se inmoviliza con yeso siendo el control radiológico satisfactorio; se mantiene durante 4 semanas para posteriormente retirar la inmovilización e iniciar el correspondiente programa de rehabilitación con carga parcial progresiva y asistida con bastones ingleses, consiguiéndose la recuperación funcional a los 3 meses con una movilidad completa, sin dolor y sin signos de inestabilidad articular, pudiendo el paciente reincorporarse a su actividad deportiva.

Comentarios y conclusiones: El diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental en la luxación de tobillo. Una vez diagnosticado, se debe proceder a la reducción lo antes posible ya que de esto va a depender el pronóstico. En nuestro caso, pudo conseguirse mediante métodos cerrados. La interposición de partes blandas o la luxación del peroné por detrás de la tibia pueden dificultar la reducción y hacer necesaria la reducción abierta. Existen buenos resultados en pacientes en los que no se lleva a cabo la reparación ligamentosa en el momento inicial. Solo estaría indicada la corrección quirúrgica de inicio en las lesiones de la sindemosis tibioperonea. Como complicación más importante destaca la necrosis ósea del astrágalo, que se diagnostica por la clínica y radiología cuyo tratamiento sería la artrodesis diferida.

CC-722. RESULTADOS A MEDIO PLAZO DE LA ARTRODESIS TIBIOASTRAGALINA BILATERAL

I. Piñol Jurado, D. Pérez Prieto, F. Mingo Fernández, P. Rigol Ramon, A. Ginés Cespedosa, L. Puig Verdí e S. de Zabala Ferrer

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: A pesar de los avances en la artroplastia total de tobillo, la artrodesis de tobillo sigue considerándose el patrón

oro de tratamiento para los estadios avanzados de artropatía tibioastragalina (ATA). La limitación funcional, la degeneración de las articulaciones vecinas y la alteración de la marcha son puntos controvertidos de esta técnica, sobretodo, en casos bilaterales. En estos, algunos autores recomiendan la utilización de artrodesis en un lado y artroplastia en otro, aunque no hay suficiente evidencia científica que confirme esta afirmación. Los autores presentan los resultados de un caso a medio plazo de artrodesis tibioastragalina bilateral.

Material y método: Varón de 64 años sin antecedentes patológicos y trabajador activo con dolor de tobillos bilateral de 6 meses de evolución. Explica esguinces de repetición en relación con su actividad recreacional. Presenta un perímetro de la marcha de más de 1 hora y dolor a la tibioastragalina. La radiología muestra ATA bilateral y varo en dichas articulaciones. Se realiza tratamiento conservador por lo que su clínica mejora durante 6 años, cuando reaparece el dolor y la limitación funcional para las actividades laborales y básicas de la vida diaria. El perímetro de la marcha está disminuido y a la exploración presenta dolor en la tibioastragalina con subastragalina libre. La radiología y la RNM evidencian una ATA grave y deformidad en varo de 15° el derecho y 20° el izquierdo. El diagnóstico se orientó como una ATA bilateral asociada a deformidad en varo.

Resultados: El paciente fue intervenido quirúrgicamente efectuando una artrodesis tibioastragalina bilateral mediante técnica abierta de tornillos cruzados. Se desestimó la artroplastia de tobillos por las deformidades en varo. El seguimiento (42 meses tobillo izquierdo y 30 meses tobillo derecho) es demostrativo de la fusión radiográfica y la resolución clínica. Solo presenta molestias ocasionales, marcha sin cojera con zapatos con talón y puede realizar sus actividades sin limitaciones.

Comentarios y conclusiones: La artrodesis bilateral de tobillos puede ser útil en pacientes con ATA grave bilateral cuando presentan contraindicaciones para la artroplastia. La limitación teórica de realizar la artrodesis bilateral podría no ser tan importante como preconizan algunos autores.

CC-723. LUXACIÓN IRREDUCTIBLE CRÓNICA DEL PRIMER DEDO DEL PIE: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

I. Piñol Jurado, D. Pérez Prieto, F. Mingo Fernández, A. Ginés Cespedosa, P. Rigol Ramón, L. Puig Verdí e S. de Zabala Ferrer

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: La luxación irreductible de la articulación interfalángica del primer dedo (1F1D) del pie es una entidad rara. La luxación de la 1F1D habitualmente requiere de reducción cerrada e inmovilización. En el caso de no conseguir la reducción cerrada, deberíamos pensar en la interposición de la placa plantar de la falange distal o de un hueso sesamoideo accesorio. En estos casos, la reducción abierta es necesaria, y debería hacerse lo más pronto posible. Según Miki et al., estas lesiones se clasifican en dos tipos basándose en las radiografías y los hallazgos clínicos. El tipo I es la luxación con ruptura e interposición de la placa plantar, que produce una elongación y deformidad leve del dedo. En el tipo II no hay ruptura de la placa volar y el desplazamiento y deformidad del dedo son mayores. El objetivo de este póster es la descripción de un caso de lesión tipo II de Miki tratada después de meses de evolución.

Material y método: Descripción del caso: varón de 19 años sin antecedentes patológicos de interés que es derivado desde un centro ambulatorio por luxación interfalángica del 1er dedo del pie izquierdo. El paciente sufrió un traumatismo sobre este dedo 4 meses antes por lo que consultó a un centro de urgencias y fue diagnosticado de contusión, pasando desapercibida la luxación. Tras persistir las molestias, y después de 3 meses, le realizaron nuevas radiografías y entonces se le diagnosticó la luxación de la 1F1D del pie izquierdo. El

paciente presentaba molestias y estaba limitado para la realización de sus actividades deportivas. A la exploración física presentaba tumefacción y deformidad en extensión de la falange distal del primer dedo del pie, dolor a la palpación y movilidad ausente de la IF1D. Cuando caminaba, el apoyo del pulpejo del dedo estaba ausente. Se realizó un estudio por radiología simple y tomografía axial computarizada que evidenciaba la luxación sin apreciar elementos óseos interpuestos (no se visualizaba fractura ni interposición de la placa plantar ni huesos sesamoideos accesorios). La orientación diagnóstica fue de luxación de la IF1D del pie izquierdo crónica (4 meses de evolución).

Resultados: El paciente fue intervenido a los 4 meses de la lesión realizándose una exploración quirúrgica mediante abordaje medial, reducción abierta y artrodesis de la interfalángica del primer dedo del pie mediante la colocación de un tornillo a compresión de distal a proximal. A los 6 meses de seguimiento, el paciente está libre de síntomas y ha restituido por completo sus actividades deportivas.

Comentarios y conclusiones: La luxación de la IF1D es rara. Está documentado el mecanismo lesional en hiperextensión forzada del primer dedo. El tratamiento más habitual es la reducción cerrada mediante tracción. En los casos irreductibles, la reducción abierta es necesaria. Hay descritos diversos abordajes para la reducción abierta con buenos resultados. La latencia desde la lesión hasta el tratamiento quirúrgico condiciona la elección del mismo. Desde nuestro conocimiento, hay descritos más de 50 casos de luxación inveterada de la IF1D tratados de forma aguda mediante reducción abierta y solamente un caso de tratamiento quirúrgico después de meses de evolución de la lesión. Este último fue tratado mediante abordaje dorsal, reducción, artrodesis y fijación con tornillo percutáneo presentando buenos resultados al seguimiento. En conclusión, la artrodesis de la IF1D del pie, desde nuestra experiencia, es un tratamiento útil para las luxaciones crónicas de la IF1D del pie y presenta buenos resultados a medio plazo.

CC-724. DISPLASIA FIBROSA EN EL CALCÁNEO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

I. Cearra Guezuraga, R. Alonso Vidal, R. Torre Puente, E. Castrillo Carrera, D. Martínez Ogalla, M.X. Rotinen Díaz, M. Arroyo Blázquez y U. García de Cortázar Antolín

Hospital de Basurto. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una paciente de 32 años, que consulta por talalgia izquierda de varias semanas de evolución. En radiología simple, se aprecia a nivel del peroné y de calcáneo- en localización subcondral- una imagen lítica de contornos esclerosos y patrón de vidrio deslustrado. Se realiza una biopsia de la lesión más accesible, en peroné, que arroja el diagnóstico de displasia fibrosa.

Material y método: Se procede a realizar una exéresis de la lesión en el calcáneo con relleno de la cavidad con injerto óseo autólogo, en previsión de una fractura patológica con colapso de la articulación subastragalina. Se lleva a cabo, asimismo, una revisión de los muy escasos casos publicados de displasia fibrosa en el calcáneo.

Resultados: En el corto plazo, la paciente presenta una evolución satisfactoria.

Comentarios y conclusiones: La displasia fibrosa, que puede presentarse bien en forma monostótica, poliestótica, o en el contexto de un Síndrome de McCune-Albright, es un raro trastorno secundario a mutaciones en el gen GNAS1, que codifica la subunidad alfa de la proteína Gs, y que conlleva una mala función osteogénica en los osteoblastos. La radiología de estas lesiones se caracteriza por la heterogeneidad en su presentación, lo que obliga a un correcto diagnóstico diferencial. La evolución de las mismas, por otra parte, es variable, pudiendo progresar y eventualmente provocar una fractura patológica, o permanecer latentes en el tiempo. Hoy en día, para casos como el des-

crito, se recomienda el curetaje de la lesión y el relleno con injerto óseo.

CC-725. FRACTURA-AVULSIÓN EN LA INSERCIÓN ASTRAGALINA DEL LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR EN PACIENTE PEDIÁTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Crespo Cullell, J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, R. Llombart Blanco, S. Cruz Morandé y M. Alfonso Olmos

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La inversión forzada de tobillo es uno de los motivos más frecuentes de consulta y suele asociar como lesión ligamentosa más frecuente la del ligamento peroneo astragalino anterior (LPAA). La fractura por avulsión ha recibido mucha menos atención que la de la rotura de estos ligamentos. Un tratamiento inadecuado puede resultar en la inestabilidad crónica de tobillo con esguinces recurrentes y síntomas residuales.

Material y método: Revisión retrospectiva de un paciente de 10 años que acude a urgencias tras sufrir entorsis de tobillo. Presenta dolor en zona maleolar externa y borde externo del pie. Tratado inicialmente con inmovilización con férula posterior y deambulación en descarga. En el control a los 7 días, presenta dolor en epífisis de peroné y en LPAA asociando edema y hematoma.

Resultados: En los estudios de imagen (radiografía, T.C. y resonancia magnética) se observa una rotura de la inserción del LPAA con desinserción perióstica que posteriormente se ha osificado. El paciente fue diagnosticado de fractura-avulsión de fragmento astragalino por LPAA. Es intervenido mediante reducción abierta y osteosíntesis del fragmento óseo con anclaje reabsorbible habitual en cirugía artroscópica de hombro. Inicia inmovilización dinámica a las 3 semanas.

Comentarios y conclusiones: En pacientes pediátricos, con esqueleto inmaduro, un pequeño fragmento puede pasar inadvertido en las radiografías iniciales, ser confundido con "os accesorios" y ser mal diagnosticada como esguince. Un tratamiento inadecuado puede resultar en la inestabilidad crónica de tobillo con esguinces recurrentes y síntomas residuales que comprometan el rendimiento deportivo. En la revisión de la literatura el tratamiento de la fractura por avulsión de los ligamentos laterales de tobillo sigue siendo controvertido, aunque el tratamiento quirúrgico es generalmente el más aceptado, especialmente en los niños.

CC-726. TUBÉRCULO DE TILLAUX, CHAPUT

J. Martínez Ros, L. Martínez García, F.J. Carrillo Piñero, L. Clavel Rojo, S. García Hortelano, S. Illán Franco, J.J. Parrilla Riera y M. Martínez Ros

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: En posición de dorsiflexión, la articulación del tobillo actúa como una verdadera mortaja, con estabilidad principalmente conferida por el contacto articular, pero en flexión plantar la estabilidad pasa a manos de las estructuras ligamentosas. Las estructuras sindesmóticas son las máximas responsables de la integridad de la mortaja del tobillo.

Material y método: Paciente de 32 años de edad que presenta caída en República Dominicana, con impotencia y fuerte dolor de tobillo. Acude a Servicio de urgencias donde tras la exploración física es diagnosticado de esguince de tobillo grado II, por lo que se trata con terapia sintomática (RICE). Tras 2 semanas de reposo relativo, sin carga de dicho pie comienza a deambular. A las 4 semanas cuando regresa a España persiste intenso dolor de tobillo con imposibilidad para la carga. Tras la exploración física y complementarias pertinentes (radiología simple y resonancia), se diagnostica de: fractura (no consolidada) de región externa de maleolo tibial (tubérculo de Tillaux-

Chaput), rotura completa de ligamento sindesmótico tibio-peroneo anterior y peroneo astragalino anterior, así como lesión parcial de ligamento deltoideo. Fue tratado con placa de 2 orificios, un tornillo transindesmal y otro sólo a peroné y, tornillo de compresión en fractura de tubérculo. Los controles de la estabilidad de la sindesmosis, fueron satisfactorios.

Resultados: Tras un periodo de 7 días de ferulización, comenzó tratamiento rehabilitador. Se retiró tornillo transindesmal a las 6 semanas. Los controles radiológicos mostraban signos de consolidación. El paciente a los 3 meses de la cirugía se encuentra casi asintomático, mostrando molestias residuales.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones ligamentarias junto con arrancamiento óseo son poco habituales en la clínica habitual. Es fundamental realizar una adecuada exploración física sistemática y la realización de exploraciones complementarias específicas para que no pasen desapercibidas.

CC-727. ARTROSCOPIA POSTERIOR DE TOBILLO. SOLUCIÓN PARA TENOSINOVITIS DEL FLEXOR DEL PRIMER DEDO

J.M. Cortés Villar, M. Martínez Ibeas, J.M. Lomo Garrote, M. Plata García, R. Hernández Ramajo, B. García Medrano, M. Brotet Rodríguez y F. del Canto Iglesias

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: En los últimos años la artroscopia posterior de tobillo se ha convertido en un importante método de diagnóstico y tratamiento de la patología posterior del tobillo. Dos de las patologías más frecuentes tratadas mediante esta técnica son el síndrome friccional de partes blandas y óseo y la osteocondritis. Presentamos nuestra experiencia clínica al respecto.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 38 años de edad que acude a nuestra consulta con clínica de dolor invalidante en región plantar del primer dedo del pie izquierdo, así como episodios cada vez más recurrentes de dolor e impotencia funcional en retropié izquierdo. La exploración física y pruebas complementarias confirman el diagnóstico de lesiones condrales astragalinas, cuerpos libres intraarticulares y una evidente inflamación circundante al tendón flexor del primer dedo compatible con tenosinovitis. Tras los estudios preoperatorios correspondientes decide intervención quirúrgica proponiéndose para artroscopia de tobillo vía posterior, se procede a limpieza articular, extracción de cuerpos libres y tenolisis del tendón flexor del primer dedo.

Resultados: A la revisión a los tres meses el paciente refiere franca mejoría de su clínica pudiendo haber retomado sus actividades de la vida cotidiana incluyendo el inicio de práctica deportiva de manera paulatina.

Comentarios y conclusiones: La artroscopia posterior de tobillo utilizando los portales posterolateral y posteromedial es una técnica reproducible y con el conocimiento anatómico de la región presenta bajo índice de complicaciones por lo que creemos que es una solución más que aceptable para determinadas patologías de la región posterior del tobillo por su relativa inocuidad así como sus excelentes resultados.

CC-728. PSEUDOARTROSIS BIMALEOLAR TRAS OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURA DE TOBILLO. UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE

J.I. Eugenio Díaz, M.L. Galadí Fernández y D. Gallo Padilla

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Las fracturas de la articulación del tobillo precisan una reducción anatómica para restaurar la funcionalidad articular. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran la infección postquirúrgica y la artrosis postraumática. El retardo en

la consolidación y la pseudoartrosis son complicaciones muy poco frecuentes, debiendo descartar una infección asociada al material de osteosíntesis.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 56 años, con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia vascular periférica, intervenido en el año anterior de fractura tipo B de tobillo mediante osteosíntesis bimalleolar. La impotencia funcional había persistido y en los estudios de imagen (Rx y TAC) se evidenciaba ausencia de consolidación ósea en peroné y en maleolo tibial. La gammagrafía con leucocitos marcados fue negativa, así como los cultivos intraoperatorios.

Resultados: Se plantea un tratamiento quirúrgico mediante desbridamiento, curetaje, aporte de injerto autólogo de cresta ilíaca y nueva osteosíntesis con dos placas a compresión, con evolución satisfactoria, consolidación ósea y recuperación de la función a los pocos meses.

Comentarios y conclusiones: La pseudoartrosis de tobillo es una entidad extremadamente rara, pudiendo aparecer, sobre todo tras complicaciones sépticas en relación a la osteosíntesis. El tratamiento de la pseudoartrosis precisa desbridamiento del foco, aporte de injerto y estabilización con osteosíntesis estable.

CC-729. OSTEOTOMÍA CORRECTORA EN MALUNIÓN EN VARO Y RECURVATUM DE FRACTURA COMPLEJA DEL PILÓN TIBIAL

J.O. Sous Sánchez, A.D. Jover Mendiola, J. Solana Carné, I. Francuz y J.A. Velasco Medina

Hospital de Torrevieja. Alicante.

Introducción y objetivos: Paciente varón de 31 años que tras caída de altura presenta una fractura multifragmentaria de pión tibial derecho con extensión metafiso-diáfisis y una fractura suprasindesmal transversa de peroné derecho. Se decide tratar en primer tiempo mediante reducción abierta y osteosíntesis con tres placas y tornillos, una en peroné y dos en tibia distal.

Material y método: En los seguimientos postoperatorios el paciente presenta dolor con la deambulación y limitación funcional en flexo-extensión del tobillo. Así mismo, se evidencia retardo de la consolidación que desencadena en una malunión con desviación en varo y recurvatum del retropié con respecto a la diáfisis tibial.

Resultados: Se realiza osteotomía correctora, aporte de injerto óseo y osteosíntesis con placa. El postoperatorio cursa sin complicaciones y se mantiene inmovilización durante 8 semanas y descarga. A los 3 meses de la intervención, la alineación tibioastragalina es casi correcta, persistiendo tan sólo leve desviación en recurvatum que, no obstante, no compromete el balance articular del tobillo. Existe consolidación de la osteotomía y el paciente no refiere dolor.

Comentarios y conclusiones: La correcta reducción articular y el mantenimiento de la columna medial de la tibia son fundamentales para prevenir la malunión de las fracturas del pión tibial. La complicación más frecuente es el desarrollo de osteoartrosis precoz del tobillo. Las osteotomías correctoras deben ser realizadas una vez conseguida la consolidación ósea y antes del desarrollo de cambios degenerativos.

CC-730. ARTROPATÍA DE CHARCOT

J. Andrés Grau, P. Villamor Redondo, D. Bo Rueda, J.F. Abellán Guillén, J.E. Gil Gómez, M.A. Sánchez Carrasco y F.M. Úbeda García

Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y objetivos: En 1703, W. Musgrave describió la artritis como una complicación de las enfermedades venéreas. J.M. Charcot, al observar a estos pacientes, describe el rápido inicio de deformidades y lesiones destructivas indolores causadas por lesiones neurológicas subyacentes. La diabetes es la principal responsable de estas

lesiones, habiendo desplazado a la sífilis terciaria, máxima responsable en un pasado. Es la manifestación más espectacular de la neuropatía diabética periférica. Cuando el cuadro se presenta en la forma aguda, el pie, y a veces el tobillo, se muestran hinchados por un intenso edema que se acompaña, en variable intensidad, de calor y rubor. Existe poco dolor asociado. Así, hay que plantearse el diagnóstico diferencial en un pie tumefacto, rojo y caliente, en un paciente diabético, lo que incluye en primer lugar la celulitis, con o sin formación de absceso profundo. El Cirujano pues, deberá tener en mente esta entidad, para poder llevar a cabo un correcto diagnóstico diferencial (infecciones, pies planos, rupturas de tendón tibial posterior...) de cara a instaurar un correcto tratamiento que conduzca a prevenir deformidades, minimizar las posibilidades de ulceraciones y lesiones tróficas de la piel, así como conseguir que el paciente sea capaz de deambular durante el mayor tiempo posible que dure el tratamiento hasta que se consiga la curación. Cuando la enfermedad se presenta en las fases subagudas o crónica, los signos inflamatorios agudos son cada vez menores y los cambios estructurales del pie, con aparición de deformidades, son cada vez más acusados. El pie se hace cada vez más ancho, apareciendo prominencias óseas en zonas de consolidación, en los bordes lateral y medial del pie. El objetivo del cirujano ortopédico es el de conseguir un pie plantigrado, corregir deformidades y mejorar las partes blandas. Para ello cuenta con numerosas técnicas, desde técnicas poco agresivas como son las tenotomías del Aquiles hasta grandes cirugías como las panartrodesis.

Material y método: Varón de 54 años con DM tipo I. Obeso. Presenta edema difuso en ambos pies durante 6 meses, tras los cuales comienza con un hundimiento del arco plantar de forma bilateral. No enfermedad vascular periférica. Disminución de todos los tipos de sensibilidad. En la Rx simple y el TC se observa una destrucción completa de todo el mediopié que se corresponde con una artropatía neuropática en fase I (fragmentación) de Eichenholtz. Realizamos tratamiento ortopédico con descarga mecánica e inmovilización. Cuando evoluciona a fase II de coalescencia y comienza el enfriamiento del pie, realizamos una panartrodesis de todo el mediopié.

Resultados: Conseguimos un pie plantigrado, elevando parcialmente el arco plantar. Permite una deambulación completa por parte del paciente, sin deformidades óseas ni prominencias.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento del pie diabético debe ser un tratamiento multidisciplinar, en el que intervengan distintos especialistas. El traumatólogo debe tratar el pie diabético neuropático.

CC-731. DESTRUCCIÓN SEVERA TIBIOASTRAGALINA POR ENFERMEDAD DE CHARCOT. AMPUTACIÓN O ARTRODESIS

J.J. González Fernández, J.L. Guevara Matamoros, R. Mesa Marcos, J. Díez Romero, O. Fernández Hernández y M.P. Cuesta Fuente

Hospital de León.

Introducción y objetivos: El pie de Charcot es una neuroartropatía que evoluciona hacia una degeneración y deformidad progresiva de las articulaciones del pie. Actualmente es más frecuente en diabéticos con neuropatía periférica. El tratamiento quirúrgico va desde la amputación hasta la reconstrucción articular y estaría indicada cuando existen ulceraciones, inestabilidad, dolor severo o impedimento para utilizar calzado normal. El objetivo es presentar el caso de una paciente de 50 años de edad con afectación articular grave de tobillo y pie izquierdos por enfermedad de Charcot. Se analiza la evolución de esta patología y sus posibles tratamientos quirúrgicos.

Material y método: Paciente de 53 años de edad con diabetes mellitus tipo I mal controlada que acude a Consultas Externas de Traumatología por dolor, deformidad e impotencia funcional en pie izquierdo de años de evolución. Presentaba una úlcera plantar a nivel de cuboides y una importante destrucción articular de mediopié. En una primera

cirugía se realiza una tenotomía percutánea de tendón de Aquiles izquierdo y Friedrich de úlcera plantar. Tras el cierre de la úlcera es reintervenida realizando una realineación articular y triple artrodesis del pie izquierdo (subastragalina, arco interno y externo) con 3 tornillos. La buena evolución clínica y radiológica permite la carga parcial con bota ortopédica (Walker) a los 4 meses. A las 2 semanas acude al Servicio de Urgencias por tumefacción y dolor leve de tobillo izquierdo, sin traumatismo previo. En la radiografía se aprecia una fractura osteoporótica de pilón tibial e infrasindesmal de peroné. Es intervenida quirúrgicamente realizándose osteosíntesis con fijador externo tibio-astrágalo-calcáneo de la fractura. El fijador se retira a los 3 meses, al consolidar la fractura y se coloca bota ortopédica rígida para inicio de apoyo parcial.

Resultados: Presenta una buena evolución, sin dolor, con movilidad de tobillo aceptable y marcha normal sin muletas. A los 2 años de la primera intervención ingresa en nuestro Servicio por Osteomielitis a nivel de tobillo izquierdo tras mala evolución de una úlcera en región maleolar externa. En la radiografía de control se aprecia una destrucción masiva articular de tobillo y colapso completo de astrágalo. Se planteo la amputación pero la paciente lo rechazó. Recibió tratamiento antibiótico y curas con buena evolución. Actualmente persiste la úlcera y la paciente está en descarga. La gammagrafía de control no evidencia signos de infección activa. La solución definitiva sería la amputación pero la paciente la sigue rechazando. La alternativa sería la artrodesis de retropié y tobillo con clavo intramedular retrógrado, pero los riesgos quirúrgicos y las posibilidades de mala evolución son grandes.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento del pie neuropático es un reto para el cirujano ortopédico. La neuroartropatía diabética de Charcot tiene varios estadios. La fragmentación ósea y la desestructuración articular resultan de la pérdida de la sensibilidad y del dolor en un paciente diabético mal controlado. Por lo tanto, un buen control de la glucemia es casi tan importante como una fijación interna adecuada. Las variantes en su abordaje van desde el tratamiento conservador, hasta las osteotomías, exostosectomías, injerto óseo, fijación externa, reconstrucción quirúrgica, la artrodesis con sus variantes y la amputación. Muchos de los pacientes con artropatía de Charcot pueden tratarse con yeso, descarga, ortesis y calzado ortopédico adecuado con buena evolución, aunque la amputación puede ser a veces la mejor opción para una buena recuperación funcional. La reconstrucción articular y artrodesis es una alternativa a la amputación y tendría como objetivo restaurar la estabilidad y el alineamiento del pie y tobillo y facilitar el uso de un calzado apropiado que permita una actividad física suficiente para un buen control glucémico y prevenir la ulceración e infección crónica. Pero hay que tener en cuenta los riesgos de una cirugía tan agresiva. Podemos concluir que ante una patología tan destructiva a nivel óseo como es el Charcot, es preciso tener muy en cuenta que una técnica quirúrgica cuidadosa, una osteosíntesis estable, una inmovilización prolongada, un balance muscular adecuado y el control glucémico estricto son los factores clave para evitar la amputación y obtener un buen resultado.

CC-732. PIE EQUINO POSTRAUMÁTICO. CORRECCIÓN MEDIANTE TÉCNICA DE ILIZAROV

J.J. López Martínez, C. Salcedo Cánovas, R. Rodríguez Martínez, A. Valcárcel Díaz, S. Vela Pardo, F.J. Carrillo Piñero, S. Illán Franco y C. Clavel Sáinz

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El método de Ilizarov, como sistema de osteosíntesis mediante fijador externo circular y modulador de la formación ósea, permite correcciones en 3 dimensiones y actuar tanto sobre hueso como sobre partes blandas, siendo nuestra técnica de elección para resolver las deformidades complejas de los pies.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 45 años que sufrió accidente de tráfico con motocicleta con luxación de Chopart abierta intervenida de urgencias en otro servicio hospitalario mediante reducción de la luxación y fijación con 3 agujas de Kirschner de articulaciones tibioastragalina, subastragalina y astrágaloescafoidea. El paciente no evolucionó favorablemente, presentando infección precoz de sus heridas que precisaron de antibioterapia hospitalaria sin éxito, desarrollando un cuadro de osteomielitis aguda que precisó de una limpieza quirúrgica a los 15 días y retirada del material de fijación. Como secuelas de esta grave complicación el paciente desarrolló un equinismo severo de su pie, con impotencia para el apoyo plantigrado. Una vez solucionado su cuadro de osteomielitis, y ante la grave afectación funcional y el antecedente infeccioso, se le planteó al paciente la opción de tratamiento de su deformidad mediante corrección con fijación externa circular mediante técnica de Ilizarov. Se intervino al paciente 6 meses después de su lesión inicial con colocación de fijador externo circular con un marco tridimensional tibial de anclaje óseo con un anillo solidarizado a otro marco tridimensional para el pie con un semiaro para calcáneo para la corrección varo-valgo y equino del retropie y otro semiaro para las deformidades del antepié. Actuando sobre las barras distractoras que unían los arcos tibiales y los del pie y las que unían los arcos del pie entre sí se realizó la corrección progresiva actuando alternativamente sobre los distintos distractores, con corrección de la deformidad únicamente sobre partes blandas.

Resultados: El montaje se mantuvo durante 4 meses, considerando que había conseguido un pie plantigrado cuando en la radiografía simple de perfil se obtuvo un ángulo de Moreau-Costa-Bartani en los límites de la normalidad (125°). Este resultado fue satisfactorio para el enfermo, tanto funcional como estéticamente, no precisando el uso de ninguna ortesis tras el mismo. Actualmente, y tras 2 años, el paciente se encuentra limitado para la actividad deportiva pero muy satisfecho clínicamente, con una deambulación normal que le permite una vida laboral y social sin complicaciones.

Comentarios y conclusiones: El método de Ilizarov parecía tener, en un principio, su aplicación exclusiva como tratamiento de los alargamientos óseos, fracturas abiertas y osteomielitis postraumáticas. La profundización en los estudios ya iniciados por Ilizarov sobre lo que él llamaba proceso de «tension-stress» ha puesto de manifiesto que durante la corrección de las deformidades la histogénesis por distracción no sólo producía osteoinducción, sino que también las partes blandas circundantes se alargaban y readaptaban su situación, aumentando las indicaciones clínicas de este método. Las deformidades estructuradas graves de los pies suponen una patología poco frecuente pero de solución compleja por la dificultad de sistematizar su tratamiento. Son lesiones de etiologías dispares y con deformidad diferente y particular en cada uno de los casos a nivel del retropie, mediopie y antepie. Los «métodos convencionales» utilizados para la corrección de estas deformidades se han basado en la actuación directa sobre partes blandas (alargamientos y transposiciones tendinosas) y hueso (osteotomías correctoras, habitualmente de sustracción), pero su aplicación en pies gravemente deformados podía presentar escollos por distintas razones: la dificultad de cobertura cutánea tras la corrección, dificultades encontradas con las estructuras neurovasculares acortadas que pueden tolerar mal una corrección inmediata, los casos en los que la corrección supone la osteotomía con artrodesis de articulaciones sanas del pie, aumentando la rigidez no fisiológica del mismo, o la importante secuela estética y funcional que en niños mayores y adultos supone el acortamiento del pie en las osteotomías por sustracción. En nuestro centro preferimos la realización de las deformidades complejas de los pies mediante la técnica de fijación externa circular tipo Ilizarov sin osteotomías como en el caso expuesto, con distracción de las articulaciones del pie y sus partes blandas y una gran satisfacción por parte del paciente tras el tratamiento.

CC-733. SUBLUXACIÓN DE TENDONES PERONEOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Mariscal Peralta, J.C. Roa Montero y D.J. Moriel Garceso

Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción y objetivos: La patología que se asienta en tendones peroneos no es muy frecuente, ocupando el tercer lugar de las lesiones tendinosas del tobillo (tras lesiones del tendón de Aquiles y tibial posterior). Es fundamental para establecer el diagnóstico diferencial el conocimiento de estas estructuras y su funcionamiento. Se presenta un caso de un paciente con subluxación de tendones peroneos de larga evolución y su corrección quirúrgica.

Material y método: Paciente de varón de 34 años presenta antecedentes de esguinces de ligamento lateral externo de tobillo y fractura de calcáneo derechos. Acude a consulta por dolor retromaleolar externo y chasquidos a la movilización del tobillo de años de evolución. En la exploración es llamativo el dolor a la palpación retromaleolar externa, tumefacción en dicha zona, junto con maniobra de provocación de peroneos con resalte positivo. Tras realización de Rx, TC y RMN de tobillo se aprecia subluxación de tendones peroneos, tenosinovitis adyacente y artropatía degenerativa subastragalina. Se concluye el diagnóstico de Subluxación crónica de Tendones peroneos y se propone tratamiento quirúrgico que el paciente acepta. En el acto quirúrgico se aprecia subluxación de tendones peroneos con tenosinovitis asociada. Tendinosis del tendón peroneo largo con desgarramiento longitudinal y lesión del retináculo tipo I de Ecker-Davis. Se realiza abordaje posterior al peroné y tenosinovectomía de tendones peroneos, desbridamiento y tubularización de tendón peroneo largo y surcoplastia de Raikin. Se inmovilizó el tobillo 4 semanas y se comenzó con trabajo de rehabilitación.

Resultados: Tras el trabajo de rehabilitación el paciente se incorporó a las actividades cotidianas con normalidad y describiendo mejoría total de la sintomatología previa.

Comentarios y conclusiones: Es importante en las lesiones de tendones peroneos el conocimiento de las estructuras y hacer un buen diagnóstico diferencial. En cuanto al tratamiento, es preciso comenzar con tratamiento conservador, aunque en determinados casos agudos o crónicos o en deportistas, la opción quirúrgica es determinante. En los supuestos en los que se opte por cirugía, la técnica elegida dependerá de los hallazgos intraoperatorios.

CC-734. DEFORMIDADES DEL PIE EN ARTROSIS DE CADERA

M. Quiles Galindo, L. Galán Bueno y J.A. Constantino Cabrera

Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid.

Introducción y objetivos: Se ha señalado que la gonartrosis está asociada a pie plano y la coxartrosis a pie cavo. La intención de este trabajo fue estudiar la asociación de coxartrosis con deformidades del pie.

Material y método: Pacientes con artrosis de cadera, en número de 41 (5 bilateral), pendientes de la implantación de artroplastia total de cadera fueron estudiados sólo del lado pendiente de cirugía. Se usó como grupo control pacientes con patología del hombro y sin alteraciones en miembros inferiores. Se colocaron en carga bipodal con los pies desnudos sobre una plataforma transparente de plexiglás que se colocó encima de un escáner plano. La imagen escaneada de la planta de los pies fue importada a un programa de imagen, aplicando el índice de Chippaux-Smirack. Se tomaron fotografías desde la parte posterior del pie en el eje del mismo mientras se mantenía de pie, se midió el ángulo formado por la línea media del calcáneo y el plano de sustentación para obtener el ángulo de sustentación del calcáneo. Se aceptó como ángulo neutro cuando medía 89°, 90° y 91°, varo el menor de 89° y valgo el mayor de 91°. Se registró el peso y altura para obte-

ner el índice de la masa corporal, clasificando a los pacientes en de peso normal, sobrepeso y obeso.

Resultados: Se estudiaron 23 mujeres y 18 hombres, con una edad media de 64,9 años (con un rango de 37-80). Obesos o con sobrepeso fueron un 74%. La huella fue cavo en 50%, plano en 17% y normal en el resto. El ángulo de sustentación del calcáneo fue valgo en el 37%, varo en 28% y normal en el resto.

Comentarios y conclusiones: La deformidad en cavo de los pies con coxartrosis se dio en la mitad de los pacientes.

CC-735. FRACTURA-LUXACIÓN DE LA LISFRANC INVETERADA

M.B. Barranco Fernández, M. Sánchez Prieto, M. Molina Martínez y L.M. Cartajena Roa

Hospital Ciudad de Jaén.

Introducción y objetivos: Paciente de 55 años que sufre un grave accidente de tráfico con fracturas de huesos largos que requieren ingreso en UCI. Pasó desapercibida una fractura-luxación de Lisfranc que se diagnosticó al año por dolor e impotencia funcional en el pie. Tras estudio de imagen con TC se diagnosticó de fractura-luxación inveterada de Lisfranc tipo B2 de la clasificación de Myerson, y se objetivó pseudoartrosis de la base del primer metatarsiano en la que se realizó osteosíntesis con aguja percutánea hacia un año.

Material y método: Tras diagnóstico de fractura-luxación de Lisfranc inveterada y sintomática se decide intervención: cuña de base dorsal del primer metatarsiano refrescando los bordes para solucionar la pseudoartrosis, más artrodesis del primer metatarsiano con la primera cuña, más artrodesis de segundo metatarsiano con segunda cuña y artrodesis entre primera y segunda cuñas, todo ello fijado con tornillos canulados de 4,5 mm. Se inmovilizó con bota de yeso durante cuatro semanas en descarga, después un mes más con yeso y carga.

Resultados: Consolidación radiológica y paciente asintomática.

Comentarios y conclusiones: La importancia del diagnóstico de este tipo de lesiones reside en que el dolor que proporciona su tratamiento inadecuado es incapacitante.

CC-736. USO DE UN NUEVO SUCEDÁNEO ÓSEO EN SECUELAS DE CIRUGÍA DEL PIE. TRIPLE ARTRODESIS MÁS KRYPTONITE

M.C. Sanz Pascual, H. Gómez Santos, C. Hernández Galera, J.C. Gutiérrez Gómez, C. Justo Astorgano, T. del Olmo Hernández, P. de Lucas Cadenas y F. Aranda Romero

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las indicaciones de la triple artrodesis de pie son: secuelas de pie zambo inveterado; pie flácido o espástico; pie equinovaro; secuelas del pie traumático y pie reumático y tratamiento de pie neuropático. La técnica quirúrgica consiste en un abordaje único latera; individualización y protección de tendones peroneos y nervio peroneo superficial. Vaciamiento del seno del tarso y despegamiento subperióstico de las articulaciones astrágalo-escafoideas y calcáneo-cuboideas. Se comprueba la congruencia articular y se sintetizan las articulaciones astrágalo-escafoidea, calcáneo-cuboidea y calcáneo-astragalina. El tiempo medio de descarga suelen ser tres meses. La Kryptonite es un nuevo sucedáneo óseo que se puede usar en fase de pegamento para síntesis de fracturas o en fase de cemento para estabilización de material de osteosíntesis.

Material y método: Revisamos tres casos clínicos con secuelas de cirugía del pie. Varón de 42 años que tras un año de evolución de fractura de calcáneo presenta una rigidez subastragalina y dolor en retropié. Mujer de 78 años que presenta espasticidad en musculatura peronea, pie doloroso espástico, rigidez subastragalina y valgo secundario en retropié. Varón de 70 años que presenta pie doloroso de un año de evolución tras fractura de calcáneo sin desplazar.

Resultados: en los tres casos se realiza la misma intervención: abordaje lateral del pie, separación de tendones peroneos, resección del ligamento del seno del tarso, refrescamiento de la articulación astrágalo-escafoidea, subastragalina anterior y posterior, síntesis de esas tres articulaciones con grapas y relleno del espacio interarticular con Kryptonite. El postoperatorio inmediato consistió en la colocación de una férula supropédica hasta la cicatrización de las heridas; a los 15 días de la cirugía colocar una bota de marcha y comenzar la carga y al mes y medio de la cirugía marcha con plantillas para protección. En todos los pacientes se realizó una valoración del dolor; de la necesidad analgésica; y una valoración funcional mediante la capacidad de caminar sin dolor y sin ayuda externa. Los dos primeros pacientes llevan un año de evolución postquirúrgica con resultados funcionales y de desaparición del dolor muy satisfactorios. El tercer paciente lleva cuatro meses de evolución postoperatoria y cursó con una infección superficial de partes blandas, actualmente inactiva; y con una recuperación funcional muy favorable.

Comentarios y conclusiones: El uso de Kryptonite disminuye el tiempo de descarga, de incapacidad laboral, favorece el control del dolor, evita gran parte del proceso inflamatorio y aumenta la estabilidad intrínseca de la síntesis al ponerla en fase de pegamento.

CC-737. LUXACIÓN DIVERGENTE DEL TOBILLO

M.M. Gutiérrez Santiago, I. Burutarán Usandizaga, A. Re Re, J. Fernández Sevillano, J. Revuelta González, J.M. Caminos Iztueta y L. Lluís Planella

Clínica La Asunción. Guipúzcoa.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso de luxación superoanterior divergente del tobillo asociada a una fractura-luxación de Maisonneuve como entidad infrecuente, cuyo elemento patológico fundamental es la lesión de la membrana interósea. Revisamos los mecanismos de lesión y el tratamiento más adecuado.

Material y método: Paciente varón de 53 años que acude a urgencias tras sufrir caída accidental por unas escaleras. Presenta dolor e impotencia funcional del tobillo derecho, con gran tumefacción a tensión del mismo. En la radiografía se aprecia una luxación superoanterior divergente de la mortaja tibioperoneo-astragalina con fragmento óseo correspondiente al maleolo posterior. La lesión fue reducida en urgencias sin dificultad aplicando tracción. Se completó el estudio mediante TAC, que confirmó la fractura arrancamiento de maleolo posterior y el ensanchamiento del espacio sindesmótico. Posteriormente se realizó la reducción de la mortaja y osteosíntesis mediante 2 tornillos intertibioperoneos que se han mantenido durante 10 semanas, realizando tras su retirada, tratamiento rehabilitador. Como complicación, el paciente presentó una placa de necrosis de 1 x 1,5 cm de diámetro a nivel del maleolo interno, que ha necesitado curas consecutivas hasta su curación definitiva. Después de medio año, el paciente realiza carga completa y marcha sin dolor.

Resultados: Se trata de lesiones complejas en las que existe una combinación de fuerzas actuantes. Por una parte, una fuerza axial actúa provocando la luxación superior del complejo astragalino y por otra parte, un mecanismo rotacional externo en pronación (tipo C de AO-OTA) que provoca la fractura de Maisonneuve, causando la divergencia final. Los casos descritos en la literatura se tratan en su mayoría de luxaciones posteromediales y laterales, sin embargo luxaciones superiores son muy raras, ya que suponen un gran desafío a la elasticidad de la membrana interósea, produciendo, en su mayoría, fractura alta del peroné, que puede pasar desapercibida. Ocurren en general en varones jóvenes debido a accidentes de alta energía y un elevado porcentaje son lesiones abiertas. Además del sufrimiento de las partes blandas, pueden ocurrir lesiones vasculonerviosas. El tratamiento consiste en restablecer la estabilidad de la mortaja. Una vez reducida la luxación se debe realizar la transfixión de la sindes-

mosis con tornillos. El número y tamaño de los mismos aún se debate. Otro punto de discrepancia actual es la retirada o no de los mismos y cuando realizarla.

Comentarios y conclusiones: La combinación de luxación superoanterior de tobillo con lesión de Maissonneuve es muy infrecuente. En este tipo de lesiones, existe un solapamiento entre las luxaciones de tobillo y la diástasis tibioperonea, que dificulta tanto su compresión como su clasificación. En el momento actual, sigue existiendo controversia en varios puntos en cuanto al tratamiento de las mismas.

CC-738. LUXACIÓN LATERAL DE TOBILLO SIN FRACTURA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.E. Rodrigo López, M.A. Froufe Siota, J.M. Muñoz Vives, D. Arribas Agüera, E. Navarro Cano y D. Noriego Muñoz

Hospital Dr. Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: La luxación de tobillo sin fractura es infrecuente y se asocia a traumatismos de alta energía. La afectación de las partes blandas y las lesiones musculotendinosas y neurovasculares asociadas determinan el pronóstico de estos pacientes.

Material y método: Paciente de 67 años que cae de 2 metros de altura y presenta luxación lateral de tobillo abierta grado IIIC sin lesión ósea asociada. A su llegada a urgencias se inicia cobertura antibiótica con cefazolina y gentamicina junto con profilaxis antitetánica, procediéndose al desbridamiento y lavado con pistola pulsátil. Se observa sección de la arteria tibial posterior realizándose sutura termino-terminal con pulso correcto. Interposición del tendón del flexor del hallux a nivel de la articulación tibioastragalina junto con otras lesiones musculotendinosas que se reparan. Se efectúa reanclaje del ligamento deltoideo y sutura del retináculo flexor. La estabilización del tobillo se realiza mediante fijador externo con marco tibio-calcáneo y pin en primer metatarsiano. Se consigue el cierre primario de la herida.

Resultados: Durante el postoperatorio el paciente presenta zona de necrosis cutánea en maléolo tibial que requiere escarectomía y colocación de sistema de vacío. Posteriormente se realiza injerto cutáneo. La inmovilización con el fijador externo se prolongó durante 7 semanas, tras las cuales se inició un programa de rehabilitación. A los 8 meses de seguimiento el balance articular del tobillo es de 10° de flexión dorsal y 45° de flexión plantar sin signos de inestabilidad. A nivel cutáneo, el injerto no ha presentado complicaciones.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones abiertas de tobillo se asocian a mal pronóstico, con riesgo de ser necesaria la amputación infrarotuliana cuando existe lesión vascular asociada. En nuestro caso pese a presentar múltiples complicaciones la evolución del paciente ha sido satisfactoria.

CC-739. VARO GRAVE DE RETROPIÉ. TRATAMIENTO MEDIANTE PANARTRODESIS CON CLAVO CALCANEOTIBIAL

M. López Antón, J.P. García Paños, S. Illán Franco, F.J. Carrillo Piñero, J. Martínez Ros, S. Vela Pardo, J.J. Parrilla Riera y S. García Hortelano

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: En casos graves de deformidad del tobillo y el retropié con afectación artrósica de las articulaciones la panartrodesis emerge como una solución de salvamento para restaurar un pie plantigrado.

Material y método: Paciente de 50 años, varón que acude a consulta por deformidad severa a nivel de pie-tobillo derecho que genera dolor y le imposibilita la bipedestación y la deambulaci3n si no es con una aparatosa bota ortopédica. A la exploraci3n presenta deformidad con varo de tal3n dependiente de tobillo y de subastragalina de 20° irreducible. Apoyo en carga con borde externo del pie donde presenta

gran queratosis plantar a nivel de base del 5° metatarsiano muy dolorosa. El dedo gordo y los dedos menores, así como el borde interno del pie no contactan con el suelo. El estudio radiográfico muestra una artropatía severa de tobillo y subastragalina con desviaci3n en varo. El astrágalo se encuentra impactado en el pil3n tibial. Se aprecian secuelas de repetidas fracturas de la base del quinto metatarsiano con callo hipertr3fico. Mediopié y antepié supinados. Se decide tratamiento quirúrgico con abordaje lateral con osteotomía y exéresis de peroné distal. Se realiza panartrodesis de tobillo modelante con cuñas laterales en tibioastragalina y subastragalina para corregir el varo. Se sintetiza con clavo retrógrado calcáneo tibial de tercera generaci3n con compresión articular. Durante el postoperatorio se mantiene con férula suropédica en descarga durante 2 semanas hasta retirada de suturas. Se cambia a bota de marcha en descarga durante 2 meses hasta apreciar consolidaci3n de la artrodesis.

Resultados: Tras dos meses postoperatorios inicia carga con bota de marcha. Inicia carga total con zapato de serie a los 3 meses tras los cuales el paciente se encuentra sin dolor. Se evidencia la desaparici3n de las queratosis plantares. Se consigue un pie plantigrado con contacto del borde interno y de los dedos con el suelo y un retropié neutro.

Comentarios y conclusiones: En casos de deformidades estructuradas que afectan a tobillo y retropié la panartrodesis constituye una opci3n de tratamiento adecuada. La consecuci3n de un pie plantigrado ha de ser el objetivo a perseguir. El abordaje lateral con osteotomía de peroné permite una adecuada visualizaci3n para la realizaci3n de las osteotomías correctoras. Los clavos calcaneotibiales de última generaci3n ofrecen una fijaci3n estable de la artrodesis permitiendo una adecuada compresión entre las superficies articulares.

CC-740. VALORACIÓN RADIOLÓGICA DEL TRATAMIENTO DEL PIE PLANO-VALGO PEDIÁTRICO

O.F. Martín, M.A. Martín Ferrero, A. Vega Castrillo, M.A. de la Red Gallego, E. Navarro Núñez y J.A. Valverde García

Hospital de Puertollano. Ciudad Real.

Introducción y objetivos: El pie plano es una de las patologías más frecuentes en las consultas de Cirugía Ortopédica y Traumatología; para muchos autores, el pie plano valgo infantil, debe ser tratado desde los tres años de edad, coincidiendo en general con la disminuci3n de la grasa local y la laxitud ligamentaria. El objetivo principal de este estudio consiste en valorar el grado de correcci3n radiológica del pie plano valgo en la infancia, tratado quirúrgicamente mediante el implante subastragalino tipo MBA, Maxwell-Brancheau.

Material y método: Revisi3n sobre pacientes diagnosticados de pie plano valgo infantil, y que han sido tratados quirúrgicamente, mediante la colocaci3n de un implante subastragalino tipo Maxwell-Brancheau, entre los años 2004 y 2009; un total de 31 pacientes, y 55 pies intervenidos. El estudio radiológico realizado para este estudio, consistió en la valoraci3n preoperatoria y postoperatoria a los dos años desde la cirugía de: 1. El ángulo de Costa-Bartani, ángulo que en la radiografía de perfil en carga, corresponde al ángulo formado entre la línea que une el punto más bajo de la tuberosidad posterior del calcáneo con el punto más bajo de la articulaci3n astrágalo escafoidea, considerando un valor normal de 115 a 130 grados. 2. El ángulo astrágalo escafoideo, en la proyecci3n anteroposterior, con unos valores de normalidad de 60 a 80 grados. 3. La línea de Shade o eje de Meari, considerando como normal la continuidad del eje diafisario del primer metatarsiano con el eje del astrágalo, valorando con signo positivo la angulaci3n dorsal y como negativo la angulaci3n plantar. También se valoró el grado de satisfacci3n familiar, en una escala de 1 a 10. Se valoró de forma individual cada pie, obteniéndose un total de 55 pies intervenidos. Para el análisis estadístico de los datos obtenidos, se emplea la prueba z de comparaci3n de medias.

Resultados: El análisis estadístico con la prueba z de comparación de medias para el ángulo de costa Bartani, para una hipótesis nula de 130° y un error alfa de 0,05 aportó una p de 0,019, consiguiéndose resultados estadísticamente significativos en cuanto a la reducción de dicho ángulo a valores de normalidad. El análisis estadístico con la prueba z de comparación de medias para el ángulo astrágaloescafoideo, utilizándose una hipótesis nula de 60° y un error alfa de 0,05 aportó una p de 0,007, consiguiéndose también resultados estadísticamente significativos en cuanto a la corrección de dicho ángulo a valores de normalidad. Por otro lado, el grado de satisfacción familiar medio, fue de 8 puntos de media, sobre 10 con una desviación típica de 1,8.

Comentarios y conclusiones: De todas las técnicas quirúrgicas existentes, cabe destacar la sencillez de la cirugía utilizada para la colocación correcta del implante subastragalino tipo Maxwell-Brancheau, incluyendo la escasa incidencia de la necesidad de abordajes internos para la corrección, pues tras el incremento logrado en el arco plantar se produce el retensado espontáneo del tendón tibial posterior y el ligamento escafoideo plantar. Los resultados de la valoración radiológica aportada en relación a la cirugía del implante subastragalino tipo Maxwell-Brancheau, son similares a los de otras series publicadas, evidenciándose una corrección de los valores medidos estadísticamente significativa, lográndose la normalización de los mismos, así como una adecuada satisfacción familiar con los resultados obtenidos. Por otro lado, aunque en algunas ocasiones en las que se practica este tipo de cirugía puede ser necesario el alargamiento del tendón de Aquiles si el pie no alcanza la dorsiflexión de 90°, esto es algo extremadamente infrecuente.

CC-741. ARTRODESIS DE TOBILLO CON CLAVO RETRÓGRADO DE FÉMUR

O. Fernández Hernández, A. Saldaña Díaz, O. Guerra Álvarez, J. Betegón Nicolás y F. Arias Martín

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: Las fracturas del pilón tibial son relativamente frecuentes y complejas de tratar, con resultados que no son uniformemente buenos. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso que ejemplifica la mala evolución que puede esperarse de este tipo de lesiones y la solución que se le dio, que deparó un muy buen resultado, no siendo un procedimiento convencional en su realización.

Material y método: Paciente de 61 años de edad que ingresa de urgencia tras sufrir un accidente de tráfico. Al ingreso se coloca una tracción esquelética transcalcánea, demorando la intervención definitiva 10 días por el mal estado de las partes blandas. Se realiza reducción cerrada y osteosíntesis con fijador externo tipo Hoffmann II (Stryker®, Suiza), además de amplio desbridamiento de una zona cutánea necrótica. En el postoperatorio se mantiene antibióterapia intravenosa con cefazolina sódica y tobramicina, y curas seriadas con apósitos de Aquacel plata (Convatec®), Bactroban (GlaxoSmithKline®) e Irujol (Smith & Nephew®), con evolución favorable de las partes blandas. Confirmada esta evolución el paciente fue reintervenido quirúrgicamente, realizándose osteosíntesis del peroné con placa de tercio de tubo LCP 3,5 mm (Synthes®, Suiza) y recolocación del fijador externo. Setenta días después del accidente, por pérdida de la reducción articular, se procedió a la retirada del fijador externo y a la realización de una panartrodesis de tobillo con clavo intramedular específico. No disponiendo de éste el día de la intervención por motivos ajenos al Servicio, se decidió implantar un clavo retrógrado supracondileo de fémur T2-SCN (Stryker® Iberia, España).

Resultados: La panartrodesis se desarrolló sin incidentes, al igual que el curso postoperatorio inmediato después de ella. En la actualidad, 8 meses después de la intervención, la paciente deambula sin dolor

con ayuda de un bastón. Radiográficamente se observa la consolidación de la fractura y las artrodesis, y un correcto eje tibiotalar.

Comentarios y conclusiones: La panartrodesis de tobillo es un procedimiento de rescate de fracturas complejas del pilón tibial. Un clavo endomedular convencional retrógrado de fémur, aprovechando su pequeña angulación para conseguir el valgo fisiológico del talón, puede servir para conseguir la artrodesis perseguida en situaciones de necesidad.

CC-742. ESTUDIO DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE HALLUX RIGIDUS. ESTUDIOS PRELIMINARES

O. Fernández Hernández, P. Casas Ramos, J. Sánchez Lázaro, F. Madera González, A. Saldaña Díaz y L. Gervás Alcalaya

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: El hallux rigidus es la artrosis de la articulación metatarsofalángica del primer radio, siendo la segunda causa más frecuente de dolor de dicha articulación, después del hallux valgus. Cursa generalmente con rigidez articular y dolor, y su tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, aunque en estadios iniciales puede mejorar con medidas conservadoras. El objetivo de este estudio es valorar los resultados de las diferentes técnicas quirúrgicas realizadas en nuestro servicio para esta patología.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo de 24 pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio en los años 2009 y 2010. 12 pies fueron izquierdos y 12 fueron derechos, con una distribución por sexo de 20 mujeres y 4 varones. Se excluyeron del estudio de satisfacción a dos pacientes, una por exitus en el momento de la revisión, y otro por tratarse de una secuela de una cirugía previa de Brandes-Keller. La distribución según la escala de Regnault fue de 2 hallux rigidus grado I, 15 grado II y 5 grado III. El tiempo mínimo de seguimiento en el momento de la revisión fue de un año. Se valoraron los resultados según la escala AOFAS modificada para patología del hallux metatarsofalángica e interfalángica, además de un estudio de satisfacción subjetiva basado en un cuestionario de nueve puntos.

Resultados: Los pacientes con un hallux rigidus grado I mejoraron en la escala AOFAS modificada de 33 a 50,5 puntos; los grado II evolucionaron de media de 33,73 a 70,2; y los grado III de 32,6 a 80,6. La encuesta de satisfacción proporciona unos resultados llamativos: los pacientes con un hallux rigidus grado I notaron poca mejoría, no recomendando la cirugía. El 73,3% de los pacientes en el grupo del hallux rigidus grado II refieren bastante, mucha o mejoría absoluta, y el 80% recomendarían operarse. Y aquellos con un grado III experimentan bastante, mucha o mejoría absoluta en el 80% de los casos, recomendando la intervención que les fue realizada en el 100% de los casos. En relación a la técnica quirúrgica utilizada, los resultados fueron dispares. El 60% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante algún tipo de técnica percutánea mejoraron mucho o de forma total, y recomendarían la cirugía. Cuando se realizó una osteotomía metatarsiana distal de acortamiento asociada a queilectomía, el 75% de los pacientes mejoraron mucho y recomendarían intervenir, pero cuando la osteotomía metatarsiana distal es de cuña dorsal, el 66,3% obtuvieron poca mejoría, no recomendando la intervención quirúrgica. En los pacientes en los que se utilizó una técnica de Regnault, el 100% de los pacientes mejoraron bastante, mucho o de forma absoluta, y el 100% recomendaría este tipo de cirugía.

Comentarios y conclusiones: Si bien todos los grupos mejoraron en mayor o menor grado, los pacientes con un hallux rigidus más avanzado y limitante en el momento de la cirugía, mejoran de forma más importante que el resto. A pesar de que los resultados no son estadísticamente significativos debido al pequeño tamaño muestral en relación a la gran variedad de técnicas quirúrgicas existentes para el tratamiento del hallux rigidus, en nuestras manos, la técnica de Regnault es la que mejores resultados ha proporcionado, por lo que la recomen-

damos como una opción a tener en cuenta para el tratamiento quirúrgico de esta patología.

CC-743. IMPOTENCIA FUNCIONAL TRAS ARTRODESIS DE TOBILLO

P. Sanz Ruiz, C. Rodríguez Conde, M. Villanueva Martínez, F. Chana Rodríguez y J. Vaquero Martín

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: En la actualidad, a pesar de la mejora de los resultados de las artroplastias de tobillo, la artrodesis sigue siendo el "gold standard" en el tratamiento de la artrosis de esta articulación. A pesar de ser una técnica con muchos años de experiencia no está exenta de complicaciones.

Material y método: Presentamos dos casos de artrodesis de tobillo que tras un periodo inicial de alivio de dolor, debutaron con un dolor progresivo que llegó a imposibilitar la deambulacion sin otra sintomatología asociada. En los estudios iniciales no se objetivó patología alguna, observándose al mes tras un periodo de descarga en ambos una fractura por estrés de tibia.

Resultados: Tras un periodo de descarga, ambos casos mejoraron clínicamente, autorizándose la vuelta progresiva a su actividad diaria.

Comentarios y conclusiones: La fractura por estrés tras artrodesis es una rara complicación que hay que sospechar en aquellos casos de dolor progresivo tras un periodo asintomático. El diagnóstico es clínico, pasando desapercibida en ocasiones en las pruebas de imagen. Una disminución de la actividad asociada a una correcta inmovilización suele ser suficiente para la resolución del cuadro, siendo excepcional la necesidad de tratamiento quirúrgico de dicha fractura.

CC-744. OSTEOCONDritis DE ASTRÁGALO EN PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO DE TOBILLO. MOSAICOPLASTIA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA

P. Romera Olivera, L. Alarma Barcia, D.V. Velarde Garrido, R. Cibantos Martínez, M.C. Rubio Álvaro, E. Holgado Moreno, C. Martínez Velázquez y R. Parrón Cambero

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: La osteocondritis disecante de astrágalo, es uno de los diagnósticos diferenciales a descartar ante dolor crónico de tobillo; es una lesión osteocondral, segunda en frecuencia tras la de rodilla. La etiología es motivo de discusión. El síntoma más característico es el dolor, la inestabilidad es menos frecuente. La radiografía simple es el primer escalón diagnóstico, siendo el TAC la prueba con más utilidad, permite objetivar tamaño, profundidad de la lesión y bordes esclerosos. El objetivo del tratamiento es evitar el cambio degenerativo precoz, el tratamiento inicial debe ser conservador. La elección del tratamiento quirúrgico se basa en el grado de lesión osteocondral, localización, tamaño y edad del paciente, e incluye exéresis del fragmento, perforaciones artroscópicas, síntesis con tornillo e injertos autólogos y sintéticos mediante mosaicoplastia.

Material y método: Presentamos una paciente de 29 años, que acude por dolor en tobillo derecho de años de evolución, sin traumatismo. En la radiografía se observa lesión en cúpula astragalina medial, estadio III de Berndt y Harty. En el TAC se objetiva osteocondritis en cúpula astragalina medial, con afectación subcondral, esclerosis, quistes y hundimiento de cúpula astragalina, con cambios artrósicos en región anterior de articulación tibioastragalina.

Resultados: Se realiza abordaje de articulación tibioastragalina por vía anteromedial. Se desbrida zona lesionada y se realiza mosaicoplastia con dos injertos sintéticos (Trufit) de 11 y 7 mm. Se inmoviliza con férula posterior. En la revisión a los seis meses la paciente no presenta dolor y el rango de movimientos es completo.

Comentarios y conclusiones: La osteocondritis de astrágalo se encuentra entre los diagnósticos diferenciales a descartar ante dolor crónico de tobillo. El diagnóstico se obtiene con ayuda de pruebas de imagen: radiografía simple y TAC. Las lesiones osteocondrales tipo III y IV requieren habitualmente tratamiento quirúrgico, recomendándose cada vez más técnicas como la mosaicoplastia de reparación/sustitución.

CC-745. DOLOR INESPECÍFICO EN PIE

R. Lorente Moreno, A. Lorente Gómez, A. Hernanz Lobo y J.L. Ramos Salado

Hospital Regional Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso clínico de paciente que acude a consulta tras vistas previas a otros centros con dolor en pie izquierdo sin traumatismo previo y de origen desconocido. El objetivo de este poster es incidir en las nuevas patologías hasta ahora prácticamente desconocidas y sobre las cuales hay que tener una atención especial para poder llegar al diagnóstico de las mismas y poder tratar al paciente de la manera más adecuada posible.

Material y método: Caso clínico de varón de 52 años de edad de alto nivel sociocultural. No refiere enfermedad médico-quirúrgica. No alergias medicamentosas conocidas. No tiene hábitos tóxicos conocidos. Enfermedad actual: desde primeros de mayo de este año, presenta dolor e inflamación de tobillo derecho. Continúa con molestias y cojea al andar a causa del dolor. El dolor aumenta por la noche, notándose un aumento de intensidad al acostarse, pero no llega a impedir el sueño del paciente.

Resultados: Estudios de laboratorio: bioquímica, el hemograma, coagulación, reactantes de fase aguda y pruebas reumáticas completamente normales. Rx tobillo y pie: imagen osteopénica maleolo peroneo. RMN: hiposeñal en T1 del tercio distal de escafoides y la cuña (esta última de modo más homogéneo); en secuencias T2 y T2 SPIR se presenta con hiperseñal en las localizaciones mencionadas. Tras el gadolinio existe captación, mucho más intensa y homogénea en la 1ª cuña. Gammagrafía: Aumento de la actividad del trazador en región del tarso izquierdo. La hipercaptación está en la zona del escafoides, con refuerzos a nivel de la 1ª articulación tarsometatarsal. El estudio muestra aumento de la actividad osteoblástica-reparativa en dichas localizaciones. Eco-Doppler venoso: completamente normal. Vasos permeables, sin signos de insuficiencia ni trombosis.

Comentarios y conclusiones: Aportamos un caso con clínica inespecífica de patología tarsal con pruebas de imagen que aportan información estrictamente topográfica y de actividad existiendo una amplia gama de procesos que expliquen la semiología: necrosis avascular escafoides + cuña. Edema óseo reparativo por microfaturas. Artritis reparativas-postraumáticas. Osteomielitis espontánea hematógena. Pensamos que con la aparición de nuevas aportaciones de las pruebas de imagen el cirujano ortopédico se tiene que preparar al reto de enfermedades desconocidas hasta ahora.

CC-746. TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN ABIERTA DEL ASTRÁGALO. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Lax Pérez, F. Ferrero Manzanal, A. Murcia Asensio, J. Martínez Martínez, F. Vera Repullo, A. Lax Pérez, J. Álvarez González y E. Medrano Moreno

Hospital Santa Lucía. Murcia.

Introducción y objetivos: La enucleación del astrágalo es una severa lesión traumática del tobillo, extremadamente rara, que implica la ruptura de los ligamentos y cápsulas de articulaciones tibio-astragalina, subastragalina y astrágalo-escafoidea. Representa alrededor del 2% de las lesiones del astrágalo en conjunto y el 12% de sus luxacio-

nes¹. La forma más típica es la enucleación antero-lateral, que tiene un mecanismo similar al de las luxaciones subastragalinas mediales, pero con rupturas de sus inserciones ligamentosas inferiores y ruptura de los ligamentos colaterales lateral y medial, así como la rotura completa de todos los aportes vasculares óseos. Esta lesión presenta dos riesgos principales: la infección y la necrosis avascular. Dichas complicaciones pueden hacer preciso la realización de artrodesis.

Material y método: Paciente 35 años que tras sufrir una torcedura del tobillo izquierdo mientras corría jugando al fútbol, presentó una enucleación abierta lateral del astrágalo. A la exploración, no presentó déficit vascular distal ni sensitivo. El astrágalo se encontraba rotado 180° en dos planos, mantenido mediante un pequeño pedículo externo de partes blandas. Radiológicamente se evidenciaba la enucleación lateral del astrágalo izquierdo (luxación simultánea del astrágalo sobre la articulación tibio-astragalina, astrágalo-calcánea y astrágalo-escafoidea).

Resultados: En quirófano de urgencia, bajo anestesia general, se realizó lavados, con limpieza del astrágalo y partes blandas, Friedrich y reducción de la luxación. Se efectuó fijación con agujas de Kirschner calcáneo-astragalina y escafo-astragalina, y osteosíntesis definitiva del cuello del astrágalo con 2 tornillos de tipo Herbert. También se realizó sutura del ligamento peroneoastragalino. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones. Permaneció 4 semanas de inmovilización con férula pédica posterior, y descarga durante 3 meses. Al año de la lesión, el paciente presenta un balance articular de 20° de dorsiflexión y 30° de flexión plantar, y refiere molestias en la deambulación que precisa de antiinflamatorios de forma ocasional.

Comentarios y conclusiones: Existen tres formas diferentes de presentación de la enucleación del astrágalo: cerrada, abierta (en la cual existe algún nexo de unión entre astrágalo y el resto de la articulación subastragalina) y el “missing talus” o astrágalo que ha desaparecido en el accidente (posteriormente puede ser recuperado para reinsertarlo en su posición o no). Los riesgos principales pueden ocurrir de forma inmediata (la infección) o diferida (la necrosis avascular y rigidez de tobillo), pudiendo precisar la realización de la artrodesis tibio-calcánea. La necrosis avascular puede ser completa o parcial dependiendo de la existencia de algún pedículo vascular que permanezca indemne y pueda irrigar parcialmente el astrágalo; incluso en enucleaciones totales la evolución puede ser satisfactoria sin una explicación lógica. Sin embargo, existe evidencia de que el pronóstico a medio y largo plazo es catastrófico con frecuencia. La necrosis del astrágalo ocurre en el 90% de los casos, con un elevado riesgo de, al menos, artrosis. En algunos casos, puede estar indicado realizar una triple artrodesis (astrágalo-calcáneo, astrágalo-escafoidea y calcáneo-cuboidea) si la artrosis se hace invalidante. Conclusión: la enucleación abierta lateral de astrágalo (incluso sin aporte vascular) puede tener un buen pronóstico funcional durante meses o años. Si no presenta infección o necrosis avascular severa permite realizar una vida normalizada. Sin embargo, a medio plazo empeora progresivamente.

CC-747. SÍNDROME DE “IMPINGEMENT” ANTEROLATERAL DE TOBILLO CON INESTABILIDAD TRATADO MEDIANTE ARTROSCOPIA Y LIGAMENTOPLASTIA ABIERTA

R. García Rodríguez y A. Arago Olaguibel

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de paciente con dolor en tobillo izquierdo y sensación de fallos de larga evolución tras numerosos esguinces de repetición, tratado mediante desbridamiento artroscópico de la corredera anteroexterna y plastia no anatómica con peroneo lateral corto.

Material y método: En la exploración física presentaba dolor a nivel de encrucijada tibioperoneoastragalina, aumento del rango de inver-

sión del pie y maniobra de cajón anterior débilmente positiva. Se realizó artroscopia de tobillo con portales habituales evidenciándose interposición del fascículo inferior de ligamento tibioperoneo anterior por lo que fue resecado. Además se realizó ligamentoplastia abierta no anatómica empleando tendón peroneo lateral corto según la técnica de Castaign.

Resultados: Tras un período de inmovilización de 3 semanas se inicia carga protegida con ortesis de estabilización maleolar y ejercicios de flexoextensión de tobillo. A los tres meses postoperatorio la paciente presenta un tobillo estable y libre de dolor en sus actividades cotidianas.

Comentarios y conclusiones: La causa más frecuente de inestabilidad crónica de tobillo es la laxitud postraumática del ligamento lateral externo. La interposición de partes blandas en la encrucijada tibioperoneoastragalina originada tras esguinces de repetición puede ser causa de dolor. La artroscopia permite el diagnóstico de certeza y el tratamiento del síndrome de “impingement” anteroexterno. Hay múltiples técnicas anatómicas y no anatómicas de reconstrucción del complejo ligamentoso lateral para la estabilización quirúrgica del tobillo. La técnica descrita por Castaign es una de ellas.

CC-748. CIRUGÍA CORRECTORA DEL PIE PLANO VALGO

R. Marcos Mesa, L. Gervas Alcalaya, L.J. Díez Romero, M.L. Suárez Huertas, A. Álvarez Castro, F. Arias Martín, A. Ramos del Río y L.R. Ramos Pascua

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una niña de 12 años sin antecedentes personales de interés, que presenta pies planos valgos dolorosos grado IV con un valgo de calcáneo de 10 grados y no presenta acortamiento aquileo. A los tres años llevó plantillas correctoras durante 7 meses. Desde entonces sin tratamiento.

Material y método: Se realiza intervención quirúrgica bajo anestesia general con colocación de prótesis de Gianini biorreabsorbibles en el seno del tarso en ambos pies.

Resultados: La paciente fue tratada con botas de yeso sin cargar peso durante 2 semanas, tras las cuales se colocan botas de marcha. A los 2 meses se retiraron los yesos y se inició rehabilitación. Buen control radiológico y buena huella plantar con alivio del dolor. Se mantiene un año con plantillas.

Comentarios y conclusiones: La cirugía correctora está indicada en pacientes con clínica de dolor. Siendo eficaz en la disminución del dolor y en la recuperación del arco plantar.

CC-749. LESIÓN OSTEOCONDRALE ASTRAGALINA

R.M. Egea Gámez, H. Valencia García, A.M. Ferrete Barroso, A. Hualda López, M.A. Marín Aguado, M.C. Torrejón de la Cal y F. Panizo Mota

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: Las lesiones osteocondrales son defectos de la superficie cartilaginosa. Debido a la pobre capacidad de reparación del tejido cartilaginoso es rara su curación espontánea, normalmente estos pacientes presentan dolor crónico en la articulación del tobillo que puede evolucionar a cambios degenerativos de la articulación. El siguiente caso que se presenta pretende mostrar el difícil manejo de una paciente con esta patología.

Material y método: Mujer de 28 años con antecedente de esguinces de repetición y dolor en tobillo derecho desde 2006, acude a las consultas de traumatología por persistencia de la sintomatología y no mejora a pesar de tratamiento conservador. En las imágenes de radiología simple se observa una lesión en cúpula astragalina posteromedial, compatible con osteocondritis, se solicita RM donde se confirma

el diagnóstico: osteocondritis disecante grado III/IV. Ante los hallazgos y persistencia de la sintomatología, se realiza en junio de 2010 artroscopia de tobillo derecho + osteotomía maléolo medial para cruentación y fijación de lesión osteocondral con 2 tornillos. Mala evolución de la paciente tras la intervención, encontrándose muy incapacitada por lo que se decide en noviembre de 2011 EMO + perforaciones lesión condral + mosaicoplastia y revisión tendón tibial posterior.

Resultados: A las 6 semanas de la intervención se permite el apoyo con Walker y 2 muletas, la evolución de la paciente está siendo satisfactoria con disminución progresiva de la sintomatología.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de las lesiones osteocondrales sigue constituyendo un reto terapéutico en la actualidad, con múltiples opciones quirúrgicas con distintos grados de complejidad, se encuentran la escisión del fragmento, perforaciones, fijación in situ, mosaicoplastia, reducción y fijación interna; no en todos los casos obtienen resultados favorables.

CC-750. QUISTE INTRAÓSEO ASTRAGALINO

R.M. Egea Gámez, P.A. González-Onandía López, M.A. Marín Aguado, F. Panizo Mota, A. Hualda López, M.C. Torrejón de la Cal y A.M. Ferrete Barroso

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: El quiste óseo es una lesión pseudotumoral benigna con una incidencia menor del 3% en el pie. Su localización en astrágalo es excepcional. Desde que en 1877 Virchow lo denominara quiste óseo solitario y lo describiera como degeneración de un tumor primario, se han propuesto diversas teorías patogénicas y múltiples formas de tratamiento. Presentamos un nuevo caso de quiste intraóseo astragalino.

Material y método: Varón de 61 años con dolor a nivel de tobillo izquierdo de larga evolución. En las imágenes de radiología simple se observa quiste intraóseo astragalino, se solicitan pruebas complementarias, TAC y RM en las que se confirma lesión quística en margen medial del cuerpo/cuello del astrágalo de 27 × 14 × 16 mm compatible con quiste intraóseo. El paciente empeora progresivamente y presenta limitación par la marcha por lo que se realiza en mayo de 2010 mediante miniartrotomía anterior y posterior, osteotomía de maléolo medial, ventana ósea medial en el astrágalo, curetaje y lavado por arrastre. Relleno de la cavidad con material inyectable de relleno óseo y posterior síntesis del maléolo medial con dos tornillos.

Resultados: A las 2 semanas de la intervención se permite el apoyo con 2 muletas. Buena evolución del paciente consiguiendo rango articular completo y marcha sin dolor. En radiología simple se objetiva consolidación y no progresión de cambios degenerativos.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de los quistes intraóseos de gran tamaño dependen de la afectación articular que presenten, en caso de tener cambios degenerativos muy evolucionados habría que plantear una posible artrodesis de la articulación, en cambio cuando estos cambios artrósicos son incipientes podemos realizar tratamientos más conservadores y mantener la movilidad.

CC-751. OS VESALIANUM PEDIS SINTOMÁTICO. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE UNA RARA ENTIDAD EN LA INFANCIA

S. García Mata y C. González Roldán

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: El os vesalianum pedis es un hueso accesorio del pie localizado en la base del quinto metatarsiano, justo proximal a la misma, con el peroneus brevis tendón. La primera descripción la realizó Andreas Vesalius en 1543. Tan sólo hemos encontrado referencias bibliográficas de nueve casos de os vesalianum pedis sintomáticos, en siete pacientes. En los casos excepcionales en que es sintomático se plantea su diagnóstico diferencial con otras entidades más frecuentes así como su manejo. No se ha descrito su presencia en un lactante ni su evolución a largo plazo lo cual es motivo de escribir el caso presente.

Material y método: Paciente varón 7 meses de edad, con bultoma en borde externo del pie izquierdo que dificultaba la colocación de calzado y provocaba roce cutáneo con el mismo con dolorimiento Rx: imagen ósea en zona externa de base del 5º MTT. Se realizó exéresis del fragmento óseo, que se hallaba adherido al peroneus brevis tendón. El paciente inició la marcha a los 11 meses de edad sin problemas.

Resultados: Con 11 años y 5 meses, acudieron de nuevo a consulta refiriendo dolor en esa zona de ocho meses de evolución evidenciándose, de nuevo, bultoma en la base 5º MTT izquierdo, con dolorimiento. Rx: imagen de osículo típica de os vesalianum pedis, con prolongación a lo largo de la inserción del peroneus brevis tendón. Se optó por reposo deportivo. Cuatro meses más tarde las molestias disminuyeron espontáneamente, refiriendo tener molestias leves. Dos años más tarde se encuentra asintomático, presenta huella normal, hace vida habitual y deportiva normal.

Comentarios y conclusiones: El caso que aportamos no sólo pretende mostrar la posibilidad de aparición de éste infrecuente osículo de forma sintomática, sino también la posibilidad de recidiva del mismo a largo plazo, al menos cuando se realiza la exéresis en edad temprana.

Comentarios y conclusiones: El caso que aportamos no sólo pretende mostrar la posibilidad de aparición de éste infrecuente osículo de forma sintomática, sino también la posibilidad de recidiva del mismo a largo plazo, al menos cuando se realiza la exéresis en edad temprana.

CC-752. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ARTROSCOPIA DE LA CONDROMATOSIS SINOVIOL DE TOBILLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

S.M. Mota Blanco, J. Segura Mata, E. Arroyo Rubio y J.M. García Pequerul

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: La condromatosis sinovial es una patología benigna poco frecuente caracterizada por la presencia de nódulos cartilaginosos en la sinovial de las articulaciones, vainas tendinosas y bursas, correspondiente a una metaplasia cartilaginosa de tejido sinovial. La localización de esta enfermedad puede ocurrir en cualquier articulación, siendo muy infrecuente en el tobillo. El objetivo de este estudio es describir un caso clínico aislado de condromatosis sinovial de tobillo en paciente joven.

Material y método: Anamnesis: paciente varón de 31 años de edad que sufre entorsis del tobillo derecho diagnosticándose de esguince lateral de tobillo, evoluciona de manera tórpida sufriendo dolor e incapacidad funcional del tobillo durante 10 meses de evolución. Exploración física: limitación del balance articular tanto pasivo como activo, sobre todo ante la flexión dorsal. Inflamación, aumento de temperatura local e imposibilidad de deambular sin apoyos. Como antecedente refiere un episodio autolimitado de dolor atraumático en el mismo tobillo 5 años antes en el que se le diagnosticó de cuerpos libres intraarticulares. Pruebas complementarias: 1) Radiografía AP y lateral de tobillo; se observa múltiples cuerpos libres calcificados, en mayor número, 2) RM: condromatosis sinovial. Artrosis tibioastragalina, derrame articular moderado. Se realizó tratamiento quirúrgico artroscópico de tobillo realizándose exéresis de cuerpos libres, osteoplastia de cara anterior de tibia y cuello de astrágalo y toma de biopsia para estudio anatomopatológico.

Resultados: El paciente tras 4 meses de evolución se encuentra sin dolor, con balance articular óptimo tanto activa como pasivamente y sin sintomatología de choque tibioastragalino anterior. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico.

Comentarios y conclusiones: La condromatosis sinovial se define como metaplasia cartilaginosa del tejido sinovial de condición monoarticular en la mayoría de los casos y afecta principalmente a la articu-

lación de la rodilla, siendo muy infrecuente la localización en la articulación del tobillo. Suele aparecer entre la tercera y quinta décadas de la vida. El inicio es insidioso y se desarrolla a lo largo de meses o años y generalmente no se asocia a traumatismo previo. Los síntomas principales son el dolor e inflamación en una articulación. En la radiografía se observa múltiples cuerpos libres calcificados, que suele corresponder con un estadio avanzado de la enfermedad. La RM muestra lesiones lobulares bien definidas, hipointensas en secuencias T1 e hiperintensas en T2 y nos permite un diagnóstico más precoz. En el diagnóstico diferencial se incluyen la osteocondritis disecante, malformación vascular sinovial, sinovitis villonodular, el condrosarcoma, la calcificación de los tejidos blandos. En caso de duda, para el diagnóstico definitivo se recomienda la biopsia y desbridamiento inicial. El tratamiento dependerá de la sintomatología y la demanda funcional del paciente, siendo de elección en pacientes sintomáticos la extirpación quirúrgica artroscópica o abierta. El pronóstico postoperatorio suele ser bueno hasta en un 90% de los casos, pero existe una tasa de recurrencia entre 7% y 25% según distintas series. La progresión a condrosarcoma es muy rara, pero puede ocurrir hasta en un 5% de los casos, por lo que se recomienda control evolutivo periódico. Concluimos en que la artroscopia es una alternativa quirúrgica efectiva ante esta patología.

CC-753. RECUPERACIÓN DEL ÁNGULO DE BÖHLER EN LAS FRACTURAS DE CALCÁNEO TRATADAS MEDIANTE FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON AGUJAS

T. del Olmo Hernández, H. Gómez Santos, M.C. Sanz Pascual, C. Hernández Galera, C. Justo Astorgano, M. del Cura Varas, P. García Medina y A. Gandía Correa

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La anatomía del calcáneo es compleja y se relaciona con importantes estructuras como los tendones peroneos y el flexor del primer dedo en su lado medial. Radiológicamente se han descrito dos ángulos para determinar la correcta morfología del mismo, son el ángulo de Böhler (25-40°) y el ángulo de Gissane (100°). El objetivo de este estudio es determinar los cambios en estos ángulos y su recuperación anatómica en las fracturas de calcáneo que se intervinieron mediante reducción percutánea y agujas percutáneas. Técnica descrita por Whetstues y modificada posteriormente por Essex-Lopresti.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo de 7 pacientes que se intervinieron mediante esta técnica desde el 2010 y 2012. Todos con fracturas de calcáneo tanto intraarticular como extraarticular. Se analizan los resultados con la medición radiológica del ángulo de Böhler tanto preoperatorio y postoperatorio. Se usan las clasificaciones de Sanders y Esser-Lopresti para el análisis de los resultados y clasificación de las fracturas.

Resultados: La mayoría de los pacientes recuperan el ángulo radiológicamente postoperatorio con mejores resultados en las fracturas tipo lengua de Essex-Lopresti y peores resultados en las fracturas tipo III de Sanders. Como complicaciones postoperatorias hubo en dos casos una infección cutánea en la zona de inserción de las agujas. No hubo otras complicaciones graves en esta serie.

Comentarios y conclusiones: La mayoría de las series publicadas mencionan que la técnica percutánea es válida para el tratamiento de las fracturas del calcáneo con mejores resultados en fracturas tipo lengua y Sander I-II. El 70% de los pacientes recuperan radiológicamente la morfología del calcáneo sin complicaciones graves. Entre las complicaciones más frecuentes descritas en la literatura se encuentran el fracaso de osteosíntesis, el impingement de los peroneos, osteítis y problemas cutáneos como necrosis o infección. En los últimos años se están desarrollando técnicas de reducción y percutánea con balón inflable y fijación con cemento.

CC-754. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN EL RETROPIÉ EN NIÑOS. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

T. del Olmo Hernández, H. Gómez Santos, C. Justo Astorgano, C. Hernández Galera, M. del Cura Varas, M.C. Sanz Pascual, J.C. Gutiérrez Gutiérrez y P. Crespo Hernández

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La localización en el retropié del tumor de células gigantes no es frecuente. Este tipo de tumores tiene una agresividad local con una alta tasa de recurrencias tras la resección del mismo. Debido a las características estructurales de los huesos del retropié, con gran cantidad de hueso esponjoso y anatomía irregular, el tratamiento quirúrgico es de mayor complejidad y con posibilidad de mayores complicaciones como la infección y necrosis de la piel, o aparición de fracturas patológicas. El objetivo de este estudio es analizar las peculiaridades del tratamiento de estos tumores en por su característica localización, tratándose además de población infantil.

Material y método: Se presentan dos casos clínicos, un niño y una niña que presentan ambos un tumor de células gigantes. En el primer caso localizado en el astrágalo y el segundo en el calcáneo que precisan de intervención quirúrgica. En uno de los casos se trata de un hallazgo casual en estudio radiológico por otra causa mientras que en el otro la sintomatología principal es el dolor con la actividad deportiva. Las pruebas complementarias con las que se inicia el diagnóstico son la radiología simple que muestra una imagen quística en el cuerpo del calcáneo y del astrágalo en ambos casos sin afectación de las corticales. La gammagrafía ósea presenta una hipercaptación al nivel de la lesión. El último estudio de imagen que se realiza es una RMN que se informa como lesión multiquística loculada, con diferentes niveles de las cavidades, edema de partes blandas sin signos de agresividad. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el análisis de anatomía patológica de las muestras intraoperatorias que muestra células gigantes en la preparación. El tratamiento quirúrgico del tumor localizado en el calcáneo se realiza por un abordaje lateral convencional y consiste en curetaje del calcáneo a través una ventana ósea y uso de hidrógeno líquido en la cavidad resultante (sólo en uno de los casos), relleno de injerto óseo esponjoso autólogo de cresta del paciente. En el caso del tumor localizado en el astrágalo se realiza una vía anteromedial del pie con una ventana ósea en el astrágalo y curetaje con relleno de injerto óseo esponjoso autólogo de cresta. En el postoperatorio inmediato se vigilan las partes blandas y se mantiene una férula suropédica hasta la retirada de puntos. No se permite la deambulación en carga parcial hasta las 6 semanas. Uno de los casos se desarrolló favorablemente, mientras que el otro sufrió una recidiva local con fractura patológica e interrupción de la cortical de origen tumoral que requirió una segunda intervención, este último fue el tumor localizado en el astrágalo. En la primera cirugía no se usó el hidrógeno líquido en este paciente así que la segunda intervención fue más agresiva en cuanto al curetaje y el uso del hidrógeno.

Resultados: El tumor de células gigantes es una neoplasia benigna localmente agresiva que aparece típicamente en la epífisis de huesos largos. Se observa en individuos esqueléticamente maduros, de tal modo que el mayor pico de incidencia se da en la tercera década de la vida. Raramente metastatiza, si bien su comportamiento es impredecible, y su tasa de recurrencia es elevado. La afectación de pequeños huesos de la mano y del pie es poco común, se manifiesta en un grupo de pacientes algo más jóvenes. Clínicamente se manifiesta de forma insidiosa con dolor mecánico del retropié, o incluso se diagnostican como un hallazgo casual. En la literatura médica está descrita una mayor tasa de recurrencia del tumor de células gigantes en huesos pequeños de la mano y del pie, con infrecuente degeneración maligna. El diagnóstico diferencial, en las ocasiones que se manifiesta como una lesión quística en con el quiste óseo aneurismático, más frecuente que el tumor de células gigantes y con menor agresividad local. El

tratamiento clásico de elección es el curetaje intralesional con o sin injerto, en función del tamaño y del defecto óseo. En ocasiones se puede recurrir a cementación y crioterapia en casos seleccionados.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento del tumor de células gigantes localizado en los huesos del retropié exige mayor agresividad que en otras localizaciones. Tiene un mayor número de recidivas en esta localización debido a la anatomía compleja, que impide realizar un buen curetaje quirúrgico. El uso de injerto óseo no es infrecuente, debido al defecto óseo que queda tras la intervención y para evitar las fracturas posteriores. El seguimiento debe ser estrecho debido al alto número de complicaciones en el postoperatorio inmediato, infección y necrosis cutánea. Y a largo plazo para diagnosticar las recidivas precozmente.

CC-755. ROTURA SINCRÓNICA BILATERAL DE LOS TENDONES DE AQUILES

X. Conesa Muñoz, M.A. Ribau Díez, X. González Ustes, F. Parals Granero, J. Riera Argemí y J. Novell Alsina

Hospital Municipal de Badalona. Barcelona.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón de Aquiles es una lesión frecuente con una incidencia desconocida pero cada vez mayor. Se presenta típicamente en la cuarta década con una prevalencia superior en hombres 3:1, siendo su origen multifactorial y relacionado con el deporte y el sobreuso. Las roturas bilaterales han sido descritas de forma excepcional y generalmente asociadas a pacientes con patologías sistémicas reumáticas.

Material y método: Hombre de 76 años con antecedentes de ictus con hemiparesia residual y síndrome RS3PE (sinovitis simétrica seronegativa) en tratamiento con corticoides a dosis de 4 mg/día desde hace 5 años. Consultó por dolor y tumefacción en ambos tobillos de inicio súbito y de un mes de evolución. Destacaba una discontinuidad a la palpación de los tendones de Aquiles, con ausencia del signo de Thompson y dificultad para iniciar la marcha. El diagnóstico de rotura bilateral de Aquiles se confirmó mediante resonancia magnética, observando unos defectos de 2 cm en el izquierdo y de 2,5 cm en el derecho.

Resultados: Dada la bilateralidad de la lesión, el tiempo de evolución y las características del paciente se optó por realizar un tratamiento ortopédico de la lesión. 8 meses después del diagnóstico el paciente no refería limitación funcional, deambulando de forma autónoma con un bastón y presentando una flexión plantar activa de 20°, aunque con imposibilidad para ponerse de puntillas.

Comentarios y conclusiones: El origen de la rotura del Aquiles es habitualmente multifactorial. Se describen los microtraumatismos como causa más importante del incremento en la proporción de colágeno tipo III, que es menos resistente a las fuerzas de tracción que el tipo I. Las lesiones bilaterales se han descrito en pacientes con patologías sistémicas como la artritis reumatoide, el lupus, trasplantados renales, hiperparatiroidismo y también tras la administración de fluoroquinolonas o corticoides. Las lesiones crónicas del Aquiles requieren habitualmente tratamiento quirúrgico, a pesar que el tratamiento ortopédico puede ser tenido en consideración en pacientes con baja demanda funcional y patologías sistémicas asociadas.

CC-756. CIRUGÍA PERCUTÁNEA PARA RESCATE DE OSTEOTOMÍAS METATARSIALES TIPO WEIL

X. Conesa Muñoz, X. González Ustes, F. Parals Granero, M.A. Ribau Díez, O. Vía-Dufresne Pereña y J. Novell Alsina

Hospital Municipal de Badalona. Barcelona.

Introducción y objetivos: Metatarsalgia es un término utilizado para referirse al dolor que aparece en la región plantar del antepié y que

se asocia a un trastorno en el apoyo. La etiología más frecuente es un trastorno mecánico, pero también puede tener un origen sistémico o traumático/iatrogénico. La técnica quirúrgica más realizada son las osteotomías distales tipo Weil fijadas con un tornillo.

Material y método: Presentamos 4 casos clínico de pacientes tratados quirúrgicamente mediante osteotomías tipo Weil en los que persiste clínica de metatarsalgia. Tres pacientes habían sido tratados mediante osteotomías de 2º y 3º radios en el contexto de hallux valgus, mientras que en el cuarto paciente se realizó una osteotomía tipo Weil por una enfermedad de Freiberg.

Resultados: En todos los casos el rescate quirúrgico se ha realizado mediante osteotomías distales por técnica percutánea. A los 12 meses de seguimiento todos los pacientes están satisfechos con los resultados, deambulando sin limitación ni restricciones de calzado. Un paciente tuvo que ser reintervenido por persistencia de callosidad plantar, confirmando el estudio histológico la presencia de una verruga plantar.

Comentarios y conclusiones: La cirugía percutánea ha demostrado ser una técnica válida y con resultados similares a las osteotomías abiertas para el tratamiento del hallux valgus y la metatarsalgia. Los resultados descritos en la literatura para la osteotomía de Weil son satisfactorios, siendo las principales complicaciones la contractura en extensión y la falta de apoyo de los dedos. La modificación de la técnica original mediante la adición de una segunda osteotomía permite una mayor elevación de la cabeza del metatarsiano. La cirugía de rescate en las osteotomías tipo Weil se ve complicada por la presencia del tornillo de osteosíntesis. La técnica percutánea permite el rescate quirúrgico sin necesidad de retirar el tornillo, realizando la osteotomía en el cuello del metatarsiano. Es un procedimiento mínimamente invasivo, lo que permite reducir la aparición de las contracturas dorsales de los dedos. La cirugía percutánea es una opción quirúrgica eficaz para el rescate de las osteotomías tipo Weil. No requiere la retirada del material de síntesis y disminuye la frecuencia de aparición de las contracturas dorsales de los dedos.

CC-757. TRATAMIENTO DEL HALLUX VARUS

A. Jiménez Obach, P. Marcello Marcello, E. Babot Andreu, M. Pérez Abad y G. Lúcar López

Hospital de Mataró. Barcelona.

Introducción y objetivos: El hallux varus es aquella entidad en qué el dedo gordo del pie se orienta medialmente respecto a la cabeza del metatarsiano, el cual se asocia a supinación y aducción del mismo, lo que comportará una supinación compensatoria del retropié. La repercusión clínica de esta entidad es muy mal tolerada por los pacientes.

Material y método: En nuestra pequeña serie de 4 casos (6 pies), hemos calculado el ángulo MTF e IM, el PASA y el DASA, la fórmula metatarsal, así como la existencia de cirugía de hallux valgus previa. Hemos calculado la movilidad de la articulación metatarsofalángica así como la satisfacción del paciente. El procedimiento quirúrgico ha sido una artrodesis metatarsofalángica en el caso de existir artrosis en la articulación, así como la técnica de Johnson asociada a osteotomía de Scarf y osteotomías de Weill si eran necesarios en el caso de no presentar artrosis.

Resultados: Con una media de seguimiento de 13 meses, se ha observado una mejoría de los ángulos estudiados. La mediana de dorsiflexión de la primera metatarsofalángica es de 26°, así como la de flexión plantar de 19°. Todos los pacientes están satisfechos con los resultados postoperatorios.

Comentarios y conclusiones: El hallux varus es una entidad poco prevalente, el tratamiento quirúrgico del cual consiste, en el caso de no existir afectación artrósica de la articulación MTF, en un reequilibrio de las partes blandas asociada a gesto óseo (técnica de

Johnson). Si la articulación es artrósica, la artrodesis es la técnica de elección.

CC-758. ARRANCAMIENTO DEL TENDÓN DEL TIBIAL ANTERIOR DEL PIE

A. Pérez Fernández, O. Pablos González, X. Cabo Cabo, S. Pedrero Elsus, J. Moranas Barrero, L. Izagui Bentolila, P. Montsonet Villa y F. Portabella Blavia

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las lesiones traumáticas del tendón del tibial anterior son poco habituales. De ellas, los arrancamientos del pie, aún son más infrecuentes. La mayoría de publicaciones hacen referencia a los traumatismos en el cuerpo del propio tendón. Presentamos pues un caso de arrancamiento por su excepcionalidad.

Material y método: Se trata de un varón de 35 años que, después de un accidente en moto, presenta una fractura mínimamente desplazada a nivel de la articulación de Lisfranc del pie derecho. En las exploraciones de imagen solicitadas se aprecia un arrancamiento del tendón del tibial anterior, con un acortamiento de 3 cm.

Resultados: Dado el acortamiento del tendón se indica un tratamiento quirúrgico, con reinserción del mismo a nivel del escafoide tarsiano, mediante un anclaje óseo, dada la conminución de la cuña medial. Se coloca una botina de yeso en descarga y programa de rehabilitación una vez retirada la inmovilización al mes. A los 6 meses presenta una deambulación sin cojera, con buen recorrido y potencia en la extensión del tobillo.

Comentarios y conclusiones: Los arrancamientos del tibial anterior del pie son excepcionales. Es aconsejable la cirugía en acortamientos importantes y personas activas. En casos de conminución es útil anclar el tendón en el escafoide tarsiano.

CC-759. ESTUDIO EVOLUTIVO DE LOS NEUROMAS DE MORTON TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE

A. Toro Aguilera, G. Álvarez Piñol, M. Arimany Serratosa, J. Arias González, M. Jiménez Portrero y E. Cruz Olivé

Hospital General de Granollers. Barcelona.

Introducción y objetivos: Introducción: El neuroma de Morton (NM) es una de las metatarsalgias del antepié provocada por la aparición de un ensanchamiento del nervio interdigital en el tercer espacio IMTT. Su diagnóstico es clínico y se confirma por pruebas de imagen. Existen otras metatarsalgias que pueden dar imágenes radiológicas similares y que pueden provocar errores de diagnóstico. Objetivos: comparar los hallazgos anatomopatológicos en la cirugía del NM con la revisión de las pruebas de imagen previas. Realizar nuevas pruebas de imagen después de la cirugía para valorar si hay otras patologías asociadas que nos expliquen la posible persistencia de clínica en los pacientes en los que no se haya resuelto la patología.

Material y método: Revisión de 50 casos de NM operados entre enero de 2008 y diciembre de 2011. Todos los casos tenían RMN previa con diagnóstico de NM y se hizo abordaje dorsal con exéresis del mismo. Valoración clínica actual, revisión de las pruebas de imagen previas con 2 radiólogos (especializados en antepié) y realización de ecografía poscirugía.

Resultados: En los casos en qué persiste la clínica, una revisión detallada de las pruebas previas nos indica que el diagnóstico de NM no era el correcto, y que en muchos casos el problema era mecánico por bursitis o sinovitis a nivel de la placa plantar.

Comentarios y conclusiones: Un radiólogo experto puede acotar más el diagnóstico de NM y otras entidades de modo que podemos hacer un tratamiento más acorde con el diagnóstico y así tener menor tasa de persistencia de clínica.

CC-760. ROTURA ESPONTÁNEA DEL TENDÓN DEL TIBIAL ANTERIOR

A.J. Alonso Benavente, A. López Ruíz de Salazar, S. López Alameda, C. Martínez Rubinos y K. Goodarz-Mehdikhani Roozbeh

Hospital Rey Juan Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón del tibial anterior, fue descrita por Brüning en 1905. Es una entidad poco frecuente y puede tardar en ser diagnosticada al conservarse la dorsiflexión del tobillo gracias a la acción del extensor hallucis longus y el extensor digitorum communis.

Material y método: Varón 62 años, con antecedentes de DM con dolor en región anterior de tobillo izquierdo y dificultad para la deambulación desde hace 6 meses. No traumatismo previo. Diagnosticado de tendinitis del tibial anterior, realiza tratamiento con antiinflamatorios y fisioterapia sin mejoría. En la exploración se objetiva tumoración en región anteromedial de tobillo, pérdida del contorno del tibial anterior, uso del extensor hallucis longus y el extensor digitorum communis para la dorsiflexión que presenta a su vez una fuerza de 3/5. La RMN muestra rotura del tendón del tibial anterior a la altura del retináculo.

Resultados: Se abre el retináculo y se realiza plastia tendinosa con injerto autólogo de isquiotibiales, mediante sutura termino-terminal tipo Krackow a nivel proximal y 2 arpones Bio Mini-revo 3,1 mm distales (1º cuña y base del MTT). Se coloca botín suropédico a 0º de dorsiflexión que se mantiene mes y medio, autorizando la carga a las 3 semanas. Posteriormente se implanta ortesis tipo Walker articulada hasta las 12 semanas de la intervención. Se permite dorsiflexión completa y paulatinamente se autoriza flexión plantar. Al año, presentaba fuerza para dorsiflexión de 5/5 y la puntuación en la escala AOFAS pasó de 51 a 88 puntos sobre 100.

Comentarios y conclusiones: Existen dos tipos de roturas, traumáticas y atraumáticas. Éstas ocurren en varones de 40-60 años, con artropatías inflamatorias, gota, DM o tratamiento con corticoides. El tratamiento conservador está reservado a pacientes ancianos con baja demanda funcional. El procedimiento quirúrgico abarca la sutura directa hasta la utilización de injertos tendinosos (el más frecuente el del extensor propio del hallux),

CC-761. PRIMER METATARSIANO FLOTANTE ABIERTO ASOCIADO A FRACTURA-LUXACIÓN DE LISFRANC

B. Fernández Bran, R. Otero Pérez y J. Soler Domeneq

Hospital POVISA. Pontevedra.

Introducción y objetivos: Paciente de 71 años que acude a Servicio Urgencias tras sufrir accidente de motocicleta. AP: hiperplasia benigna de próstata a tratamiento, prótesis total de cadera bilateral. EF: erosiones superficiales en ambas manos. Molestias a palpación en maleolo peroneo derecho. Herida inciso-contusa en planta de pie con exposición de la cabeza del primer metatarsiano. Control vasculonervioso distal correcto.

Material y método: Se realiza estudio radiográfico simple, donde se objetiva: fractura de arco costal izquierdo. Fractura de maleolo peroneo derecho, tipo B de Weber. Fractura-luxación de la base, y luxación abierta de la articulación metatarsofalángica del primer metatarsiano. Fractura del cuello del 2º metatarsiano. Fractura del base del 4º metatarsiano. Se intenta reducción cerrada en Servicio de Urgencias, sin éxito. Con carácter de urgencia se realiza intervención quirúrgica bajo anestesia raquídea, profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular y profilaxis antibiótica con cefazolina y gentamicina. Se procede a: reducción abierta de luxación del primer metatarsiano mediante abordaje longitudinal interno, y fijación con 2 agujas Kirschner de 2 mm (de metatarsiano a primera cuña). Reducción abierta de maleolo peroneo mediante abordaje lateral, que se fija con 2 agujas Kirschner de 2 mm y cerclaje en oblique. Inmovilización con férula posterior de yeso.

Resultados: Se realiza retirada de férula y de agujas a las 4 semanas. El paciente sufrió necrosis superficial a nivel plantar que requirió escarotomía parcial a las 6 semanas. Tras 2 meses de seguimiento el paciente no refiere dolor, aunque persiste una discreta inflamación en la planta del pie y deambula sin muletas.

Comentarios y conclusiones: Este tipo de lesión es infrecuente y la describió por primera vez Leibner en 1997, aunque existen distintos tipos de combinaciones descritas. La particularidad de nuestro caso es la luxación plantar y la exposición ósea a ese nivel, de la cabeza del primer metatarsiano.

CC-762. FRACTURA ABIERTA DE CALCÁNEO TRATADA CON ALARGAMIENTO DE TENDÓN DE AQUILES. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Aranda Grijalba, J. Codina Santolaria, M. Edo Llobet, M.A. Marín Cop, M. de la Rosa Fernández, A. Vidal Rodes y J. Camí Biayna

Althaia. Barcelona.

Introducción y objetivos: En las fracturas abiertas de calcáneo, es necesario valorar tanto las partes blandas, como el estado neurovascular y las estructuras óseas porque existe un gran riesgo de infección y complicaciones de la piel y tegumentos.

Material y método: Presentamos un caso de un paciente de 15 años que es atendido en nuestro servicio de urgencias con el diagnóstico de fractura abierta de calcáneo G-III y maleolo interno con importante pérdida de sustancia cutánea en toda la planta y retropié debido a un accidente de tráfico. Al principio, se realizó un tratamiento quirúrgico de urgencias: un desbridamiento y reducción con osteosíntesis con agujas de Kirschner junto con antibioterapia endovenosa. Sin embargo, la evolución de la almohadilla plantar fue mala y precisó nuevos desbridamientos que acabaron en la colocación de un injerto laminar y en malla a nivel del talón. Aun y con todo, el resultado fue un tobillo rígido en equino con una pérdida total de la almohadilla plantar y una úlcera cutánea no resuelta. Debido a la incapacidad para que el paciente pudiera realizar una deambulación plantigrada se valoró proceder, previo descarte de infección en el calcáneo mediante un estudio gammagráfico y analítico, con una capsulotomía posterior con alargamiento del tendón aquileo mantenida con un fijador externo, en un primer tiempo. Y en un segundo tiempo, con un injerto vascularizado de dorsal ancho en el retropié.

Resultados: En la actualidad, el paciente posee un pie plantigrado funcional, estable e indoloro que le permite llevar cabo sus actividades de la vida diaria.

Comentarios y conclusiones: Deducimos que, en traumatismos graves de pie y tobillo es fundamental lograr un pie plantigrado e indoloro. Si hay pérdidas de sustancia importantes a nivel de la almohadilla plantar, los injertos vascularizados de dorsal ancho pueden ser el tratamiento más adecuado.

CC-763. ARTRODESIS DE ARCO INTERNO MEDIANTE ALOINJERTO POR NECROSIS POSTRAUMÁTICA DEL ESCAFOIDES TARSIANO

C. Suárez Rueda, J.A. Martínez García, P. del Pozo Manrique, M. Olmeda Lozano y A.J. Pérez Caballer Pérez

Hospital Infanta Elena. Madrid.

Introducción y objetivos: La necrosis del escafoides tarsiano es una enfermedad que puede llevar a la incapacidad para la marcha. Presentamos en caso en el que fue necesario la artrodesis de la columna medial.

Material y método: Varón, 39 años. Accidente de moto. Fractura de escafoides, cuboides, tercer y cuarto metatarsianos y luxación de Lisfranc reducida y sintetizada de urgencias mediante 3 AK percutáneas.

En el seguimiento se aprecia fragmentación y extrusión del escafoides con posterior necrosis del mismo. El paciente presenta incapacidad para la deambulación mayor de 5 minutos. RX: Fragmentación y luxación dorsomedial del escafoides con aspecto necrótico y usura osteocondral por apoyo en astrágalo. TAC: Fractura conminuta no consolidada del escafoides, desplazamiento de sus fragmentos y migración proximal de las cuñas. Se realiza artrodesis de la columna medial (astrágalo y cuñas) tras extracción del escafoides y sustitución del mismo por injerto corticoesponjoso de cadáver. Se aborda mediante colgajo osteo-ligamentoso-tendinoso de Müller y se fija con placa Compact Food® 2.7 de Synthes®.

Resultados: A los tres meses se retiró el Walker y los bastones, no refiere dolor y se ha reincorporado a la vida laboral (contra criterio médico) como albañil. Al año la radiología muestra consolidación.

Comentarios y conclusiones: La necrosis postraumática del escafoides tarsiano es mal tolerada por alterar la estructura normal y distribución de cargas del pie. El abordaje de esta lesión es más sencillo si se levanta un colgajo osteo-ligamentoso-tendinoso de Müller ya que no obliga a desinsertar tendones.

CC-764. CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR EN ZONA POSTERIOR DEL TOBILLO

E. Sirvent Díaz, B. Rubio Gajo, J.M. Molina Márquez y X. Mora Íter

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tarragona.

Introducción y objetivos: Se trata de un paciente de 29 años de edad sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés y físicamente muy activo, el cual acude a consultas externas de traumatología debido a dolor sobre la zona posterior de tobillo exacerbado a la flexión plantar del mismo, de meses de evolución. Inicialmente, la exploración física sugiere una entesitis aquilea, por lo que se orienta como tal y se trata mediante medidas físicas e infiltraciones locales. Dada la negativa de respuesta al tratamiento, se decide practicar una resonancia magnética que pone de manifiesto un gran os trigonum con edema de estructuras adyacentes asociado, sugestivo de síndrome de impingement del mismo.

Material y método: Dada la sospecha de síndrome del os trigonum, y la mala respuesta al tratamiento conservador, se decide intervención quirúrgica consistente en exéresis del mismo, accediendo a la misma mediante la vía posterolateral de tobillo. Se inmoviliza durante dos semanas.

Resultados: Posteriormente a la cirugía, el paciente encuentra mejoría inmediata. A día de hoy está asintomático, realizando una actividad deportiva sin ningún tipo de limitación.

Comentarios y conclusiones: El síndrome del os trigonum es una patología poco frecuente en la que debemos pensar en aquellos pacientes físicamente activos que presentan dolor persistente en zona posterior de tobillo, refractarios al tratamiento conservador.

CC-765. LEIOMIOSARCOMA EN EL PIE: ESTUDIO DE UN CASO

F. Parals Granero, X. González Ustes, X. Conesa Muñoz, O. Vía-Dufresne Pereña, D. López Álvarez, E. Mejía y J. Novell Alsina

Hospital Municipal de Badalona. Barcelona.

Introducción y objetivos: El leiomioma es un tumor maligno de muy rara aparición. Informamos del caso de una paciente afecta de un leiomioma en el pie. Hacemos una descripción de la tumoración, las técnicas diagnósticas empleadas, la exéresis quirúrgica, y el estudio anatómico-patológico. Hacemos un repaso de la literatura sobre este tumor y la rareza de su aparición al pie.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 80 años de edad con antecedentes de broncopatía crónica, histerectomía, fracturas bilaterales de caderas portadora de prótesis total bilateral,

fractura de húmero I. caídas frecuentes, que no camina y se desplaza en silla de ruedas. Fue remitida a nuestra consulta por una tumoración en el dorso del pie izquierdo de unos 8 meses de evolución y unos 4 cm. de diámetro, con la orientación diagnóstica de quiste sinovial. Los estudios de imagen orientaron que se trataba de una tumoración subcutánea de partes blandas de características sólidas inespecíficas y sin afectación ósea. Dada la edad, comorbilidad, estado general de la paciente y compromiso cutáneo por la expansión tumoral se decidió la exéresis quirúrgica de la tumoración para el confort de la paciente.

Resultados: La exéresis quirúrgica de la lesión evidenció una tumoración sólida maleable bien delimitada en continuidad con el arco venoso dorsal del pie. El estudio de Anatomía patológica ha dado como resultado un leiomioma. Se han hecho estudios de extensión y de afectación de otros órganos, siendo los resultados negativos. La paciente rechazó someterse a ningún otro tratamiento adyuvante y actualmente está asintomática.

Comentarios y conclusiones: El leiomioma es un sarcoma muy raro de tejidos blandos que deriva de células del músculo liso y representan entre un 5-10% de todos los sarcomas de partes blandas. Un 2% de todos los leiomiomas proceden de las células musculares lisas de las paredes de los pequeños vasos sanguíneos. Hay muy pocos casos descritos en la literatura de aparición.

CC-766. ROTURA CRÓNICA DEL TENDÓN DE AQUILES EN PACIENTE DE 27 AÑOS: REPARACIÓN MEDIANTE ZETAPLASTIA

F. Ferrero Manzanal, A. Murcia Asensio, R. Lax Pérez, J. Hernández López, F. Vera Repullo y M.J. Ros Nicolás

Hospital Universitario Santa Lucía. Murcia.

Introducción y objetivos: Las roturas crónicas del tendón de Aquiles son aquellas que se diagnostican 4-6 semanas después del traumatismo inicial. La mayoría de los cirujanos ortopédicos consideran necesario el tratamiento quirúrgico, a pesar de que se asocian a una mayor tasa de infección postoperatoria y una rehabilitación más prolongada con respecto a las agudas. Exponemos un caso clínico con este tipo de rotura.

Material y método: Paciente de 27 años, sin antecedentes médicos de interés que es remitida desde atención primaria por tumoración en región calcánea. La paciente refiere haber tenido múltiples heridas 9 meses atrás por cristales en región aquilea por lo que fue atendida en Urgencias, donde se le suturaron las heridas. Refiere limitación funcional importante para correr. Exploración física: depresión en región aquilea más tumoración en región supraadyacente a calcáneo. Imposibilidad para ponerse de puntillas. Test de Matles positivo. Thomson: flexión plantar disminuida con respecto a lado sano. La RM confirma rotura crónica de tendón de Aquiles. Se interviene quirúrgicamente apreciándose continuidad del tendón que se halla elongado por lo que se decide realizar zetaplastia de acortamiento. Postoperatorio bota de yeso 4 semanas en equino y 4 semanas a 90°. Posteriormente se remite a rehabilitación.

Resultados: la paciente evoluciona satisfactoriamente, sin presentar dehiscencia ni infección de la herida quirúrgica. A los 8 meses tras la cirugía consigue marcha normal y ponerse de puntillas, con test de Matles y Thomson negativos. Refiere estar muy satisfecha con el resultado.

Comentarios y conclusiones: Existen diferentes opciones quirúrgicas en el tratamiento de las roturas crónicas del tendón de Aquiles, sin que existan unas guías de actuación basadas en la evidencia para utilizar una u otra. Los hallazgos intraoperatorios de esta paciente (tendón regenerado de espesor aceptable con elongación) hicieron que nos inclinásemos por una plastia de acortamiento en "zeta" simple, preservando los tendones de vecindad para una eventual reintervención, y creemos que es de elección en casos similares.

CC-767. NEUROARTROPATÍA DE CHARCOT BILATERAL DE TOBILLO TRATADA MEDIANTE CLAVO RETRÓGRADO DE ARTRODESIS TIBIO-TALO-CALCÁNEA

G. Gutiérrez Castanedo, M.I. Mora Fernández, J. Suero Mangas, J. Salvat Dávila, A. Campo Soto, F. García Güemes y A. Blanco Pozo

Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Introducción y objetivos: La neuroartropatía de Charcot es una seria complicación diabética que ha visto aumentada su prevalencia en la última década, con una elevada morbilidad que implica la presencia de lesiones ulcerosas, dolor, deformidad y destrucción ósea y de tejidos blandos. El tratamiento quirúrgico está indicado en casos de ulceración recurrente, inestabilidad articular y severa deformidad que no puede ser compensada con tratamientos ortésicos. Antigamente se recomendaba la amputación como su tratamiento definitivo, por lo que la artrodesis es considerada como un intento de salvamento de la extremidad.

Material y método: Se trata de un varón de 63 años que consulta por dolor intenso de tobillo izquierdo de escasos meses de evolución. Como antecedentes personales de interés el paciente es hipertenso y diabético tipo II. Clínicamente el paciente presenta signos inflamatorios inespecíficos en la globalidad de tobillo y retropié, junto a una herida de tipo ulcerosa en su cara lateral, sin datos analíticos de infección (6.200 leucos/mm³ con fórmula normal, VSG: 6 mm/1ª h, PCR: 4 mg/dl). Radiográficamente aparece una severa artritis destructiva de las articulaciones tibio-peronea-astragalina y subastragalina. Se completa el estudio diagnóstico mediante la recogida de cultivos de la úlcera y serologías infecciosas, ambas negativas, y estudios de imagen mediante TC, RMN y gammagrafía ósea/Ga67, las que nos confirman el diagnóstico de poliartropatía grave de Charcot bilateral de predominio izquierdo.

Resultados: Tras su diagnóstico y debido al avanzado estado de deformidad y destrucción en que se encuentra el tobillo izquierdo, se procede a su tratamiento quirúrgico mediante clavo retrógrado T2 de artrodesis tibio-talo-calcánea encerrojado tanto a nivel proximal como distal con 2 tornillos, previa resección de maléolo peroneo implantado como injerto óseo autólogo en región tibio-talar y subtalar, en 5° de valgo de retropié y en dorsiflexión y flexión plantar neutra. Desde el primer día postoperatorio, se permite la carga parcial asistida. A las 12 semanas se objetiva la correcta consolidación ósea. A los 10 meses de evolución el paciente presenta una clara mejoría clínica sin nuevos episodios ulcerosos, aunque la sintomatología del lado derecho contralateral ha avanzado, por lo que se decide realizar mismo tratamiento quirúrgico.

Comentarios y conclusiones: Es conocida la dificultad para conseguir la fusión ósea en estos pacientes, debido a la mala calidad ósea y las condiciones diabéticas que les rodea. Como solución, ha ganado popularidad el uso de clavos retrógrados como método de fijación interna proporcionando una excelente estabilidad ósea y aumentando la circulación extraósea mediante el fresado del canal intramedular, consiguiendo rangos del 70-100% de consolidación. Por ello, concluimos que los clavos retrógrados son un buen método de salvamento de la extremidad, en casos de neuroartropatía de Charcot en pacientes diabéticos.

CC-768. CASO CLÍNICO DE PIE CAVO NEUROLÓGICO TRATADO QUIRÚRGICAMENTE

G. Yupanqui Sandoval, E. Sirvent Díaz, E. Martí Arasa, J.L. Grasa Muro, E. Farres Manuel, J. Nogales Nogales y S. Santana Santana

Hospital Virgen de la Cinta. Tarragona.

Introducción y objetivos: El pie cavo es un defecto en el cual el pie presenta un arco plantar elevado y se suele asociar a tensión exce-

siva del gemelo. Puede conducir a síntomas con metatarsalgia e inestabilidad. En pie cavo neurológico es causado por la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth (CMT), que es una patología hereditaria que afecta más a hombres que mujeres (2:1). Hay afectación de los nervios periféricos con alteración de los axones o de la mielina. A nivel ortopédico provocan problemas de debilidad muscular en la parte distal de las extremidades (msc.peroneos) iniciando la clínica habitualmente a nivel de las extremidades inferiores que evolucionan a las superiores. El objetivo es la mejoría clínica y de la deformidad de este caso clínico de pie cavo neurológico mediante tratamiento quirúrgico.

Material y método: Anamnesis: mujer de 48a que acude por dolor a nivel de la cabeza del 2º y 3º metatarsiano con deformidad en ambos pies y que se encuentra en estudio por neurología por polineuropatía sensitivomotora (clínica y EMG compatible con enfermedad de CMT). Exploración física: dolor a la palpación a nivel metatarsal 2º y 3º dedo. No hiperqueratosis. Pie cavo bilateral predominando mayor deformidad en el izquierdo. Arreflexia aquilea, acortamiento del extensor del Aquiles. Pruebas complementarias: radiografías en carga: Aumento del arco plantar. Astrágalo horizontalizado y el ángulo calcáneo astragalino esta disminuido. Podograma: pie cavo izquierdo: 3º grado, derecho: 2º grado.

Resultados: Se le realiza corrección de la deformidad mediante tratamiento quirúrgico del pie derecho: Osteostomía mediotarsiana en cuña anterior(fijación con placa). Doble fasciectomía plantar. Alargamiento del tendón de Aquiles. Se inmovilizó con botina de yeso, realizando descarga por 6 semanas. Después empezó a realizar carga con movilización articular pasiva y activa del pie en Rehabilitación. Actualmente el paciente lleva plantillas de descarga metatarsal (hace más de un año que fue intervenido). Ha disminuido el arco plantar, mejorado la movilidad y el dolor. Está pendiente de operarse el otro pie.

Comentarios y conclusiones: La cirugía disminuye el dolor, aumenta la estabilidad y compensa la debilidad en el pie. La cirugía ayuda a reducir la gravedad de los problemas a futuro. Los pies cavos neuropáticos suelen tratarse quirúrgicamente, pero después de la intervención deberían usar plantillas de descarga metatarsal.

CC-769. ENFERMEDAD DE LEDDERHOSE

J. Perelló Rosselló, F. García Ginard, L. Perelló Moreno y C. Gascón López

Hospital San Juan de Dios. Barcelona.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso clínico de una patología poco común, la enfermedad de Ledderhose, así como una revisión bibliográfica de la misma.

Material y método: El caso clínico es el de un varón de mediana edad que acude a consulta por talalgia crónica. A la exploración destaca una tumoración blanda en región dorsal levemente dolorosa. Ante la sospecha de ganglión, se procede a estudio de imagen mediante ecografía. El resultado orienta como fibromatosis plantar o enfermedad de Ledderhose. Se completa el estudio mediante RMN y se indica tratamiento quirúrgico

Resultados: Se presenta un caso clínico y revisión de la literatura.

Comentarios y conclusiones: Se presenta este caso debido a su baja incidencia. La mayor prevalencia se manifiesta en hombres en edad media, y se le asocia a múltiples causas, con un bajo porcentaje de antecedente familiar. El seguimiento y el tratamiento están encaminados a aliviar el dolor, reducir la enfermedad y prevenir complicaciones que involucren estructuras neurovasculares que puedan comprometer la función.

CC-770. FRACTURAS DE ETIOLOGÍA MIXTA EN PACIENTE INMUNO-DEPRIMIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. García Donaire, S. Sánchez de las Matas Pena, C.L. Mengis Palleck y E. Huertas Delgado

Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: Se nos presenta un caso de fractura patológica en el contexto de una paciente diabética en tratamiento con inmunomoduladores. Podemos definir este tipo de fractura como rotura de un hueso anómalo que se produce durante la actividad normal o por mínima traumatismo. Se presupone que la enfermedad que desencadena este cuadro es la osteopenia, que resulta importante dado que se trata de una paciente de 32 años. Este tipo de fracturas se localiza frecuentemente en miembros inferiores, aunque puede encontrarse en cualquier hueso de la anatomía. Secundario a esta fractura patológica comienza una sobrecarga de los metatarsianos restantes, dando lugar a una fractura por estrés en el tercer y quinto metatarsiano.

Material y método: Paciente de 32 años que como antecedentes de interés, tiene diabetes mellitus tipo I, hipertensión arterial y sometida a trasplante renal y pancreático hace dos años en tratamiento con corticosteroides. Acude a nuestra consulta derivada de reumatología para valoración de fracturas en segundo y cuarto metatarsianos, sin antecedente traumático ni aumento de la actividad física habitual que fue tratado ortopédicamente.

Resultados: Esta paciente consulta por bultoma y tumefacción en pie derecho a nivel de segundo y cuarto metatarsiano. A la exploración presenta una hiperqueratosis a nivel M4 y M5 del pie izquierdo y M1 derecho con signos inflamatorios y sin neuropatía en MMII. Como pruebas complementarias se realizó una radiografía donde se observa un callo hipertrófico en la fractura del segundo, fractura consolidada diafisaria en tercio distal del tercero, consolidación de fractura del cuarto y lesión diafisaria de tercio proximal del quinto metatarsiano en pie derecho y una densitometría ósea con T-Score -1,7 en cuello de fémur, T-Score -1,1 en fémur total y T -0,8 en columna L1-L4 con diagnóstico de osteopenia. Por la falta de uso de ortesis previa se desestima tratamiento quirúrgico, iniciándose tratamiento con plantillas semirrígidas con barra retrocapital para descarga de metatarsianos con mejoría clínica.

Comentarios y conclusiones: Sería esperable pensar que esta paciente pudiera presentar nuevas fracturas en el pie contralateral, por un lado por la osteopenia y por otro, por una mejor adaptabilidad a la marcha del pie afecto que alteraría las fuerzas de carga. Para realizar un tratamiento integral de este tipo de fracturas, lo primero es realizar una inmovilización del miembro, tratamiento sintomático con antiinflamatorios y analgésicos hasta la 8ª a 10ª semana que comencemos con inicio de deambulación según tolerancia. Cualquier causa mecánica debe ser tratada al mismo tiempo que la fractura. Los fallos en el tratamiento de las causas, así como las deformidades pueden condenar a los otros metatarsianos menores al mismo destino por transmisión de fuerzas de carga locales de unos a otros. Por ello es importante encontrar la causa de estas fracturas por sobrecarga. Como prevención debemos aconsejar realizar ejercicio diariamente para ralentizar la resorción ósea, iniciar tratamiento con calcio y vitamina D, y valorar tratamiento con bifosfonatos valorando el riesgo-beneficio que supone esta terapia.

CC-771. TÉCNICA DE JÄGER/WIRTH. ALTERNATIVA EN LESIONES SUBAGUDAS DE LA SINDESMOSIS DEL TOBILLO

J.L. Bada Jaime, J.R. Aguilera García y R. Oller Capmany

Hospital Comarcal de Blanes. Girona.

Introducción y objetivos: Las fracturas de tobillo Weber tipo C se acompañan habitualmente de la lesión de la sindesmosis, que se ha

de reparar inicialmente. El fallo de la reparación o la omisión de la misma es una complicación poco frecuente, pero que puede tener consecuencias graves para la articulación.

Material y método: Mujer de sesenta años, con antecedentes de obesidad e insuficiencia venosa severa, que sufre una caída por escaleras, presentando una fractura de tobillo derecho tipo C3.3 que obliga a un tratamiento quirúrgico. La cirugía se realiza a las 48 horas. Por la mala calidad de la piel y el edema se realiza abordaje mínimo, con cierre de la sindesmosis mediante tornillo de cortical de 3,5 × 50 mm y síntesis de maléolo tibial con tornillo maleolar de 50 mm. Se pospone la carga por problemas cutáneos, a pesar de lo cual se aprecia una apertura progresiva de la sindesmosis que lleva a realizar una revisión quirúrgica a las diez semanas de evolución. Se revisa el compartimento medial, donde se aprecia una lesión del ligamento deltoideo que se repara. Posteriormente se procede a la reparación de la sindesmosis mediante técnica de Jäger/Wirth modificada, con injerto autólogo de tendón de semitendinoso obtenido de la rodilla ipsilateral de la paciente. Se procede a estabilizar la plastia con dos tornillos canulados de 4,5 mm de cuatro corticales paralelos. No se inicia la carga hasta las siete semanas, que es total a los tres meses y medio. En ese momento existe una limitación del balance articular del tobillo, básicamente a cargo de la flexión dorsal. A los cuatro meses de la cirugía se aprecian signos de aflojamiento del tornillo transindesmal proximal por lo que se retira el tornillo más distal.

Resultados: A los ocho meses de evolución la paciente sigue su plan de fisioterapia. La valoración de acuerdo con la escala AOFAS es de 80/100. Presenta una mejora del balance articular, con una mínima limitación de los últimos grados de la flexo-extensión y de los movimientos de inversión-eversión. A la marcha plantigrada existe una mínima cojera facilitada por una insuficiencia del tibial posterior del pie contralateral. Existe una debilidad del tríceps sural con una potencia de 4/5 que dificulta la marcha de puntillas.

Comentarios y conclusiones: La historia natural la lesión de la sindesmosis es a la desestructuración de la pinza maleolar y la aparición de una artrosis de tobillo, con pérdida de posición progresiva del astrágalo. Si detectamos la lesión de esta estructura ligamentosa en fase aguda se debe proceder a su reparación, con la colocación de un tornillo transindesmal. Se puede discutir sobre la necesidad de que este tornillo atraviese tres o cuatro corticales y sobre la necesidad de su retirada, pero es básica la reparación de los ligamentos mediante su sutura. En casos crónicos, si no existe un proceso degenerativo severo se puede plantear la artrodesis tibio-peronea distal que reconstruye la mortaja del tobillo, como defiende Olson en su publicación del Journal of Bone and Joint Surgery del pasado 2011. En casos de una artrosis importante se puede realizar una artrodesis tibio-peroneo-astragalina. Los casos intermedios o subclínicos son los más complicados de solucionar ya que muchas veces no se encuentran restos de los ligamentos para reparar, y la necesidad a corto plazo de retirar el tornillo transindesmal para facilitar la normal mecánica de la articulación, nos lleva a la necesidad de realizar una plastia estabilizadora. De las técnicas que se encuentran en la literatura consideramos que la preconizada por Jäger y Wirth, publicada en 1992 en Praxis der Orthopädie, nos da una solución fácil y reproducible. Hemos planteado una pequeña variación que es obtener el injerto de la rodilla, a partir de la experiencia en cirugía reconstructiva de ligamentos de la misma, sin tener que sacrificar tendones próximos al tobillo o emplear fascia liofilizada o injertos de banco con el consiguiente ahorro económico. Consideramos que debemos aumentar el tiempo de seguimiento y tener más casos para poder sacar más conclusiones sobre la eficacia de la técnica, que no deja de sorprender por su sencillez.

CC-772. ¿UN NUEVO TIPO DE FRACTURA? AVULSIÓN DE LA TUBEROSIDAD POSTERIOR DEL CALCÁNEO

J. Pérez Castanedo, R. Clos Molina y J. Rodríguez Miralles

Hospital General de Vic. Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso de fractura avulsión de la tuberosidad posterior del calcáneo derecho, en un paciente joven que inicialmente pasó inadvertida, dada la limitada repercusión funcional de la misma. Este tipo de fracturas extraarticulares del calcáneo son lesiones raras que pueden pasar desapercibidas y con predisposición en pacientes con patología metabólica o neurológica. Consultada la bibliografía no encontramos descrita en la clasificación habitual de estas lesiones.

Material y método: Paciente de 37 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que sufrió una entorsis del tobillo. Visitado inicialmente en otro centro Hospitalario no se aprecia lesión ósea aguda. A las 6 semanas y persistiendo las molestias es derivado a nuestro Hospital y previa valoración se decide inicialmente tratamiento funcional por la buena tolerancia funcional y solicitud de TAC. Se presenta a sesión clínica y se decide tratamiento quirúrgico realizando una reinserción + osteosíntesis.

Resultados: El curso postoperatorio sin incidencias. Herida quirúrgica con buen aspecto y cicatrización. Control Rx apreciando a los 3 meses la consolidación de la fractura. Valoración a los 6 meses: buen balance funcional del tobillo y pie derecho. Deambulación sin molestias.

Comentarios y conclusiones: No hemos encontrado ninguna descripción de este tipo de fractura por avulsión en las clasificaciones actuales. Beavis y Cole describe un tercer tipo de fractura por avulsión en su publicación del 2008 clasificándola de infrabursal. Creemos que nuestro caso incluiría un cuarto tipo de lesiones como fractura fisaria del adulto.

CC-773. TRANSFERENCIA DEL FLEXOR HALLUCIS LONGUS EN DEFECTOS DEL TENDÓN DE AQUILES

J.S. Ruiz Pérez, P. Villanueva Blaya, C. Encinas Ullán y A. Valverde Villar

Hospital La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón de Aquiles es una de las lesiones tendinosas más frecuentes, con una incidencia anual de 18 casos por 100.000 habitantes. Afectan mayoritariamente a varones de una edad comprendida entre los 30 y 50 años y suponen el 40% de todas las reparaciones tendinosas. El tratamiento de las roturas agudas puede ser conservador o quirúrgico, existiendo diferentes técnicas descritas, abiertas o percutáneas. En las roturas no diagnosticadas y en las re-roturas, la reconstrucción puede ser difícil, especialmente si existe una retracción de los cabos o un defecto tendinoso. La definición de una rotura crónica o no diagnosticada no está clara. Clancy desarrolló una clasificación basada en el tiempo, y definió como agudas aquellas roturas diagnosticadas antes de las dos semanas, subagudas entre las 3 y 6 semanas y crónicas si superaban este tiempo. La re-rotura del tendón de Aquiles es una complicación que se puede producir tras el tratamiento quirúrgico o conservador, con mayor frecuencia. En ambas situaciones suele existir un tejido cicatricial desorganizado que ocupa el espacio entre los cabos retraídos y que es menos resistente que el tendón nativo. En estos casos no es posible realizar una sutura término-terminal y la reconstrucción final puede requerir la realización de técnicas de refuerzo con bandaletas del propio tendón, transferencias tendinosas, aloinjertos o injertos sintéticos.

Material y método: Se presentan dos casos en los que se realizó una transferencia del flexor hallucis longus. El primer paciente de 45 años de edad, fue intervenido de una rotura aguda de tendón de Aquiles percutánea mediante PDS, y sufrió una re-rotura del tendón 4 meses después de la cirugía. El segundo caso es una paciente de 59 años de

edad con una rotura crónica de tendón de Aquiles no diagnosticada de 9 meses de evolución y antecedentes de lupus eritematoso sistémico. El defecto del tendón en ambas situaciones era superior a 4 cm, y fue reconstruido con el flexor hallucis longus (obtenido a través de una incisión medial, distal al nudo maestro de Henry) y un avance del tendón de Aquiles mediante una incisión invertida a nivel de la unión músculo-tendinosa.

Resultados: El seguimiento en ambos casos ha sido superior a un año, encontrándose los pacientes asintomáticos y sin limitaciones para sus actividades diarias. Además de los resultados clínicos, se ha comprobado mediante resonancia magnética que la incorporación del FHL al tendón de Aquiles es excelente, y que se produce con el tiempo un aumento del tamaño de su vientre muscular, lo que demuestra la adaptación a su nueva función.

Comentarios y conclusiones: Las transferencias tendinosas se utilizan con frecuencia en la patología del pie y tobillo, principalmente para la corrección de deformidades, restaurar la función de tendones degenerados o roturas no diagnosticadas. La transferencia del FHL en las lesiones del tendón de Aquiles fue descrita por primera vez por Hansen en 1991 para roturas no diagnosticadas. El largo vientre muscular del FHL aporta vascularización al área crítica del tendón de Aquiles, que típicamente se localiza entre 2 y 6 cm proximal a la inserción del calcáneo. El FHL es el segundo flexor plantar más potente del tobillo y su activación neuromuscular ocurre sinérgicamente con la del músculo tríceps sural. En comparación con otros tendones, la anatomía del FHL es más parecida a la del Aquiles, lo que facilita una disección más directa y con un menor riesgo de lesión del paquete vasculonervioso. A pesar de la pérdida de la flexión activa de la articulación interfalángica, los pacientes no presentan limitación para caminar, correr, subir escaleras u otras actividades físicas (9). Sólo hay publicado un caso de deformidad flexible de la articulación interfalángica, en el que no se realizó la tenodesis del muñón distal del flexor hallucis longus al flexor digitorum longus.

CC-774. FRACTURA DEL PROCESO ANTERIOR DE CALCÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Ballester Parra, J. Ribas García-Peñuela y V. Estrems Díaz

Hospital General de Valencia.

Introducción y objetivos: Los casos diagnosticados de fracturas del proceso anterior del calcáneo son escasos y no es posible determinar su verdadera incidencia; en la literatura médica, ésta varía entre el 3% y el 23% de las fracturas de calcáneo. Debido al mecanismo casual similar al de los esguinces de tobillo pueden pasar desapercibidas en un primer momento pudiendo generar secuelas.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 45 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acudió al Servicio de Urgencias con dolor, tumefacción e impotencia funcional del tobillo izquierdo tras sufrir una torsión del mismo. Se le diagnosticó un esguince de tobillo izquierdo, que se trató de forma ortopédica con una férula posterior durante 3 semanas. Ante la persistencia de la clínica, la paciente acudió en diferentes ocasiones al Servicio de Urgencias hasta que, finalmente, fue remitida a consultas externas de Cirugía Ortopédica y Traumatología a los 10 meses de su primera visita a Urgencias.

Resultados: Se realizó un TAC en consultas externas que mostraba una fractura no consolidada del proceso anterior del calcáneo de tipo 3 de Degan en el pie izquierdo. En un primer momento, se intentó tratar ortopédicamente con infiltraciones, antiinflamatorios y analgésicos. Debido a la persistencia de la clínica, se decidió realizar tratamiento quirúrgico con exéresis del fragmento no consolidado de forma abierta. El tratamiento quirúrgico consiguió aliviar la sintomatología aunque no la hizo remitir por completo. Actualmente, la paciente presenta un ligero dolor que controla con la toma ocasional de

antiinflamatorios no esteroideos y que no interfiere en la realización de la actividad deportiva que practica.

Comentarios y conclusiones: En las fracturas de tipos 1 y 2, un tratamiento conservador consigue resultados satisfactorios. En las de tipo 3 se recomienda realizar una reducción abierta y fijación interna. Si la fractura pasa desapercibida, existe la posibilidad de que el foco de fractura no consolide y curse con un proceso pseudoartrótico. En esta situación, el tratamiento recomendado es la exéresis del fragmento, bien con un abordaje abierto o bien mediante una cirugía mínimamente invasiva artroscópicamente; los resultados de las dos alternativas son similares.

CC-775. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA DE CUERPO DEL ASTRÁGALO. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Márquez Rodríguez, J.R. García Pérez y C. Pérez López

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: Las fracturas del astrágalo son poco frecuentes, suponiendo una incidencia de 0,1-0,85% de las fracturas en general. La importancia de este tipo de fracturas radica en las particulares características de vascularización de este hueso, desprovisto de inserciones musculares y con una gran proporción de superficie recubierta de cartilago, lo que puede ocasionar secuelas funcionales del tobillo. Una de las complicaciones más frecuentes tras la fractura-luxación del cuello o cuerpo del astrágalo es la osteonecrosis. El tratamiento varía en función del tipo de fractura, siendo en la mayoría de los casos necesaria la reducción abierta y anatómica de los fragmentos.

Material y método: Paciente varón de 18 años de edad que sufre caída desde una altura de dos metros con traumatismo sobre ambos pies, que nos llega a la urgencia con dolor, importante deformidad e impotencia funcional de tobillo izquierdo. En la Rx: se observa una fractura-luxación del tobillo izquierdo. Una vez reducido e inmovilizado en posteriores radiografías observamos varios trazos complejos de fractura en el cuerpo del astrágalo, ingresándose para tratamiento quirúrgico. Realizamos una reducción abierta y fijación de los fragmentos con tornillos Acutrack ya que la lesión afectaba a hueso subcondral, no pudiéndose realizar por artroscopia.

Resultados: La reducción se consiguió con éxito y el curso postoperatorio se desarrolló sin complicaciones. Se dio de alta manteniendo descarga sin apoyo durante tres semanas. El paciente lleva 5 meses desde la intervención, con una buena evolución: camina sin ayuda de bastones, puede realizar ejercicio físico en bicicleta, pero aún aparece dolor al correr o subir y bajar escaleras. Continuamos pendientes de los resultados a largo plazo para valorar la aparición de complicaciones y secuelas que puedan limitar determinadas actividades.

Comentarios y conclusiones: Son fracturas que no vemos tan frecuentemente en la práctica clínica diaria, complejas y que en la mayoría de las ocasiones dejan secuelas funcionales en mayor o menor grado ya que son afectan a la articulación y a un hueso que está recubierto en su superficie por un cartilago, que una vez que se lesiona es muy difícil que se vuelva a recuperar.

CC-776. ENDOBUTTON COMO MÉTODO DE FIJACIÓN EN TRANSFERENCIA TENDINOSA DEL TIBIAL POSTERIOR

L. Perelló Moreno y F.J. Gascó Adrien

Hospital Son Llàtzer. Baleares.

Introducción y objetivos: Presentar una alternativa de fijación en las transferencias tendinosas de pie y tobillo, con una técnica sencilla, conocida por la mayoría de cirujanos ortopédicos y que ha mostrado tener fiabilidad biomecánica en otras localizaciones anatómicas.

Material y método: Presentamos un caso clínico de un varón de 37 años con un pie equino varo paralítico como secuela de lesión del nervio

ciático, en el que se realizó corrección de la deformidad mediante transferencia tendinosa del tibial posterior a cuñas, utilizando como método de fijación el endobutton, a diferencia de la técnica habitual con tornillos interferenciales.

Resultados: Se consiguió fijación estable, con la flexión dorsal deseada y con buenos resultados clínicos y radiológicos a medio plazo (seguimiento 8 meses). Técnica quirúrgica de duración similar a la habitual con tornillos interferenciales.

Comentarios y conclusiones: El endobutton puede ofrecer una alternativa fiable para la fijación de transferencias tendinosas a nivel de pie-tobillo, como ha mostrado en otras localizaciones (LCA, bíceps braquial, pectoral mayor...), con un coste equivalente a los métodos utilizados en la actualidad.

CC-777. FRACTURA DE PILÓN TIBIAL ASOCIADA A FRACTURA DE ASTRÁGALO. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Alarma Barcia, E. Sánchez Muñoz, D. Velarde Garrido, M.C. Sánchez Ríos, A. Santacruz Arévalo, C. Gallego Wood y P. Romera Olivera

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Las fracturas de pión tibial asociadas a fractura de la cúpula astragalina son poco frecuentes aunque cuando ocurren resultan un reto para el cirujano. Presentamos un caso de un paciente que presentó este tipo de fractura.

Material y método: Varón de 25 años de edad que sufre una precipitación desde 3 metros de altura presentando una fractura de pión tibial con hundimiento de la cúpula astragalina. Se realizó estudio preoperatorio con un TAC. La intervención se realizó mediante anestesia regional con sedación. El abordaje fue anterolateral y se sintetizó la cúpula astragalina con 2 smartnail® y el pión tibial con 2 tornillos canulados.

Resultados: El postoperatorio cursó sin complicaciones y el paciente fue dado de alta a los 2 días de la cirugía con una férula posterior. Ésta fue retirada en 3 semanas y el paciente comenzó a realizar ejercicios de rehabilitación.

Comentarios y conclusiones: Este tipo de fracturas son fracturas complejas que requieren de un buen estudio de imagen para la planificación preoperatoria. La vía de abordaje anterolateral es muy anatómica y permite una buena visualización de la tibia, la cara superior y posterior del astrágalo y de todos los componentes de la articulación tibio-peroneo-astragalina. La rehabilitación precoz es una parte fundamental del proceso.

CC-778. FRACTURA-LUXACIÓN ABIERTA DE TOBILLO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M.D. Villalba González, E. Provinciale Fatsini, E. Blanch Gironès, A. Arroyo Dorado y J. Giné Gomà

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: Las fracturas de tobillo constituyen una de las lesiones más frecuentes en nuestra especialidad. En las últimas décadas ha aumentado tanto la prevalencia como la complejidad de las mismas. La mayoría son fracturas maleolares (60-70%), seguidas de las bimaleolares (15-20%) y trimaleolares (7-12%). Las fracturas abiertas son raras.

Material y método: Presentamos el caso de dos pacientes con fractura-luxación de tobillo abierta con importante inestabilidad y afectación de partes blandas causadas por accidente de tráfico. Caso 1: hombre de 78 años que presentó fractura-luxación de tobillo izquierdo tipo C, abierta grado II por cara interna, se realizó desbridamiento quirúrgico y reducción abierta, síntesis del peroné con dos tornillos peroneo-tibiales suprasindesmales y sutura del ligamento deltoideo.

Posteriormente realizó descarga durante 1 mes y después carga parcial. Durante el ingreso presentó una herida en cara antero medial del tobillo, se realizó curas diarias y se obtuvo crecimiento de un *Enterobacter cloacae*, resistente a augmentine, que se trató con ciprofloxacino. Caso 2: hombre de 62 años que presentó la misma fractura que el caso anterior pero abierta grado IIIA. Se realizó la misma cirugía que en el caso anterior más síntesis del peroné con una placa de dos agujeros. En el postoperatorio se realizó cura de la herida con terapia de presión negativa y posteriormente injerto libre de piel.

Resultados: El paciente del caso1 a los cuatro meses presentaba buena cicatrización de la herida, deambulación con tendencia al valgo y radiológicamente se observó consolidación de la fractura y tornillo proximal fatigado. A los once meses presenta dolor a la deambulación, deformidad en valgo del tobillo y rigidez de la articulación subastragalina. El paciente del caso2 a los cuatro meses presentó buena cicatrización de la herida, deambulación no dolorosa con una muleta, sensación de valgus del retropié y correcta consolidación de la fractura.

Comentarios y conclusiones: Lesión que, debido a la afectación de partes blandas y a la importante inestabilidad, es necesario valorar la viabilidad de la extremidad. La estabilización quirúrgica se puede conseguir con técnicas estándares de osteosíntesis. Es necesario, como en todas las lesiones articulares, hacer un seguimiento a medio y largo plazo para valorar la posible evolución a la artropatía degenerativa.

CC-779. ARTRODIASTASIS DE TOBILLO MEDIANTE FIJACIÓN EXTERNA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA PREVIA A OTRAS DE MAYOR AGRESIVIDAD

M. Luzuriaga Vázquez, N. Gorostiaga Pérez, A. Ferrer Frias, A.P. Borja Jara, M.P. Igado Insa, R. Goñi Robledo y M.E. García Castro

Hospital Txagorritxu. Álava.

Introducción y objetivos: La distracción articular es una técnica comúnmente utilizada por cirujanos ortopédicos para el manejo de diferentes patologías del tobillo, aumentando el rango de movimiento y disminuyendo los síntomas de dolor al caminar. El objetivo principal del procedimiento de distracción es aumentar el espacio entre la tibia y el astrágalo, ofreciendo buenos resultados en pacientes con tobillos rígidos o previo a una cirugía de reemplazo articular.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 59 años con antecedentes de poliomielitis en la extremidad inferior derecha que padece una franca degeneración de la articulación del tobillo derecho. Se realiza una limpieza quirúrgica articular de material osteofítico con una posterior distracción articular y mantenimiento de la misma mediante un sistema de fijación externa.

Resultados: Hasta el momento el paciente presenta una mejoría franca de clínica de dolor articular a deambulación.

Comentarios y conclusiones: La artrodiastasis es una técnica poco agresiva que no cierra opciones terapéuticas de rescate posteriores en caso de ser necesarias, como una artrodesis o una prótesis articular, siendo en general bien aceptada por los pacientes.

CC-780. CORRECCIÓN NO MICROQUIRÚRGICA Y ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN SECUELAS DE QUEMADURAS DE LARGO TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN TOBILLO Y PIE

M. Menéndez García, J. Rey Vasalo, I. Orradre Burusco, M. Ercilla Oyarzábal, I. Sancho González, J. Ruiz Ruiz, M. Brun Sánchez y D. Sánchez Guardamino Sáenz

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Mostrar las ventajas y posibilidades de la utilización de plastias tendinosas de alargamiento en la corrección en

secuelas de largo tiempo de evolución por quemaduras, en la extremidad inferior.

Material y método: Paciente varón de 33 años de edad, fumador, sin otros antecedentes de interés. Acude a consulta presentando brida cicatricial pretibial, retracción de dedos y antepié e imposibilidad para la flexión plantar adecuada de los mismos, 30 años de evolución. Realizamos por requerimientos precisos acerca del volumen de la reconstrucción, corrección de brida retráctil mediante Z-plastias múltiples consiguiendo una flexión plantar adecuada, extensión completa 1^{er} dedo y una mayor comodidad para la deambulación y calzado, tras la rehabilitación persiste en el resto de dedos una retracción en extensión moderada. Presentando dificultades con el calzado laboral. Procedemos entonces a realizar una segunda intervención quirúrgica con plastias tendinosas de alargamiento en tendones extensores, más capsulotomías de las articulaciones metatarso falángicas + agujas Kirschner, y colgajo de avance V-Y de dorso de pie para un mayor aporte de tejido.

Resultados: Evolución favorable tras el procedimiento, no requiriendo intervenciones quirúrgicas adicionales, consiguiendo una deambulación adecuada y la utilización de calzados laborales especiales.

Comentarios y conclusiones: Esta combinación de tratamientos, se suma al grupo de posibles alternativas reconstructivas, en la que los que la opción combinada de colgajos locales con un abordaje articular y tendinoso, permiten un resultado funcional adecuado a los requerimientos, a veces muy específicos, del paciente (características laborales, calzado técnico...).

CC-781. OSTEOTOMÍA SUPRAMALEOLAR EN PACIENTE CON SECUELAS DE EPIFISIODESIS EN TIBIA DISTAL

P. Vadillo Cardona, L. Pelaz Berdullas, E. Casado Sanz, E. Zamora Carrera, P. Villanueva Blaya y M. Blanco del Moral

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos: Las epifisiolisis de la tibia distal son las segundas más frecuentes tras las de radio distal. La complicación más importante es la aparición de una barra fisaria, que puede detener el crecimiento y producir deformidades angulares. Las osteotomías supramaleolares se han utilizado en niños para corregir las deformidades tibiales traumáticas o congénitas. Más recientemente se están comenzando a realizar en adultos con artrosis de tobillo asociada a una deformidad en varo o en valgo. El objetivo en estos pacientes es realinear el miembro para mejorar la distribución de las cargas y de esta forma, preservar la función, aliviar el dolor y retrasar la artrodesis o la artroplastia de tobillo.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 27 años que acude por dolor en tobillo izquierdo y deformidad que ha ido aumentando de forma progresiva. Refiere haber sufrido a los 2 años una fractura de tobillo que requirió inmovilización con escayola. En la exploración física se observa un acortamiento de la extremidad de 3 cm, una deformidad en varo del tobillo y un balance articular de dicha articulación y de la subastragalina preservado. El ángulo entre la diáfisis tibial y la superficie articular en la radiografía anteroposterior en carga (TAS) era de 42° y existían signos degenerativos en la región medial de la articulación tibio astragalina (estadio 3a de Tanaka). En nuestro centro se realizó una osteotomía supramaleolar tibial en cuña de sustracción lateral, y osteosíntesis con placa anterior y medial, y una osteotomía de peroné de sustracción, que no precisó fijación al estar fusionada la sindesmosis.

Resultados: La corrección de la deformidad fue satisfactoria, con TAS postoperatorio de 85°. A los 6 meses de la cirugía, al no observar signos de consolidación suficientes, se realizó una nueva intervención quirúrgica, en la que se aportó injerto autólogo de cresta ilíaca. En el momento actual, y tras un seguimiento de un año, las radiografías muestran que la osteotomía ha consolidado

por completo, y la paciente realiza con normalidad sus actividades habituales.

Comentarios y conclusiones: No existen muchos estudios en la literatura sobre las osteotomías supramaleolares para el tratamiento de la patología del pie y tobillo en adultos. En cambio, han demostrado ser especialmente útiles para mejorar el alineamiento de la extremidad en caso de deformidad angular, aliviar el dolor, y prevenir o enlentecer el deterioro del cartilago articular por una distribución asimétrica de las cargas en el tobillo. Aunque no hay un consenso establecido sobre los límites de angulación de la tibia distal que pueden conducir a una artrosis de tobillo, la mayoría de los autores recomiendan la corrección quirúrgica si la deformidad supera los 10°. Las osteotomías pueden ser de apertura o de cierre y la elección de una u otra depende de varios factores como el grado de deformidad, el estado de las partes blandas, la existencia de discrepancia de longitud y el estado de la superficie articular. Como conclusión, se deben considerar las osteotomías supramaleolares en pacientes jóvenes, activos con dolor y deformidad angular del tobillo, como alternativa a la artrodesis o artroplastia.

CC-782. INFECCIÓN GRAVE TRAS CIRUGÍA DE HALLUX VALGUS. RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA DE COBERTURA CUTÁNEA CON SISTEMA DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA VAC ULTA E INJERTO CUTÁNEO

R. Cardona Malfey, J.J. Panisello Sebastián, J. Cuenca Espierrez, I. Garrido y A. Sola Cordón

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso clínico de infección por *Staphylococcus aureus* tras cirugía por recidiva de hallux valgus. El tratamiento de la misma exigió cirugías de limpieza y desbridamiento y antibióticoterapia intravenosa específica. Resuelta la infección, el defecto de cobertura cutánea se trató mediante sistema tratamiento de heridas de presión negativa VAC Ultra e injerto cutáneo. Objetivos: comunicar la efectividad del tratamiento presión negativa en problemas de cobertura cutáneos secundarios a infección para acelerar la formación de tejido de granulación y mejorarlas condiciones locales del mismo.

Material y método: La paciente de 71 años fue sometida a cirugía por recidiva de hallux valgus: técnica de Keller Brandes, osteotomía de base de 1^{er} MTT estabilizada con placa de osteosíntesis Compact Foot Synthes, cerclaje fibroso y artroplastia de resección interfalángica proximal de 2° eje. Pese a profilaxis antibiótica perioperatoria sufrió infección en región del hallux que evolucionó desfavorablemente a pesar de tratamiento antibiótico oral. Se instauró tratamiento antibiótico intravenoso específico y se sometió a curas quirúrgicas para limpieza y desbridamiento cada 72h durante dos semanas. En una segunda fase, para resolver el importante problema de cobertura cutánea, se inició terapia local de presión negativa con instilación de suero fisiológico, sistema VAC Ultra, manteniendo antibióticoterapia. Tras dos semanas de terapia se realizó injerto cutáneo con piel procedente de región inguinal.

Resultados: El sistema de terapia local de presión negativa con instilación de suero fisiológico, sistema VAC Ultra, permitió la formación de un tejido de granulación homogéneo sobre un lecho quirúrgico irregular con exposición ósea y articular. Aceleró la resolución de las lesiones y permitió la cobertura con un injerto cutáneo. Las lesiones evolucionaron favorablemente, permitiendo deambulación y calzado.

Comentarios y conclusiones: La infección en la cirugía de hallux es una complicación que puede ser muy grave que exige tratamientos combinados, complejos y agresivos. El sistema de tratamiento de heridas de presión negativa e instilación facilita y acelera la resolución de los problemas de cobertura cutánea en casos de infección que precisen desbridamientos agresivos.

CC-783. ENTORSIS DE TOBILLO EN PACIENTE DIABÉTICA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

R. Ureña Vicente, A. Dealbert Andrés, M. Fernández Suárez, J.P. García de la Fuente, M. Garriga Santamaría, C. Jorge Santos, E. Alcántara Vila y L. Mateo Olivares

Hospital Residencia Sant Camil. Barcelona.

Introducción y objetivos: La artropatía de Charcot se caracteriza por una destrucción articular progresiva en pacientes afectados de diabetes mellitus de etiopatogenia incierta. Se han descrito 2 teorías: neuro-traumática y neurovascular que se complementan. Estudios moleculares recientes la relacionan con la activación de las cascadas de los receptores RANKL y osteoprotegerina. Se clasifican en función de su estadio evolutivo de Eichenholtz y por su localización anatómica descrita por Brodsky.

Material y método: Presentamos el caso clínico paciente de 53 años con diabetes mellitus tipo II de 20 años de evolución que consulta por deformidad e impotencia funcional tobillo izquierdo de 2 años de evolución tras entorsis. Se ha instaurado una deformidad progresiva que le impide deambular y presenta una ulceración por decúbito en maleolo peroneal. Presenta una artropatía de Charcot tipo III Brodsky con inestabilidad del tobillo y ulceración sin osteomielitis. Nos planteamos que opción quirúrgica es la adecuada (artrodesis vs amputación). Nuestro objetivo es obtener un pie plantigrado y estable por lo que optamos por una panartrodesis mediante enclavado endomedular.

Resultados: Durante el postoperatorio la paciente ha presentado múltiples complicaciones: pielonefritis, infecciones urinarias de repetición, descompensación del control metabólico de la diabetes, infección de la herida quirúrgica, fractura osteoporótica meseta tibial ipsilateral, infección profunda que ha requerido extracción material de osteosíntesis e inmovilización con yeso y bota tipo Walker. Actualmente presenta una artrodesis fibrosa con un pie plantigrado y estable que le permite la deambulación.

Comentarios y conclusiones: Traumatismos banales en pacientes diabéticos pueden desencadenar una artropatía de Charcot y una destrucción articular con consecuencias desastrosas. Es importante realizar en estos pacientes periodos de inmovilización largos. Son deformidades de solución compleja no exenta de complicaciones graves (infecciones, amputación).

CC-784. RUPTURA CRÓNICA DE AQUILES ASOCIADA A RUPTURA DEL TENDÓN PERONEO BREVIS. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

S. Catalán Amigo, C. Escribano Ferrer, M. Orduña Montcusí y J.C. Cardoner Parpal

Hospital FREMAP. Barcelona.

Introducción y objetivos: Se discute el caso de un paciente de 40 años que sufre una ruptura crónica del tendón de Aquiles.

Material y método: La RMN a los 3 meses de la lesión muestra un gap de entre 2 y 4 cm. El planning preoperatorio consistía en una transferencia del tendón peroneo Brevis como plastia de refuerzo o aumentación.

Resultados: Durante la cirugía no pudimos encontrar el tendón del peroneo brevis en su inserción distal. Lo encontramos proximal al retináculo extensor inferior. Realizamos la transferencia pero el tendón resultó insuficiente, por lo que añadimos un aplastia de rotación tipo Christensen. La evolución del paciente ha sido correcta, con alta médica a los 5 meses de la evolución, con balance articular completo y ligera cojera.

Comentarios y conclusiones: No hemos encontrado en la literatura ninguna asociación como la que presentamos aquí. Cuando tenemos una ruptura del tendón de Aquiles, pueden pasar desapercibidas otras lesiones tendinosas que pueden ser un problema en el momento de la cirugía si se plantea una transferencia de aumentación. Creemos que

es imprescindible asegurarse de la presencia del tendón a utilizar antes de plantear una transferencia tendinosa ante rupturas del tendón de Aquiles.

CC-785. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA SINDACTILIA EN EL PIE

S. Solsona Espín, M. del Valle Jou, E. Rodríguez Boronat, I. Casado Mena, F. Martínez Hornillos, S. Lobato Trenado y J.E. Colombo Márquez

Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.

Introducción y objetivos: La sindactilia de los dedos del pie es frecuente en nuestra población. En la mayoría de los casos las uniones de los dedos son solo cutáneas sin afectar a las estructuras vasculares ni óseas. La sindactilia es una fusión congénita, que puede causar problema estético, pero nunca funcional.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer joven, de 22 años, afecta de una sindactilia bilateral de 2º y 3º dedos. Se trata de un problema familiar, con diferente afectación entre ellos. La paciente presentaba una sindactilia cutánea, hasta el final de los dedos en un pie y parcial en el otro. Esto le causaba un problema estético grave, por lo que acudió a solicitar la cirugía.

Resultados: Existen diferentes técnicas quirúrgicas para separar las sindactilias de los dedos y reconstruir la comisura. En nuestro caso operamos ambos pies, con dos tipos diferentes de cobertura cutánea de las caras laterales de los dedos y de la comisura, sin injerto cutáneo. Las cirugías se realizaron con un intervalo de 6 meses entre ambas.

Comentarios y conclusiones: La sindactilia de los dedos del pie es un problema estético y no funcional. Sólo realizamos cirugía en aquellos casos que existe un problema psicológico relacionado con la estética del pie.

CC-786. TRATAMIENTO DE UNA REFRACTURA DE JONES EN FUTBOLISTA PROFESIONAL

S. Barroso Rosa, B. Romero Pérez, L. Rivero González, A. Medina Hernández, R. Santana Suárez, A. Peiró García, R. Navarro Navarro y D. Barahona Lorenzo

Hospital Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: Se expone el caso de un futbolista profesional con re-fractura de Jones, tratada inicialmente de forma conservadora, y en segunda instancia con osteosíntesis y aporte de plasma rico en factores de crecimiento.

Material y método: Se expone el caso clínico más una breve revisión bibliográfica. Se aportan imágenes radiológicas pre y postoperatorias.

Resultados: Excelente recuperación funcional tras la cirugía, con vuelta a la actividad deportiva completa 5 meses tras la intervención.

Comentarios y conclusiones: Se presenta la aplicación de PRP en el tratamiento quirúrgico de una re-fractura de Jones; de acuerdo con nuestra búsqueda bibliográfica se trata de uno de los primeros casos documentados al respecto.

CC-787. ARTRODESIS TIBIOASTRAGALOCALCÁNEA CON CLAVO RETRÓGRADO DE RECONSTRUCCIÓN POR VÍA TRANSFIBULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

T. Rodríguez López, R.J. García Renedo, M.A. de la Red Gallego, M.I. Pérez Núñez, B. Busta Vallina, S. Plaza García, A. Alfonso Fernández y J. Hernández Elena

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

Introducción y objetivos: La artrodesis tibioastrágaloalcalcánea es el tratamiento de elección en la artrosis avanzada con mala respuesta al

tratamiento conservador; en nuestro caso, el abordaje trasfibular practicado preserva inserciones de partes blandas en la parte posterior del peroné, garantizando mayor aporte vascular al peroné distal, disminuye el riesgo de lesión nerviosa y permite el control de la corrección. Presentamos un caso de artrosis postraumática de tobillo con pseudoartrosis del astrágalo tratado mediante esta técnica y analizamos su tratamiento y evolución.

Material y método: Varón 43 años que sufre accidente de tráfico en 1993 con fractura-luxación de tobillo izquierdo y fractura de cuello de astrágalo abierta grado II de Gustilo-Anderson. De urgencia se realizó reducción de la fractura y reconstrucción de partes blandas. Evolucionó con fiebre e infección de herida cutánea con cultivo positivo para *Enterococcus durans* que precisó tratamiento antibiótico. En 2008 se remite a nuestras consultas presentando dolor intenso tanto en marcha como en reposo, limitación de flexo-extensión de tobillo y claudicación 500 metros. En pruebas de imagen se observa: Rx ap, lateral tobillo y pie en carga: Pinzamiento articular con pseudoartrosis astragalina. TAC: Cambios degenerativos severos en epífisis tibial; pinzamiento, esclerosis y formación de quistes subcontrales con fenómeno de vacío en el resto de la articulación tibioperoneo-astragalina. Fusión secundaria al antecedente infeccioso de articulación subastragalina posterior y astragalo-escafoidea con normalidad de la articulación calcaneocuboidea.

Resultados: Se diagnostica de pseudoartrosis de cuello del astrágalo con neoarticulación tibial y subastragalina anterior con artrosis severa tibioperoneo-astragalina, por lo que se decide la artrodesis tibiopero-astragalocalcánea con clavo retrógrado. Antes de artrodesar el tobillo se realizan analítica y gammagrafía ósea que descartan infección activa. La consolidación ósea se produjo a las 22 semanas. Después de 28 meses de seguimiento, el paciente puede hacer actividades cotidianas, camina de forma asintomática largas distancias y ha cesado el dolor.

Comentarios y conclusiones: El enclavado en la artrodesis tibiotarso-calcánea tiene la ventaja respecto a otros sistemas en que precisa menos tiempo de inmovilización, es más estable, permite una carga más precoz y tiene menor tasa de pseudoartrosis. Por tanto es una técnica de elección para artrosis postraumática.

CC-788. ALARGAMIENTO PROXIMAL DE GEMELO INTERNO. MEJORÍA CLÍNICA EN FASCITIS PLANTAR Y METATARSALGIA

A. Núñez García, M. Medina Santos, H. Figueiredo González, A. Touza Fernández, M. González Murillo, A. Salgado Rodrigo, P. Aragonés Maza y A. Núñez Medina

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: El sistema aquileo plantar (ACP) cada vez cobra mayor importancia en el estudio de la patología del pie. Se compone de el musculo gastronemio, sóleo, tendón de Aquiles, calcáneo (actúa como hueso sesamoideo), aponeurosis plantar y ligamentos intermetatarsianos. El SACP se ha relacionado etiológicamente con el desarrollo de fascitis-plantar (FP) y metatarsalgias (MTT) de 2º rocker debido a equinismo estático (a nivel de tendón Aquiles) o dinámico (se corrige con la flexión de rodilla debido a acortamiento del gemelo interno, Silverskjöld+). Ha sido descrita una nueva técnica para el alargamiento a nivel proximal de gemelo medial (APGM). El objetivo de nuestro estudio es valorar el estado clínico tras el APGM en pacientes con metatarsalgia y FP.

Material y método: Estudio prospectivo no concurrente. Criterios de inclusión: > 25 años, Test Silverskjöld+, 2 meses de medidas conservadoras sin éxito. Intervenido de APGM, mismo hospital y cirujano desde mayo de 2010 hasta diciembre de 2011. Férula inguinopédica en las primeras 24 horas posquirúrgicas (flexión dorsal) Evaluación clínica al final del seguimiento. Cuestionarios: AOFAS (0-100) mejor situación funcional 100 ROFPAC (1-5) mejor situación funcional 1 Entrevista: A)

Volvería a operarse (sí/no). B) Satisfacción general con el resultado obtenido (del 0 al 10). C) Mejoría clínica (1 nada, 2 leve, 3 moderada, 4 importante).

Resultados: Descriptivos de la muestra 14 pies, 12 pacientes. 85% mujeres. Media de edad 42 años, media de IMC 25,3k g/m², media de seguimiento 12 meses. Etiología: metatarsalgia 64,3% y FP 35,7%. Pie cavo asociado en 57,7%. En 5 pies se habían realizado cirugías previas con pobres resultados. 3 casos de infección superficial de la herida y 1 caso de hipoestesia y calambres. Resultados clínicos. ROFPAC (media*) Sensorial FP 1,51*. MTT 2,06*. Afectiva FP 2,06*. MTT 2,88*. Cognitiva FP 1,92*. MTT 2,44*. AOFAS (media*) FP 79,4*. MTT 62,55*. Satisfacción (media*) FP 8,2*. MTT 8,1*. Volvería a operarse (%) FP 80%. MTT 77,8%. Mejoría clínica (%) FP Nada 0%. Leve 0%. Moderada 40%. Importante 60%. MTT Nada 0%. Leve 0%. Moderada 55%. Importante 44%.

Comentarios y conclusiones: En nuestra muestra, se obtienen muy buenos resultados clínicos en fascitis-plantar y metatarsalgia mediante la realización del APGI, especialmente en la FP. En dicho grupo se recogen mejores puntuaciones AOFAS y ROFPAC (en todas las subescalas). El 80% de los pacientes intervenidos de FP volverían a intervenir-se frente a un 77,8% de los intervenidos de MTT; el 60% mejoró de forma importante frente a un 40% en el grupo MTT. Parece que esta técnica sencilla y con escasas complicaciones abre un nuevo y alentador horizonte en el tratamiento de la FP recalitrante.

CC-789. LESIONES OSTEOCONDRALES DE ASTRÁGALO GRADO III Y IV. ¿TIENE VENTAJAS LA MOSAICOPLASTIA ARTROSCÓPICA?

B. Bravo Giménez, M. Mellado Romero, L. García Lamas, A.M. Martín Fuentes, C. Martín López, J. Cano Egea y J. Vilá Rico

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Las lesiones osteocondrales de astrágalo son poco frecuentes y existe cierta controversia en su tratamiento. El objetivo de la cirugía es reparar la lesión del cartilago y reconstruir la superficie articular evitando los cambios degenerativos precoces. En los estadios III y IV se ha demostrado que el trasplante osteocondral proporciona buenos resultados. La indicación de la técnica artroscópica dependerá de la localización de la lesión puesto que tiene su limitación en el tercio posterior de la superficie talar que es de difícil acceso. La mosaicoplastia abierta se ha relacionado con un mayor número de complicaciones. El objetivo de nuestro estudio es comparar los resultados clínico-funcionales de la mosaicoplastia abierta y artroscópica en lesiones grados III y IV analizando las complicaciones.

Material y método: Estudio retrospectivo de 26 casos, intervenidos entre enero de 2007 y diciembre de 2011. En 15 de ellos se realizó mosaicoplastia artroscópica y en 11 abierta. Las características demográficas de ambos grupos eran similares. La mayor parte correspondían a lesiones grado IV de la clasificación ICRS. La edad media fue de 35,7 años. La mayoría de los pacientes referían un antecedente traumático y encontramos un marcado predominio de lesiones mediales.

Resultados: Se analizaron los resultados siguiendo la escala AOFAS del retropié. La valoración media preoperatoria fue de 60 puntos, pasando a 89 en la postoperatoria. Si bien a medio-largo plazo los resultados de la AOFAS no presentan diferencias estadísticamente significativas, la técnica abierta se ha relacionado con un mayor número de complicaciones relacionadas con la osteotomía maleolar y una recuperación y reincorporación a sus actividades deportivas más prolongada.

Comentarios y conclusiones: La mosaicoplastia es una técnica que ofrece unos resultados excelentes en el tratamiento de las lesiones grado III y IV. La extensión, profundidad y localización de la lesión van a determinar la opción quirúrgica siendo la técnica artroscópica el tratamiento de elección.

CC-790. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA FRACTURA-LUXACIÓN DE CHOPART

C. Justo Astorgano, H. Gómez Santos, T. del Olmo Hernández, S. Alonso Güemes, P. García Medina y C. Hernández Galera

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las lesiones del mediopie son infrecuentes y se deben a traumatismos de alta energía. La articulación de Chopart consta de las articulaciones calcaneocuboidea y astragalonavicular, que junto con la articulación subastragalina permite los movimientos de inversión y eversión del pie. El objetivo de nuestro estudio es evaluar los resultados obtenidos en nuestro centro del tratamiento quirúrgico de dichas lesiones.

Material y método: Se revisan retrospectivamente 15 pacientes (10 varones y 5 mujeres) con luxaciones de Chopart intervenidas entre febrero 2002 y mayo 2011. La mayoría ocurrieron por traumatismo de alta energía y 9 con fracturas de escafoide asociada. Se trataron 10 casos mediante reducción cerrada y agujas de Kirschner y 5 casos mediante RAFI. El seguimiento postoperatorio fue mínimo de un año, siendo la edad media de 37 años (14-65). Se evaluaron los resultados mediante la escala AOFAS y la escala VAS.

Resultados: Todos los pacientes obtuvieron una buena alineación y recuperación funcional, con disminución del dolor salvo dos casos que desarrollaron artrosis postraumática y distrofia simpático refleja respectivamente. Radiológicamente se consiguió en todos los casos una reducción anatómica y congruencia articular astrágalo-navicular. No hubo ningún caso de osteonecrosis ni pseudoartrosis. Como complicación destacan 2 casos de infección de herida quirúrgica con desarrollo de osteomielitis en uno de ellos.

Comentarios y conclusiones: En este tipo de lesiones, el objetivo más importante es mantener la alineación y restaurar la congruencia articular. Los resultados obtenidos en nuestro estudio confirman que una reducción anatómica se correlaciona con resultados satisfactorios, siendo para ello necesario el tratamiento quirúrgico. Cabe destacar que los casos intervenidos mediante reducción abierta fueron los que presentaron las complicaciones citadas, obteniendo buenos resultados en los casos donde se llevo a cabo reducción cerrada y fijación con agujas.

CC-791. ARTRODESIS DE TOBILLO: TÉCNICA DE PUTTI. NUESTRA EXPERIENCIA

I. Crespo Cullell, R. Llombart Blanco, J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, A.B. González Gil, M. Alfonso Olmos y C. Villas Tomé

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Valoración funcional y calidad de vida de pacientes tratados quirúrgicamente mediante fusión tibio-peronea-astragalina según técnica de Putti. La artrodesis de tobillo es una intervención "movilizadora" que busca conseguir una estabilidad y un apoyo plantigrado indoloro en pacientes con una artrosis tibioperonea astragalina. Existen numerosas técnicas y procedimientos quirúrgicos descritos para conseguir esta fusión, entre ellas la descrita clásicamente por el Prof. Dr. Putti.

Material y método: Revisión retrospectiva de pacientes intervenidos desde enero 1996 hasta diciembre 2011. Se incluyeron en el estudio pacientes intervenidos según la técnica de Putti y otras técnicas de fusión tibio-peronea-astragalina o panartrodesis (clavos retrógrados, grapas, tornillos canulados). Se excluyeron pacientes fallecidos, no intervenidos en nuestro centro y aquellos que no quisieron entrar voluntariamente en el estudio. Se recogieron datos respecto: sexo, edad, IMC, etiología, tiempo de seguimiento, técnica quirúrgica, días de ingreso, tiempo hasta la deambulacion sin ayuda, complicaciones y una valoración funcional mediante escala AOFAS y SF-12.

Resultados: Un total de 36 tobillos artrodesados en 34 pacientes. 24 hombres y 13 mujeres, con un IMC medio de 30,3 kg/m² y una edad media al diagnóstico de 54.2 años. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en los días de ingreso hospitalario ni tiempo de consolidación radiológica. No diferencias estadísticamente significativas en la valoración en el cuestionario AOFAS y SF-12 entre las distintas técnicas utilizadas. Se recogieron 8 complicaciones cuando lo técnica empleada fue la de Putti (4 pseudoartrosis, 3 fracturas de estrés y 1 SDRC) frente a 2 con el resto de técnicas (1 pseudoartrosis y 1 fractura de estrés).

Comentarios y conclusiones: La artrodesis de tobillo es una cirugía con buenos resultados funcionales para el paciente. La técnica clásica de Putti es una opción válida, pero no exenta de complicaciones, que en nuestra experiencia con las técnicas de las que disponemos actualmente se minimizan, obteniendo buenos resultados funcionales.

CC-792. OSTEOTOMÍAS DE LA SEGUNDA FALANGE EN LA CIRUGÍA DEL HALLUX VALGUS

J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, A. Valentí Azcárate, I. Crespo Cullell, R. Llombart Blanco, M. Alfonso Olmos y C. Villas Tomé

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La cirugía del hallux valgus se ha hecho cada vez más compleja e individualizada. Existen diversos algoritmos y multitud de técnicas quirúrgicas desarrolladas para la corrección del hallux valgus dependiendo de dónde se encuentre el origen de la deformidad, la edad, la gravedad y las expectativas del paciente. Nuestro propósito es mostrar el posible beneficio de la realización de osteotomías sobre la segunda falange como gesto técnico asociado en la corrección del hallux valgus.

Material y método: Se realizaron mediciones radiológicas con radiografías dorsoplantares en carga de 254 pacientes que acudieron a nuestra consulta entre enero 2007 y junio 2009. Se recogieron las siguientes mediciones: ángulo intermetatarsal, ángulo metatarsofalangico (AMTF), ángulo interfalangico (AIF), DASA, PASA, ángulo de inclinación de la segunda falange (AF2), ángulo de desviación articular interfalangica (desviación articular, ángulo de oblicuidad, fórmula digital, edad y motivo de consulta. Presentamos ejemplos dónde se realizó una osteotomía de la segunda falange. Se realizaron 15 osteotomías en cadáveres sobre la segunda falange y se analizó el grado de corrección angular.

Resultados: 254 pacientes (168 mujeres y 86 hombres) con una edad media de 41 años. La media de los ángulos fue la siguiente: AMTF 20°, AINMT 9°, DASA 5°, PASA 5°, AIF 11°, AF2 8°, desv. art. 1°, oblicuidad 2°. Se realizaron 2 osteotomías abiertas en cadáver y 13 percutáneas. La media del AIF pasó de 11° a 3°, con un AF2 de 1° y una desv art. residual de 0,5°.

Comentarios y conclusiones: En los casos con deformidad en valgo predominante en la segunda falange, se puede considerar como una alternativa la posibilidad de realizar osteotomías correctoras en F2 solas o asociadas a osteotomías de la falange proximal.

CC-793. ARTROPLASTIA TOTAL DE TOBILLO: NUESTROS RESULTADOS CON PRÓTESIS BOX

M. Agudo Quílez y A. Agulló Bonus

Hospital Universitario San Juan. Alicante.

Introducción y objetivos: La artroplastia total de tobillo se está consolidando frente a la artrodesis para el tratamiento quirúrgico de la artrosis de tobillo por la ventaja teórica de preservar el balance articular del tobillo y de las articulaciones adyacentes. La mejora en los nuevos modelos convierte la cirugía de reemplazo en una opción con buenos resultados clínicos y funcionales a corto y medio plazo Empie-

zan a publicarse en la literatura grandes series de pacientes con modelos protésicos de segunda y tercera generación. El objetivo de este estudio es el análisis de resultados a corto plazo de las prótesis de tercera generación BOX realizadas en dos centros hospitalarios por el mismo cirujano. La prótesis box es una artroplastia de 3ª generación con polietileno móvil y componentes no cementados. Aunque en España no hay muchos casos implantados, en Italia existen ya largas series con resultados prometedores.

Material y método: El método de recogida de información se realizó mediante la revisión manual de la historia clínica (edad, sexo, etiología artrosis conocida), así como revisión clínica del paciente y de sus radiografías previas. Los resultados se extraen del análisis de las pruebas radiológicas postoperatorias y el cuestionario AOFAS como parámetro de clínico-funcional final.

Resultados: Presentamos los resultados de 7 prótesis de tobillo de este modelo con un seguimiento mínimo de un año y máximo de tres.

Comentarios y conclusiones: La prótesis Box ofrece buenos resultados clínico-funcionales, ofreciéndose como una opción más en la cirugía de reemplazo articular de tobillo.

CC-794. OSTEOTOMÍA DE EVANS PARA TRATAMIENTO DEL PIE PLANO DEL ADULTO. NUESTRA EXPERIENCIA

A. Ruiz Nasarre, R. Plaza García, M. Corrales Rodríguez, R. Melo Melo, F. Álvarez Goenaga y P. Fernández de Retana

Hospital San Rafael. Madrid.

Introducción y objetivos: La osteotomía de Evans o de alargamiento de la columna externa está indicada para la corrección del pie plano valgo doloroso estadio II de Johnson y Strom. Permite la restauración del arco longitudinal del antepié, la corrección del valgo de talón y mejorar la abducción del antepié.

Material y método: Se han analizado retrospectivamente 5 pacientes, con un seguimiento medio de 10 meses, intervenidos mediante osteotomía de Evans asociada en algunos casos a transposición del flexor común de los dedos y a osteotomías de la primera cuña o artrodesis cuneometatarsales para descenso del primer radio. Se ha valorado los ángulos de Costa-Bertani y Moreau, la altura de la primera cuña al suelo, el porcentaje de cobertura articular del astrágalo, y el ángulo de divergencia astragalocalcáneo de forma preoperatoria y a los 6 meses de la intervención. También se ha realizado una valoración de resultados mediante la puntuación de escalas AOFAS y EVA.

Resultados: Mejoría de todos los parámetros angulares en la medición postoperatoria. Disminución media de 14 grados de ángulo de Costa-Bertani y Moreau y de 4 grados de divergencia astragalocalcánea. Aumento de la altura de la 1ª cuña respecto al suelo y de la cobertura talonavicular. Mejoría postoperatoria en la puntuación de escalas AOFAS y EVA.

Comentarios y conclusiones: Buenos resultados iniciales pese a la menor experiencia existente con esta técnica. Permite obtener correcciones importantes de la deformidad visibles clínica y radiográficamente. Grado de satisfacción del paciente elevado. Serie de casos y seguimiento cortos para extraer conclusiones definitivas.

CC-795. REVISIÓN DE RESULTADOS A LOS 5 AÑOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS DE TOBILLO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

A.E. Santacruz Arévalo, F. Tomé Bermejo, E. Sánchez Muñoz, J. Fajardo Romero, J. Cervera Irimia y C. Gallego Wood

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Las fracturas de tobillo se encuentran dentro de las lesiones óseas más comunes de la extremidad inferior y continúan siendo una fuente importante de morbilidad. Estudios epi-

demiológicos recientes han demostrado un aumento significativo en la incidencia y severidad de las fracturas de tobillo en la población anciana. A pesar del aumento en la incidencia sigue existiendo mucha controversia con respecto al mejor tratamiento. En pacientes ancianos, la inmovilización y la descarga asociadas al tratamiento pueden suponer un cambio de su estado físico, ambulatorio y sistémico.

Material y método: Realizamos una revisión retrospectiva de todos los pacientes mayores de 65 años intervenidos de manera quirúrgica por fractura de tobillo entre los meses de enero y diciembre del año 2005. Los pacientes fueron valorados según escala funcional AOFAS, el tiempo de ingreso, el tipo de síntesis, la presencia de complicaciones, y el índice de satisfacción de los pacientes.

Resultados: La lesión más frecuente fue la fractura tipo B de Weber y un 92,5% presentaban fractura de ambos maleolos. La osteosíntesis con placa fue el método más empleado para la síntesis del maléolo lateral. El resultado según escala de AOFAS fue excelente/bueno en 75% de los pacientes. La infección superficial de la herida, necrosis cutánea y retraso en la cicatrización son las complicaciones más frecuentes. El tiempo medio de ingreso fue de 6,3 días. El 95% pudieron regresar a sus actividades de la vida diaria por haber regresado al estado de movilidad preoperatoria.

Comentarios y conclusiones: La reducción abierta y síntesis interna proporciona un buen resultado en el tratamiento quirúrgico de las fracturas de tobillo en paciente mayor de 65 años. El número de complicaciones es significativamente superior al de la población más joven, pero el resultado funcional y el índice de valoración subjetiva del paciente anciano son muy satisfactorios.

CC-796. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DEDO EN MARTILLO ASOCIADO A HALLUX VALGUS NO DOLOROSO EN ANCIANOS

A. Oller Boix, J. Torrent Gómez, I. Marchan García, C. Yela Verdú, I. Fuentes López y F. Anglès Crespo

Hospital Universitari Mútua Terrassa. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las deformidades de los dedos medios del pie son frecuentes y aunque pueden aparecer de forma aislada, en general forman parte de una deformidad compleja del pie o antepié. En casos de hallux valgus severos, el valgo del hallux provoca la elevación del segundo dedo obligando a actuar sobre el primero para corregir el dedo en martillo. El objetivo de este estudio es analizar los resultados y posibles comorbilidades de la cirugía del dedo en martillo asociada a la osteotomía de Akin de la falange proximal y a la sección del abductor del primer dedo en pacientes ancianos.

Material y método: Estudio retrospectivo de 11 casos tratados quirúrgicamente entre 2010 y 2011. La edad media ha sido de 73,2 años (67-89 años) y el seguimiento medio de 12,1 meses (6-20 meses). Los 11 pacientes han presentado la asociación de dedo en martillo y hallux valgus no doloroso infraabducto respecto al segundo dedo. En todos los casos se ha realizado una osteotomía tipo Akin, sección percutánea del abductor del hallux y una artrodesis de la articulación interfalángica proximal del segundo dedo. En ningún caso se ha practicado osteotomía del primer metatarsiano, independientemente de los ángulos obtenidos, y se ha realizado el seguimiento de los casos clínica y radiológicamente.

Resultados: Han sido buenos en los 11 pacientes, mejorando sobre todo el dolor, pasando de severo (0 puntos escala AOFAS prequirúrgico) a ocasional (30 puntos posquirúrgico). Se ha conseguido una puntuación media de la escala AOFAS posquirúrgica de 88,7 puntos (82,4-93,8 puntos) y no se ha evidenciado falta de consolidación de la osteotomía de Akin en ningún caso. La corrección quirúrgica se ha mantenido en todos los casos. Como complicaciones, no hemos conseguido la artrodesis de la articulación interfalángica proximal del segundo dedo en 3 casos, sin repercusiones clínicas.

Comentarios y conclusiones: Consideramos que la combinación de la osteotomía tipo Akin con la sección del tendón abductor permite la reducción de las deformidades del segundo dedo sin asociar aumento de la comorbilidad. También creemos que en pacientes añosos con hallux no doloroso no es necesaria la realización de una osteotomía del primer metatarsiano por lo que debemos limitar esta técnica a pacientes mayores con hallux valgus asintomáticos ya que en pacientes jóvenes, nuestro objetivo debe ser la corrección del primer metatarsiano.

CC-797. VARIANTE POSTEROMEDIAL FRACTURAS BIMALEOLARES

J.A. Porcel Vázquez, E. Palau Sanz, D. Barastegui Fernández, J. Tomás Hernández, J. Teixidor Serra, V. Molero García, J. Nardi Vilardaga y E. Cáceres Palou

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas bimalleolares habitualmente se clasifican según la clasificación Lauge-Hansen. La variante posteromedial es atípica con una incidencia entre 6-10%.

Material y método: Presentamos 7 casos de variante posteromedial. Principalmente se asocian a un mecanismo de baja energía, entorsión en pronación-rotación externa. A nivel radiográfico fractura de maléolo peroneal transindesmótico o suprasindesmótico y a nivel medial trazo vertical a través del cóliculo posterior con subluxación posteromedial del astrágalo. El patrón de fractura posterior es variable, incluyendo todo el maléolo posterior o presencia de fragmento posteromedial y posterolateral. Realizamos un abordaje posteromedial a través del suelo de la vaina del tendón tibial posterior. Se identifica el ápex del fragmento vertical y realizamos una reducción y posterior placa de sostén.

Resultados: La edad media de nuestros pacientes es 50 años. Seguimiento mínimo de 12 meses. Los pacientes siguieron un protocolo postoperatorio de descarga de 6-8 semanas, y posterior bota de marcha hasta completar 12 semanas. No presentamos retrasos de consolidación ni pseudoartrosis. No ha sido preciso la retirada de material. Se realizó evaluación funcional de rango articular y estabilidad y escala de valoración AOFAS.

Comentarios y conclusiones: Este patrón de fractura atípico se ha asociado a un mecanismo de supinación/pronación-rotación externa. A nivel radiográfico el patrón vertical de fractura produce un signo de doble contorno, siendo una indicación para la realización TC. Una reducción de la longitud del peroné inadecuada condicionará un acortamiento residual del fragmento posteromedial y subluxación residual del astrágalo.

CC-798. LESIÓN AISLADA DE LA SINDESMOSIS. UNA REALIDAD

L. Ximeno Roca, F. Delgado López, A. Broch Suau, A. Salvador Albarracín, F. García Retamero y D. Torras Desumbila

Hospital Sant Celoni. Barcelona.

Introducción y objetivos: El esguince alto del tobillo es una lesión frecuente, poco conocida que pasa desapercibida con unas secuelas altamente incapacitantes. La sindesmosis inferior se ve comprometida hasta en un 74% del total de las lesiones ligamentarias que afectan el tobillo. Para su diagnóstico se requiere un alto grado de sospecha clínica y con un estudio ecográfico (fácil y económico) se confirma la lesión. El tratamiento lo realizamos bajo artroscopia, practicando sinovectomía, revisión sistemática de la articulación, comprobación, desbridamiento de la lesión y cierre de la sindesmosis con el sistema Ankle Tight-Rope (Arthrex). El objetivo es crear conciencia sobre la alta frecuencia e incapacidad residual de esta lesión. Hacer énfasis en la accesibilidad y facilidad que brinda la ecografía para su diagnóstico. Demostrar que el tratamiento bajo

visión artroscópica tiene una baja morbilidad con buenos resultados funcionales.

Material y método: Hemos revisado 42 pacientes (60% varones, 40% mujeres) que fueron diagnosticados de lesión de la sindesmosis a quienes se les realizó tratamiento artroscópico y fijación con Ankle Tight Rope. Fueron valorados pre y postoperatoriamente con la escala AOFAS.

Resultados: La media de edad fue de 37 años y el tiempo promedio entre el diagnóstico y el tratamiento artroscópico fue de 27,5 semanas. La reincorporación a la actividad deportiva fue autorizada a los 4 meses postoperados.

Comentarios y conclusiones: Nuestro estudio demuestra que tanto el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones aisladas de las sindesmosis del tobillo son fáciles y con resultados alentadores permitiendo la reincorporación pronta del paciente a sus actividades normales.

CC-799. RESULTADOS DE LA OS CON PLACA EN FRACTURAS COMPLEJAS DE CALCÁNEO

F. Caamaño Álvarez, B. Fernández Bran, C. Pernal Duran y V. Otero Naveiro

Hospital POVISA. Pontevedra.

Introducción y objetivos: Las fracturas articulares complejas del calcáneo constituyen un reto para el cirujano ortopédico. El objetivo de nuestro estudio es analizar la corrección en los ángulos del calcáneo y realizar una valoración funcional al final del seguimiento.

Material y método: Presentamos una serie retrospectiva de 10 pacientes intervenidos en nuestro centro entre enero del 2007 y mayo del 2011 por fractura intraarticular de calcáneo mediante RAFI con placa lateral. 9 varones y 1 mujer con edad media de 52 años. El mecanismo de fractura en un 63% fue debido a caída de altura. En el 80% de los casos se usó una placa de reconstrucción específica para calcáneo de estabilidad angular. En 7 casos se asoció injerto de banco para relleno y soporte. Se midieron parámetros como la valoración clínica según el protocolo Creighton Nebraska y los ángulos de Böhler y Gissane de forma preoperatoria, postoperatoria inmediata y al finalizar el seguimiento.

Resultados: El seguimiento medio fue de 55 semanas. Los ángulos de Böhler y Gissane pasaron de un valor preoperatorio de 16 y 130 a un valor postoperatorio final de 24 y 123 respectivamente. La demora entre el traumatismo y la cirugía fue de 12 días (4-25). Dos casos presentaron necrosis cutánea superficial, dos casos evolucionaron a artrosis subastragalina precoz y un caso presentó pseudoartrosis radiológica asintomática con rotura de placa.

Comentarios y conclusiones: La reducción abierta y osteosíntesis con placa es una técnica adecuada para realizar el tratamiento de las fracturas intraarticulares de calcáneo. Hemos comprobado la pérdida progresiva de la corrección angular desde el postoperatorio inmediato hasta el final del seguimiento. Debido al mecanismo de alta energía que las suele provocar, se suelen producir lesiones asociadas. Existen complicaciones cutáneas y articulares, que se pueden considerar como evolución natural de la fractura.

CC-800. AFECTACIÓN DE LAS EXTREMIDADES Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN EL SÍNDROME DE PFEIFFER

F. Fernández Bacad Carpio

Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada.

Introducción y objetivos: El síndrome de Pfeiffer, descrito en 1964, por Pfeiffer, es un conjunto de malformaciones en cráneo y extremidades, asociado con la alteración o mutación del receptor 1 y 2 del receptor del factor de crecimiento del fibroblasto, gen FGFR 1. El síndrome clásico descrito por Pfeiffer, presenta fusión prematura de suturas craneales (craneosinostosis), braquicefalia, pómulos hundidos

y malformaciones en dedos de manos y pies, principalmente sindactilias, sinostosis y dedos gordos del pie anchos. Desarrollo neurológico y cognitivo normal. Ocasionalmente hidrocefalia y sordera. Buen pronóstico funcional. Es de tipo hereditario autosómico dominante, lo que significa que un padre tiene el 50% de posibilidad de transmitirlo a sus hijos. En relación a la afectación en extremidades, el SP produce malformaciones en manos y pies. Los pulgares en la mano y los dedos gordos del pie son anchos, cortos y desviados radialmente. Concomitantemente se presentan diversos grados de sindactilia, que puede afectar parcial o totalmente a manos y pie, más frecuentemente entre segundo, tercer y cuarto dedos de pies y manos. Los dedos pueden ser cortos y oblicuos. Suelen acompañarse de sinostosis ósea. En ocasiones los dedos fusionados comparten una sola uña grande (uña en cuchara de sopa). Frecuentemente, pese a las malformaciones significativas de manos y pies, su funcionalidad se mantiene adaptativamente, por lo cual la corrección quirúrgica debe adaptarse a cada caso. La corrección quirúrgica de la sindactilia debe plantearse al término de la infancia para favorecer la futura actividad física o laboral. Los dedos pulgar en la mano y dedos gordos del pie, anchos (en delta) son característicos del SP. Anderson, encuentra en 22 pacientes afectados de SP que 12 de ellos presentaban 1er dedo de mano y pie ancho, con sindactilia en 2. Amplio rango de anomalías óseas que involucraban a las falanges, metatarsianos, y tarso. La severidad de las anomalías observadas iba desde lo normal hasta las severas. Sólo 4 pacientes presentaban normalidad radiológica. Sus conclusiones indican que el espectro de anomalías óseas del SP es más amplio que el característico pulgar y dedo gordo ancho. En las malformaciones en mano del SP, encontró un amplio espectro de lesiones en las manos, predominantemente fusiones. La anomalía radiológica más común fue la hipoplasia de la falange media del pulgar o índice. La experiencia de cirugía correctiva es muy limitada. Nosotros recibimos en consulta externa a una paciente afectada de este raro síndrome. La afectación craneal ya había sido tratada en la infancia, pero persistía la afectación en extremidades, con limitación funcional moderada, y afectación psicológica por lo cual decidimos intervenirla quirúrgicamente. Al no encontrar antecedentes de descripciones de corrección quirúrgica de esta patología en la bibliografía consultada, ideamos un planteamiento quirúrgico que pensamos, sería apropiado en este caso particular. Nuestro objetivo para alcanzar la funcionalidad de extremidades, se dividió en 3 intervenciones quirúrgicas: 1. Liberación de las sindactilias entre dedo medio y anular, en ambas manos. 2. Remodelación del dedo gordo de ambos pies, para obtener un adelgazamiento del ancho mediante osteotomía longitudinal, luego corregir su oblicuidad mediante una artrodesis, con osteotomía articular y alineamiento digital. La uña también sería remodelada para adecuarla a la nueva situación. Concomitantemente realizar la liberación de la sindactilia entre 1^{er} y 2^o dedo de ambos pies. 3. Realizar la liberación y corrección de las sindactilias entre 2^o-3^{er}, y 3^{er}-4^o dedos de pie, bilateral.

Material y método: Paciente de sexo femenino, 31 años, auxiliar de enfermería, en actividad laboral, diagnosticada al nacer de síndrome de Pfeiffer de tipo 1. Desarrollo neurológico normal. Operada de craneoplastia a los 6 meses. Luego fijación de suturas craneales con miniplacas y tornillos, con avance maxilar, a los 15 años. Presenta dolor crónico en dedo gordo de ambos pies, prominencia ósea falángica dorsal. Imposibilidad para usar zapatos del comercio, por anchura aumentada del pie debida a macrodactilia y oblicuidad radial del 1er dedo de ambos pies. Usa zapatos ortopédicos, con evidente perjuicio económico. Repercusión psicológica por deseo de usar zapatos normales y reticencia a mostrar sus pies en verano, o en la playa. Al examen clínico presenta: En manos: clinodactilia y braquidactilia de ambos pulgares. Sindactilia entre dedo medio y anular, bilateral. En pies: dedo gordo de ambos pies, braquidactilia y clinodactilia (corto, ancho, desviado radialmente), con onicomegalia (uña agrandada y oblicua). Asimismo sindactilia simétrica bilateral, con fusión completa de 1er y 2do, 3er y 4to dedo. Solo queda el 5to dedo libre, no fusionado. Radiológicamente, en dedo gordo se evidencia sinfalangia (fusión de 1ra y 2da falange). Sinostosis intermetatarsiana

Procedimiento quirúrgico: Se realiza incisión transversal a nivel de articulación MTT-F de primer dedo. Se exponen ambas superficies articulares, las cuales se avivan por escisión, para realizar luego una artrodesis MTT-F. La superficie articular distal se secciona en cuña, oblicua, para que al unir ambas superficies se reduzca al mismo tiempo dicha oblicuidad. Luego se realiza una sección longitudinal del lado cubital de la falange para disminuir el ancho del dedo. Al mismo tiempo se realiza la sección longitudinal del lado cubital de la uña y su matriz ungueal, para adecuar su tamaño al adelgazamiento digital. Se realiza la reducción correspondiente por contacto de ambas superficies articulares, y se estabiliza esta corrección mediante 2 agujas de Kirschner roscadas, colocadas oblicuamente. Se evidencia una correcta alineación longitudinal y se obtiene un buen adelgazamiento digital. Enseguida pasamos a la liberación de la sindactilia entre el 1er y 2do dedo. Para su liberación, hemos recurrido a la técnica del injerto en T de Glicenstein, en la cual tenemos más experiencia. Obtenemos un buen resultado, luego de una cuidadosa disección del pedículo vascular-nervioso. Obtenemos la piel suficiente para cubrir ambas superficies digitales. Se sutura con hilos no reabsorbibles de 5/0. La piel sobrante del ancho del dedo nos sirvió como injerto para cubrir los bordes laterales de ambos dedos (no hubo necesidad de recurrir al injerto de piel total inguinal como describe la técnica original). Se suturó sin tensión. Colocamos gasas humedecidas, vendaje de algodón y banda elástica. Se inmovilizo con férula de yeso. Retiramos los apósitos a la semana. Comprobamos el buen estado de la piel del injerto. Mantuvimos la férula por 4 semanas y la retiramos al mismo tiempo que las agujas de Kirschner, previa RX de control para verificar la consolidación ósea.

Resultados: Hemos obtenido un dedo gordo de grosor y anchura armónico con el resto de los dedos en ambos pies, con sus uñas correspondientes de tamaño acorde con el adelgazamiento digital. Tenemos una buena corrección de la oblicuidad, con una correcta alineación longitudinal mediante artrodesis. La disminución de la anchura del pie permite el uso de zapatos del comercio. Se obtuvo la separación interdigital de las sindactilias, con un espacio interdigital amplio. Buen resultado estetico. Buen resultado funcional, mejora la marcha y la deambulacion. La paciente se encuentra satisfecha de resultado final, repercusión psicológica favorable. Usa zapatos normales.

Comentarios y conclusiones: En vista de la poca frecuencia de presentación de este síndrome, y a la ausencia de referencias a su tratamiento quirúrgico, tanto en la bibliografía consultada como en la búsqueda por internet, nosotros proponemos este esquema de tratamiento quirúrgico correctivo, diseñado en el servicio de Traumatología del Hospital de Alta Resolución de Guadix (Granada). Creemos que puede ser útil en la corrección de las malformaciones en extremidades, características del síndrome de Pfeiffer y también en malformaciones semejantes que se presentan en síndromes similares, como el síndrome de Apert, Crouzon, Saethre-Chotzen, Jackson-Weiss y Carpenter, entre otros.

CC-801. EXÓSTOSIS DE LA FALANGE DISTAL DEL PRIMER DEDO DEL PIE Y SU RELACIÓN CON EL HALLUX VALGUS

I. Crespo Culléll, A. Valentí Azcárate, J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, M. Alfonso Olmos y C. Villas Tomé

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La presencia de una exostosis localizada en la base de la falange distal del primer dedo del pie suele ser asintomática y no es considerada como un factor potencial de complicación en la cirugía del pie. No se ha evaluado la relación con otros trastornos del pie. Después de tener una complicación debido a esta prominencia ósea después de la cirugía del hallux valgus, decidimos iniciar un estudio de su prevalencia en nuestros pacientes, estudiando su histología y posible etiología.

Material y método: Se realizaron radiografías anteroposteriores en carga, para analizar la presencia de exóstosis y su relación con la morfología de la falange distal, la fórmula intermetatarsal y los ángulos de hallux valgus. Los pacientes fueron clasificados en función de edad y síntoma de consulta. Se realizó evaluación histológica de la exostosis.

Resultados: 254 pies con una edad media de 41,7 años fueron incluidos en el estudio entre enero de 2007 y junio 2009. La presencia de exóstosis en el lado tibial de la falange distal del primer dedo es un hallazgo radiológico común, que se observó en el 51,9% de los pies mientras que en el lado peroneal fue de 13,7%. Diferencias estadísticamente significativas se obtuvieron en la presencia de exóstosis tibial de la falange y la gravedad del hallux valgus. Los pacientes con mayor ángulo interfalángico y asimetría de los ángulos tienen una menor prevalencia de exostosis tibial ($p < 0,05$). Entre las diferentes morfologías de la segunda falange, existe una mayor prevalencia de exostosis en la forma estándar.

Comentarios y conclusiones: La elevada prevalencia de esta exostosis y los hallazgos histológicos sugieren como origen un proceso inflamatorio reactivo mecánico, producido por irritación crónica de los zapatos. La resección directa es el tratamiento más adecuado cuando es dolorosa.

CC-802. FRACTURAS EXTRATALÁMICAS POSTERIORES DEL CALCÁNEO

J. Valentí Ardanuy y M. Fernández Mañà

Clínica Molins de Rei. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas-avulsiones de la parte posterosuperior del calcáneo son poco frecuentes. El arrancamiento de la tuberosidad posterior del hueso es debido a una tracción del tendón de Aquiles por caída con el pie en equino y fuerte contracción del sistema músculo tendinoso del mismo.

Material y método: Hemos podido recoger 3 casos en 25 años. En todos el mecanismo fue caída con el pie en equino. Dos casos fueron hombres y una mujer. La fijación se consiguió a las 8 semanas y el tiempo de baja de 4 meses, reintegrándose a su actividad anterior en todos los casos. Los tres fueron intervenidos por reducción abierta y fijación con clavo de Steymann que fue retirado a los 2 meses y colocado un calzado con tacón

Resultados: Podemos hacer una valoración muy positiva ya que hemos podido revisar los casos a largo plazo, uno de ellos a más de 20 años, con una recuperación total y permanente. El tratamiento quirúrgico es imprescindible para reducir y fijar la porción del calcáneo arrancada y desplazada. El equinismo es necesario para evitar desplazamientos posteriores. La gran superficie de contacto permite una buena consolidación. Las alteraciones de la marcha persistirán durante unos meses a pesar de la vuelta a la actividad habitual y laboral.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas-avulsión extraarticulares de la parte posterior del calcáneo tienen una recuperación completa y permanente si son tratadas quirúrgicamente.

CC-803. OSTEOTOMÍA TIPO SCARF PARA EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS

J.M. Reyes Cabrera, R. López Ortiz, J.I. Varo Rodríguez, M.D. García Mota, J.A. Queiruga Dios, J.L. Teruel Collazos y E. Soliz Paniagua

Hospital Virgen del Puerto. Cáceres.

Introducción y objetivos: El hallux valgus es una deformidad que se caracteriza por la subluxación lateral de la articulación metatarso-falángica, primer metatarso varo y desviación lateral de los sesamoides. Para realizar un tratamiento quirúrgico, se debe realizar previamente una medición del ángulo intermetatarsal ($^{\circ}$ IM) del primero y segundo metatarso, así como una valoración de la alineación de la

falange con respecto al metatarso, midiendo el ángulo metatarso-falángico ($^{\circ}$ MTF) o ángulo del Hallux Valgus. El valor normal del $^{\circ}$ IM es $< 10^{\circ}$ y del $^{\circ}$ MTF es de $5-10^{\circ}$. La osteotomía tipo Scarf o tipo "z" de la diáfisis del primer metatarso está indicada en el hallux valgus de moderado a severo. Las contraindicaciones específicas son la inestabilidad severa de la articulación tarso-metatarsal, artritis de la primera articulación metatarso-falángica y osteoporosis severa. Se ha utilizado otras técnicas asociadas a la osteotomía tipo Scarf, para conseguir una alineación adecuada, como son la osteotomía en cuña de la base de la falange proximal (Akin) y liberación de los tejidos blandos. Las ventajas de esta osteotomía son la estabilidad inherente y la compresión sobre el sitio de la osteotomía, la corrección del $^{\circ}$ IM y mantener la longitud metatarsal.

Material y método: Nos hemos centrado en el estudio radiológico pre y postquirúrgico de 8 casos, analizando otras variables como el grado de satisfacción desde el punto de vista subjetivo del paciente. Se incluyeron pacientes con deformidades moderadas a severas con un promedio de $^{\circ}$ IM de $16,9^{\circ}$ (rango de $13,7^{\circ}-24,2^{\circ}$) y el $^{\circ}$ MTF de $33,2^{\circ}$ (rango de $22^{\circ}-43,9^{\circ}$). Se excluyen pacientes con artrosis grave de la articulación metatarso-falángica y con osteoporosis grave. Todas las pacientes fueron mujeres con edades comprendidas entre 41 y 52 años con un seguimiento clínico y radiológico a 1 año. Se realiza osteotomía diafisaria tipo SCARF fijada con 2 tornillos de compresión tipo Herbert. Además se realiza liberación de partes blandas y se realiza en 2 casos osteotomía de falange proximal tipo Akin fijada con tornillo tipo Herbert para corregir $^{\circ}$ MTF. El protocolo postoperatorio incluye la descarga durante 15 días, con posterior carga progresiva con ortesis de apoyo en talón. Seguimiento clínico-radiológico a las 6 semanas, 3 meses, 6 meses y al año.

Resultados: Se consigue una mejoría de las mediciones radiológicas. El promedio del $^{\circ}$ IM de $7,7^{\circ}$ con un rango de $1,4^{\circ}-10,5^{\circ}$ (preoperatorio de $16,9^{\circ}$) y el promedio del $^{\circ}$ MTF de $15,3^{\circ}$ con un rango de $4^{\circ}-34,7^{\circ}$ (preoperatorio de $33,2^{\circ}$). En todos los casos se consigue satisfacción del resultado por parte del paciente. Dentro de las complicaciones se incluye un caso de hallux varus que fue tratada mediante calzado cerrado, sin repercusión en la satisfacción por parte de la paciente.

Comentarios y conclusiones: La osteotomía tipo SCARF para corregir la deformidad de hallux valgus de moderada a severa es una técnica que provee resultados satisfactorios y fiables para el paciente y el cirujano. En los pacientes que se asocia la osteotomía tipo Akin de la falange proximal se encuentra una realineación adicional del $^{\circ}$ MTF, con lo cual se sugiere para desviación moderada a grave del $^{\circ}$ MTF. Las ventajas de esta osteotomía son la estabilidad inherente y la compresión sobre el sitio de la osteotomía, la corrección del $^{\circ}$ IM y mantener la longitud metatarsal. En nuestra serie se encontraron pocas complicaciones, un solo caso de hallux varus que se corrige con calzado cerrado de forma satisfactoria.

CC-804. VALORACIÓN POR TAC DE LA TRASLACIÓN DEL PRIMER METATARSIANO TRAS LA CIRUGÍA DE SCARF-AKIN SIN GESTO QUIRÚRGICO SOBRE LOS SESAMOIDEOS. RELACIÓN PRIMER METATARSIANO-SESAMOIDEOS

J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, B. Flórez Álvarez, I. Crespo Culler, M. Alfonso Olmos, D. Aquerreta Beola y C. Villas Tomé

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Algunas de las técnicas quirúrgicas desarrolladas para la corrección del hallux valgus contemplan como un objetivo la reducción de los sesamoides respecto la cabeza del primer metatarsiano, para lo cual, suele asociarse gesto directo sobre estos que no siempre es inocuo. Se considera que el no conseguir la reducción de los sesamoides supone un riesgo de recurrencia de la deformidad. Nuestro objetivo es evaluar radiológicamente mediante TAC la

posición del primer metatarsiano con respecto a los sesamoideos sin haber realizado ningún gesto quirúrgico sobre ellos, correlacionándolo con los ángulos propios del Hallux valgus.

Material y método: Hemos estudiado de manera prospectiva mediante TAC y radiografía de pie anteroposterior a 26 pies (22 pacientes) antes y después de ser intervenidos realizando cirugía de hallux valgus con técnica de Scarf-Akin sin asociar gesto quirúrgico sobre el complejo sesamoideo. Hemos estudiado la posición de los sesamoideos respecto a la cresta intersesamoidea según lo describió Yildirim y los hemos correlacionado con los cambios en el ángulo intermetatarsal; interfalángico; la distancia del sesamoideo tibial al 2º metatarsiano y el ángulo de rotación de los sesamoideos.

Resultados: La posición de los sesamoideos pasó desde un estado preoperatorio de 1,72 (3-0) a una situación postoperatoria de 0,2 (1-0) siendo la diferencia significativa ($p < 0,05$). Incluso en los casos catalogados como graves, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la reducción del primer metatarsiano con recuperación de la posición respecto a los sesamoideos ($p < 0,05$), los cuales no presentan cambios en la posición del sesamoideo tibial respecto al 2º metatarsiano ($p > 0,05$).

Comentarios y conclusiones: Consideramos que la cirugía ósea sobre el primer radio del pie es suficiente para recuperar la posición del primer metatarsiano respecto a los sesamoideos, incluso en los casos de mayor deformidad. Estos resultados informan de una buena traslación de la cabeza del primer metatarsiano respecto a los sesamoideos sin necesidad de gesto quirúrgico sobre ellos.

CC-805. INUSUAL CASO DE FRACTURA DE ESTRÉS DE ESCAFOIDES TARSIANO. PRIMER CASO DOCUMENTADO EN UN FUTBOLISTA PROFESIONAL

S. Barroso Rosa, M. Galván González, P. Erdocia Eguía, B. Romero Pérez, A. Peiró García, X. Alonso Novo, A. Medina Henríquez y R. Santana Suárez

Hospital Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una fractura de estrés en escafoides tarsiano en un futbolista profesional. Dicha lesión es relativamente frecuente en corredores de fondo y en deportes de alto contacto como el rugby; según nuestra revisión bibliográfica se trata del primer caso publicado en un futbolista profesional.

Material y método: Se presenta el caso clínico, con detalles de exploración física, pruebas de imagen, fotografías intraoperatorias y resultado postquirúrgico. Se añade una breve revisión bibliográfica sobre la materia.

Resultados: Tras el tratamiento conservador inicial insatisfactorio, el paciente fue intervenido quirúrgicamente para osteosíntesis de fractura, con recuperación funcional y deportiva completa a los 6 meses.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas por estrés en escafoides tarsianos suponen un problema diagnóstico, dada su inespecífica sintomatología inicial. La suma de este factor con la remota asociación de esta lesión con el fútbol, hacen de este caso un ilustrativo ejemplo de la necesidad de contar con una alta sospecha clínica para identificarlas de forma precoz.

CC-806. ANÁLISIS BIOMECÁNICO SUBTALAR MEDIANTE ESTRÉS-PODO-TAC. UN MÉTODO ORIGINAL DE ESTUDIO DEL PIE EN CARGA

S. Tejero-García, J. Lirola Criado, D. Serrano Toledano, M.A. Giráldez Sánchez, C. Galleguillos Rioboo, V. Encinas Tobajas, A. Navarro Robles y A. Carranza Bencano

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Entre un 10-25% de las inestabilidades crónicas de tobillo pueden estar asociadas a una inestabilidad dolorosa

de la articulación subastragalina, sin que ésta sea reconocida ni tratada. El objetivo de este trabajo es presentar un método original de exploración del retropie en carga en una serie de pacientes.

Material y método: Se diseñó un dispositivo para aplicar presión sobre la planta de los pies del paciente en decúbito supino sobre la mesa de TAC. El dispositivo mantiene la carga en diferentes posiciones de estrés en varo-valgo, rotación externa-interna y flexión plantar-dorsal. Se realizó la exploración en 10 pacientes. Se obtuvo una historia clínica detallada, el test de Beighton y se midieron los ángulos de divergencia astragalocalcáneo, flexión del astrágalo y apertura lateral astragalocalcáneo en ambos retropies.

Resultados: No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones de los ángulos descritos cuando se aplicó presión en las dos posiciones de estrés. Sin embargo, la diferencia en el viraje del calcáneo respecto al astrágalo (ángulo de divergencia), el descenso de la cabeza del astrágalo (ángulo de flexión) y la rotación del calcáneo bajo el astrágalo (ángulo de apertura) entre ambos pies resultó clínicamente relevante.

Comentarios y conclusiones: Se considera necesario descartar inestabilidad subtalar antes de tratar quirúrgicamente la inestabilidad de tobillo. Este es el primer trabajo que aplica carga al pie para cuantificar mediante TAC el rango de movimiento de los elementos óseos del tarso entre posiciones extremas toleradas por el sujeto. Consideramos que este método de exploración puede ser válido para cuantificar objetivamente la inestabilidad de la articulación subastragalina en los pacientes con dolor no justificado por otra causa.

CC-807. ASTRAGALECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE LA NECROSIS AVASCULAR DE ASTRÁGALO. A PROPÓSITO DE UN CASO CON 11 AÑOS DE SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

X. Plano Jerez, J. Selga Marsà, E. Palau Sanz, J.A. Porcel Vázquez, D.A. Muñeton Herrera, C. Amat Mateu, P.S. Corona Pérez-Cardona y X. Flores Sánchez

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La astragalectomía es una intervención quirúrgica poco frecuente, realizada sobre todo para el tratamiento del pie-equino-varo por enfermedades neuromusculares: mielomeningocele, espina bífida, artrogriposis y encefalopatía. Utilizada en adultos en la pseudoartrosis postraumática, necrosis avascular (NAV) o complicaciones de la artroplastia de tobillo.

Material y método: Exponemos un caso de una joven de 14 años intervenida por necrosis astragalina y secuestros óseos en tibia, astrágalo y calcáneo, objetivados tras realizar TAC, RNM y GG. Como antecedentes de interés presenta e. Crohn diagnosticada a los 13 años. Como afectación extraintestinal destaca artritis crónica de ambos tobillos con antecedentes de osteoartritis séptica bilateral por *Candida albicans* tratada con anfotericina-B liposomal y fluconazol. En la exploración física presentaba dolor en tobillo derecho con fístula en cara externa de tobillo. Cultivos de secreción, positivos para *Pseudomonas aeruginosa*. Se decide cirugía radical por antecedente artritis séptica, realizando astragalectomía, curetaje de calcáneo y región epifisiometáfisaria de tibia con introducción de cadenas de gentamicina (PMMA-G).

Resultados: Postoperatoriamente se inicia biterapia con ceftazidima/ciprofloxacina endovenosa durante seis semanas, y ciprofloxacina oral hasta las doce semanas. Cultivos intraoperatorios negativos. A los cinco meses y tras realizar deambulación con ortesis y carga parcial, se reinterviene para retirada de PMMA-G y toma de muestras. Cultivo de muestras negativo. La paciente presenta buena evolución, siguiendo controles semestrales durante once años. Actualmente no presenta dolor o anquilosis, deambula con apoyo plantigrado, sin asistencias y realiza vida normal. Debido al origen séptico y la buena calidad de

vida de la paciente, no se plantean procedimientos de reconstrucción.

Comentarios y conclusiones: La astragalectomía es una opción de tratamiento correcta para la NAV en contexto de osteoartritis séptica. Se debe tener en cuenta la causa séptica previamente a la cirugía, ya que puede variar la actitud a seguir. Ante la sospecha de necrosis ósea hay que descartar comorbilidades asociadas predisponentes. La NAV es un hallazgo habitual en e. Crohn.

RODILLA (CC-808-CC-931)

CC-808. IMPLANTE ROTULIANO EN PRÓTESIS DE RODILLA. UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

A. Guijarro Valtueña, J.C. Martínez Candial, T.M. Beteta Robles, S. González González, C. Zorzo Godes, M.S. González González, C. Jiménez Salanova y S. Bartolome García

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: La decisión de sustituir o no la superficie patelar en la artroplastia total de rodilla ha sido objeto de debate durante años entre los cirujanos ortopédicos. El reemplazo de la facea rotuliana se asocia con buenos resultados clínicos pero también muestra un mayor riesgo de fracturas o necesidad de revisión patelar, debido al desgaste, rotura o disociación del polietileno. La no sustitución de la rótula previene de los problemas indicados previamente pero se asocia con un mayor riesgo de dolor anterior en la rodilla y reoperación. La revisión de la literatura revela que la frecuencia de dolor femoropatelar cuando la rótula no se recubre oscila entre el 5% y el 45%.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 76 años que fue sometida a una artroplastia total de rodilla por gonartrosis primaria cuatro años antes. Durante el postoperatorio inmediato la paciente evolucionó de manera satisfactoria y siguió tratamiento rehabilitador durante dos meses, consiguiendo un balance articular de extensión completa y 95° de flexión. Al año de seguimiento apareció una úlcera cutánea sobre el platillo tibial interno que tras curas en su centro de atención primaria consiguió cerrar. Esta úlcera recidivó y precisó seguimiento por la unidad de úlceras crónicas de nuestro hospital. No presentó fiebre ni afectación del estado general y no aparecieron dolor o signos flogóticos en la rodilla en ningún momento de la evolución.

Resultados: Tres años tras la aparición de la úlcera, la paciente observó un cuerpo extraño en el fondo de la misma y días más tarde acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital donde se pudo apreciar la salida del componente rotuliano de polietileno a través de la herida. Se extrajo sin incidencias por hallarse tan superficial y se instauró tratamiento antibiótico durante una semana. Un mes tras la retirada del polietileno la herida había cerrado. La paciente mantiene su rango articular y varios meses después la úlcera no había vuelto a aparecer.

Comentarios y conclusiones: Existen complicaciones asociadas al componente rotuliano que constituyen una de las causas de fracaso en la artroplastia total de rodilla. La mayoría están asociadas a la rotura del polietileno. Sin embargo, la migración del componente es altamente infrecuente.

CC-809. RUPTURA CRÓNICA DEL TENDÓN ROTULIANO TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE REVISIÓN DE RODILLA. REPARACIÓN MEDIANTE PLASTIA CON ALOINJERTO DE TENDÓN DE AQUILES. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

A. Arroyo Dorado, I. Elías Payan, E. Blanch Gironès, L. Villalba González, E. Provinciale Fatsini y J. Giné Gomà

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: La ruptura del tendón rotuliano después de una artroplastia total de rodilla es una complicación poco frecuente pero muy incapacitante, especialmente en pacientes de edad avanzada.

Material y método: Presentamos el caso de dos pacientes, de 79 y 82 años, a las que se le implantó una prótesis total de rodilla por gonartrosis tricompartmental avanzada. En ambos casos, debido a un problema de inestabilidad ligamentaria, se realiza un recambio de prótesis de rodilla y se implanta una prótesis rotacional tipo Walde-mar-Link. Unos meses tras la artroplastia de recambio, las pacientes consultan por dificultad para caminar y caídas frecuentes. En la exploración se objetiva ausencia de continuidad a nivel del tendón rotuliano con un balance articular disminuido (extensión máxima en ambos casos -40°). Con el diagnóstico de ruptura crónica del tendón rotuliano, se realiza una liberación pararrotuliana lateral amplia, centraje rotuliano, osteotomía de resección de la tuberosidad tibial anterior e implantación de aloinjerto de Aquiles (hueso-tendón). Se impacta el fragmento óseo del aloinjerto a nivel de la tuberosidad anterior de la tibia y se fija con un cerclaje alámbrico. Posteriormente, se sutura la plastia a rótula y cuádriceps mediante sutura simple. Durante el postoperatorio inmediato se mantiene la inmovilización con yeso circular inguinopédico durante 10 días y después se sustituye por una ortesis de extensión permitiendo la carga parcial durante 5 semanas.

Resultados: La evolución de las pacientes ha sido satisfactoria, presentando al año de seguimiento una deambulación autónoma y un rango de movilidad de 100°/0°.

Comentarios y conclusiones: Existen múltiples opciones de tratamiento en casos como el descrito. Nosotros optamos por esta técnica quirúrgica considerando el riesgo-beneficio y las características de las pacientes.

CC-810. RECONSTRUCCIÓN DEL TENDÓN ROTULIANO MEDIANTE COLGAJO MÚSCULO-TENDINOSO DE GASTROCNEMIO MEDIAL

A. Ernest, A.V. Gorostiaga Ortiz de Mendi, M. Molina Martos, E. Rojo Olaechea, L. Gorostiola Vidaurrezaga, J.M. Moreta Suárez, X. Foruria Zarandona y J.L. Martínez de los Mozos

Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Las lesiones del tendón rotuliano tras artroplastia total de rodilla son infrecuentes, pero muy discapacitantes. Éstas se pueden complicar más cuando asocian defectos de cobertura cutánea. Una opción de tratamiento es el colgajo músculo-tendinoso rotacional de gastrocnemio medial que aporta parte del tendón de Aquiles para la reconstrucción del aparato extensor. Presentamos el caso de una mujer con defecto de cobertura anterior que interesaba piel y tendón rotuliano, tras intervención de prótesis total de rodilla.

Material y método: Tras una artroplastia de rodilla por gonartrosis, una mujer de 70 años presenta arrancamiento del tendón rotuliano en el postoperatorio inmediato. Se realiza la reinserción del tendón. Durante la evolución en el ingreso presenta una dehiscencia de la herida con sobreinfección añadida que finalmente ocasiona un defecto de cobertura que interesa al tendón rotuliano en profundidad. Es intervenida realizándose un colgajo rotacional muscular de gemelo interno que incorpora hemitendón de Aquiles para la reconstrucción del aparato extensor.

Resultados: En la actualidad la paciente presenta una buena movilidad. Consigue una extensión completa contra-gravedad y una flexión de 90°. Las heridas están cicatrizadas con buena cobertura cutánea.

Comentarios y conclusiones: Los colgajos musculares rotacionales de gastrocnemio constituyen una importante alternativa de tratamiento de los defectos de cobertura cutánea en las artroplastias totales de rodilla. La asociación del hemiaquiles permite además una reconstrucción funcional del aparato extensor.

CC-811. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN RÓTULA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Salgado Rodrigo, L. Escribano Rueda, J.A. Rubio Torres, A. Núñez Medina y M. González Murillo

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: Los tumores en la rótula son poco frecuentes. Suelen afectar a pacientes jóvenes y se presentan como dolor inespecífico en la rodilla. Los más frecuentes son el tumor de células gigantes y el condroblastoma. El tumor de células gigantes del hueso es un tumor benigno pero localmente agresivo con un índice de recidivas de hasta un 65% de los casos y la posibilidad de producir metástasis hasta en un 1-2%. Representa el 22,7% de las neoplasias óseas benignas, siendo la sexta por frecuencia. Aunque la localización alrededor de la rodilla es muy frecuente, llegando a ser de hasta el 40-60%, la afectación de la rótula se ha descrito clásicamente en la literatura como casos aislados.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 19 años de edad, que acude a nuestra consulta presentando clínica meniscal. En el estudio radiológico, se descubre incidentalmente una lesión lítica, bien delimitada que afecta a los 2/3 superiores de la patela. Tras estudio mediante RMN, se confirma el carácter benigno de la lesión, así como una rotura en zona roja del CPMI, por lo que se realiza una artroscopia de rodilla, observando la integridad del cartilago articular de la patela, así como la rotura meniscal, que es suturada con 2 anclajes tipo Fast Fix. En el mismo acto quirúrgico, y tras cerrar los portales artroscópicos, se realiza una biopsia incisional de la rótula. El estudio histológico confirma la sospecha de TCG, por lo que en un segundo tiempo quirúrgico se realiza un curetaje intensivo de la patela, con fresa de alta velocidad y con Fenol como adyuvante rellenando de la cavidad con autoinjerto de cresta iliaca. La rótula se estabiliza mediante un cerclaje con cinta de PDS.

Resultados: A los 58 meses de la intervención el paciente esta asintomático y libre de enfermedad.

Comentarios y conclusiones: Los tumores en la rótula son raros y suelen afectar a adultos jóvenes, presentándose como dolor inespecífico en la rodilla, por lo que es conveniente un simple estudio radiológico ante la mínima sospecha clínica. El curetaje intensivo asociado al uso de compuestos adyuvantes, fundamentalmente el fenol, y el relleno de la cavidad con injerto óseo o PMMA, ha demostrado ser el tratamiento de elección incluso en los estadios grado III de Campanacci, excepto en los tumores con gran agresividad local o demostración histológica de malignidad. Es preciso el seguimiento cuidadoso de estos pacientes, sobre todo en los primeros 3 años tras la cirugía para la detección precoz de las recurrencias.

812. CALCINOSIS TUMORAL PRERROTULIANA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Alavedra Massana, A. Canalias Bages, A. Sánchez González, J. Ramoneda Salas, J. Gual Beltran y R. Olivé Vilás

CST-Hospital de Terrassa. Barcelona.

Introducción y objetivos: La calcinosis tumoral es un depósito masivo de sales cálcicas y cristales de hidroxapatita en las partes

blandas periarticulares. Tiene tres formas de presentación, afectando niños (enfermedad metabólica hereditaria), adultos (espon-tánea), o pacientes dializados. Las localizaciones más frecuentes de aparición son cadera, codo y hombro. Presentamos un caso de calcinosis tumoral en la rodilla, su dificultad diagnóstica y el tratamiento efectuado.

Material y método: Mujer de 71 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor y leve tumefacción en la rodilla izquierda de meses de evolución. A la exploración se observa una tumoración prerrotuliana, sin signos flogóticos, dolorosa a la palpación. El balance articular de la rodilla es amplio y estable. En la radiología simple se aprecia una imagen infrapatelar radiodensa de 10 x 3 cm con múltiples densidades en el interior. Se plantean diferentes diagnósticos diferenciales como la artritis gotosa, infección, condrocalcinosis, tratamiento previo con contrastes yodados, calcinosis tumoral, miositis osificante circunscrita o neoplasias, como el osteosarcoma de partes blandas o el osteosarcoma parosteal. Se decide exéresis de la tumoración, resecando la totalidad de la misma. En el informe de anatomía patológica se describe la pieza como calcinosis tumoral.

Resultados: A los 5 años de la cirugía, la paciente se muestra asintomática, sin presentar recidiva a nivel de la rodilla o alguna otra articulación.

Comentarios y conclusiones: La rodilla es una localización muy infrecuente de la calcinosis tumoral, pensando en primer lugar otras patologías como la artritis gotosa o la condrocalcinosis. En los pacientes adultos, la calcinosis tumoral se acostumbra a encontrar de forma esporádica y afectando una única articulación, provocada probablemente por un traumatismo y hematoma periarticular. La cirugía con exéresis total de la tumoración es el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos, aunque puede recidivar en aproximadamente el 20% de los casos.

CC-813. TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR DE RODILLA

A. Pérez Sánchez, A. Aguilar López, C. Zarzuela Jiménez, P. Rodríguez Huguet, G. Soler Nonell y F. González Muñoz

Hospital Especialidades Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción y objetivos: La tuberculosis osteoarticular (TOA) representa el 2-5% de todas las TBC y el 11-15% de las extrapulmonares. La afectación articular de la rodilla representa un 10% de la TOA. La afectación periférica suele ser unifocal y afectar a las articulaciones de carga.

Material y método: Mujer, 54 años, sin RAMs, que presentó en la infancia una TOA en rodilla derecha tratada mediante tratamiento médico farmacológico y yesos seriados. En estos momentos presenta una gonalgia derecha de larga evolución que precisa de bastón para la deambulación, con una discrepancia de miembros inferiores de 7 cm D.

Resultados: Durante la planificación preoperatoria surgió la principal complicación: el diámetro intramedular de fémur y tibia. El diámetro de ambos era muy inferior a los mínimos necesarios para el empleo de los sistemas de artrodesis intramedulares conocidos, es por ello que se optó por un sistema mixto de fijación: un fijador externo monolateral y una fijación interna mediante tornillos canulados.

Comentarios y conclusiones: La cirugía funcional articular se considera cuando la artritis tuberculosa destruye amplia o completamente la articulación. No hay más elección que la artrodesis y la artroplastia. Respecto a la artroplastia no hay consenso en su indicación por el riesgo de reactivación de la TBC. La artrodesis es la intervención quirúrgica de referencia, a pesar del trastorno funcional grave que ocasiona, más todavía en casos con grave afectación articular y deformidad, como el caso que nos ocupa.

CC-814. BULTOMA PARARROTULIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Gadañón García, J.A. Martínez Álvarez, J.A. Diánez Raimúndez, C. Argüelles Rodríguez, J.F. Muñoz González, C. Fernández Álvarez, J.M. Fernández Valdés y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Las bolsas distendidas pueden contener en su interior calcificaciones distróficas. Los hallazgos que clínicamente se observan son masas periarticulares calcificadas, localizadas en las superficies extensoras de las articulaciones que corresponden a acumulaciones de cristales de hidroxapatita. Las calcificaciones se reconocen en la radiografía convencional.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente, mujer de 86 años que presenta bultoma asintomático en rodilla derecha. A la exploración física de la rodilla derecha apreciamos tumoración de consistencia sólida, deslizable de la piel y planos profundos. Se realiza radiografía 2P de rodilla, donde se identifica masa calcificante de rodilla derecha de localización extraarticular. Ante dicha descripción y basándonos en la clínica se diagnostica de bursitis calcificante. La paciente descarta exéresis del bultoma por etiología benigna de la masa y ser asintomática. Dos años después la paciente acude de nuevo por dolor importante en rodilla derecha con bultoma de grandes dimensiones que limita la movilidad activa de la rodilla.

Resultados: Se realiza exéresis en bloque con el siguiente resultado en Anatomía patológica: masa multilobulada con peso de 90 g y medidas de 5,5 × 4,8 cm, de superficie externa blanquecina, consistencia pétrea alternando con blanda en periferia. Zonas de necrosis y hemorragia en 50% del tejido óseo. Se confirma diagnóstico de Bursitis calcificante pararrotuliana rodilla derecha.

Comentarios y conclusiones: La articulación de la rodilla presenta numerosas bolsas serosas (aproximadamente 12). Cualquiera de estas bolsas se puede inflamar como consecuencia de procesos traumáticos, de hiperfricción o de una enfermedad reumática inflamatoria. El diagnóstico clínico de las masas articulares y periarticulares es difícil porque muchas se presentan como una monoartritis crónica o con signos, síntomas y hallazgos de laboratorio inespecíficos. En el caso presentado, el rápido y llamativo aumento de tamaño de dicha bursitis precisó de exéresis y confirmar mediante Anatomía Patológica la etiología benigna de dicha masa.

CC-815. ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA CON LUXACIÓN INVETERADA DE PATELA. EL RIESGO DE SU SUSTITUCIÓN

B. García Medrano, M. Brotat Rodríguez, J.M. Cortés Villar, V. Luengos Peña, A. León Andirino y T. Ruiz Valdivieso

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La luxación no traumática y aislada de la rótula de una prótesis de rodilla es rara y no suele asociar lesión del tendón rotuliano. La protetización de la rótula en la artroplastia total es un campo controvertido, por el riesgo asociado de alteración de la biomecánica fémoro-patelar.

Material y método: Artroplastia total de rodilla derecha en mujer de 63 años, que precisa movilización bajo anestesia al año postoperatorio para recuperar la extensión completa y la flexión mayor de 90°. Cinco años más tarde, se programa su recambio por charnela debido a un aflojamiento aséptico. Pasados ocho años, acude por dolor e impotencia funcional a la marcha, por luxación inveterada de rótula. Con 84 años, HTA, diabetes y enfermedad coronaria de dos vasos, se busca solución en las partes blandas, seccionando el alerón externo y plicando el interno.

Resultados: El control postoperatorio inmediato refleja un buen alineamiento del aparato extensor, aunque persiste la aprehensión (Smillie positiva). Porta ortesis de control de flexo-extensión que progresivamente le permita recuperar el rango de movimiento de la rodilla.

Se indica rehabilitación para fortalecer cuádriceps y evitar rigidez articular.

Comentarios y conclusiones: El remplazo patelar no es un procedimiento banal y puede condicionar el éxito de una artroplastia de rodilla. Es crucial comprender las exigencias biomecánicas de la articulación fémoro-rotuliana y reconstruirla anatómicamente. Este gesto quirúrgico supone un incremento en la morbilidad: estrés articular, rigidez o sub/luxación (comprobar siempre con control axial); de ahí el debate sobre su riesgo-beneficio.

CC-816. ARTRODESIS TIPO WICHITA COMO RESCATE A LA MOVILIZACIÓN DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

B. García Medrano, M. Brotat Rodríguez, M. Plata García, R. Hernández Ramajo, F. Yagüe Solís y T. Ruiz Valdivieso

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: El clavo de fusión Wichita es un sistema de estabilización para artrodesis de rodilla que emplea la compresión sobre un soporte intramedular. Fue diseñado como terapia de rescate de artroplastia total de rodilla irrecuperable, por infección recurrente o fallo del implante, pero puede constituir una indicación primaria.

Material y método: Varón de 78 años, con antecedentes de neoplasia de colon, HTA, angor inestable, válvula aórtica protésica (Sintrom). En 2002, se revisa prótesis unicompartmental colocada 3 años antes por rotura del implante y desgaste del polietileno, sustituyéndola por artroplastia total cementada. Aflojamiento aséptico y recambio por charnela en 2008. A los 3 años, consulta por dolor, observando movilización del vástago tibial, protruyendo por cortical lateral tibial. Se propone la artrodesis con clavo intramedular Wichita, por el defecto óseo, logrando salvar distalmente el defecto cortical.

Resultados: La herida evoluciona favorablemente tras el cierre plástico para adaptar el colgajo de piel sobrante, el alineamiento clínico y radiológico es satisfactorio, así como la compresión lograda en el foco de artrodesis. La discrepancia en la longitud de las extremidades obliga a colocar un alza de 5 cm para la deambulación.

Comentarios y conclusiones: Wichita proporciona un sistema sencillo de artrodesis con mínima dependencia técnica y potencial alto de éxito, ofreciendo una solución a procedimientos quirúrgicos potencialmente exigentes como puede ser un nuevo recambio sobre una artroplastia de revisión con pérdida ósea importante. El paciente debe ser informado y así comprender, el significado de la artrodesis y la factible discrepancia residual en la longitud de sus extremidades.

CC-817. ENIGMA DE LA MEJORÍA CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DE LA CORRECCIÓN ESPONTÁNEA DEL GENU VARO EN ADULTOS

B. García Medrano, M. Brotat Rodríguez, M. Plata García, V. García Virto, J.L. Vasallo Prieto y T. Ruiz Valdivieso

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: El desarrollo normal del ángulo tibiofemoral en los niños sigue un patrón específico durante el crecimiento. Hasta los dos años, es frecuente varo de 16-33°, luego valgo de 15°. Con 10-13 años, se constituye un valgo fisiológico de 9°. Variaciones significativas respecto de este valor se consideran patológicas y debe hacerse un seguimiento clínico. Pero, ¿podrían corregirse por sí mismas?

Material y método: Revisiones en consultas externas de la Unidad de Rodilla por gonalgia secundaria a genu varo en la exploración. Del conjunto de pacientes, se independizan un pequeño grupo de cuatro adultos, en los que, durante el seguimiento, y al solicitar telerradiografías para estudio del alineamiento de las extremidades inferiores, se detecta una imagen radiológica sugerente de desviación compensatoria del eje tibial respecto a la línea articular.

Resultados: EVA actual de 7-8 de media, molestias tolerables con analgesia habitual, no pautada. No dolor en interlínea interna, signos meniscales negativos, no inestabilidad articular. Radiológicamente, el varo medio calculado inicialmente en radiología AP de rodillas en carga es de 8,07°; al medir los ejes anatómicos de fémur y tibia, observamos una corrección del eje tibial: porcentaje de deformidad debido a la tibia 52% (48-56), con incurvación compensatoria en tercio medio diafisario.

Comentarios y conclusiones: La mala alineación de la rodilla puede causar problemas en niños, mayores en adultos. El proceso natural osteoarticular que acompaña al paso de los años suele empeorar una incipiente desviación del eje fisiológico, especialmente en varo. Se desconoce la etiología de la corrección observada en algunos casos. Sin embargo, sabemos que la remodelación del cartilago y el hueso subcondral ofrecen una respuesta diferente a la carga continua que a la intermitente. Y que la adaptación biomecánica puede generar un desarrollo positivo a favor del compartimento que soporta menos carga para corregir pequeños defectos de alineamiento.

CC-818. IMPLANTACIÓN ARTROSCÓPICA DE INJERTO DE POLIURETANO SOBRE GENU VARO CON SÍNDROME POSTMENISCECTOMÍA

B. García Medrano, M. Brotat Rodríguez, F. Yagüe Solís, V. Luengos Peña, F. del Canto Iglesias y A. Vega Castrillo

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: El menisco juega un papel importante en la transmisión de fuerzas, estabilización y disipación de energía de la rodilla. Su resección implica dolor por degeneración articular y artrosis, más aún en resecciones completas. Remplazarlo por un tejido de soporte mejoraría los resultados, al aumentar el área de contacto y disminuir la presión.

Material y método: Doble meniscectomía artroscópica por roturas parciales de trazo radial en el cuerno posterior del menisco interno de la rodilla izquierda. Persiste dolor en interlínea articular, ya sin episodios de bloqueo. Genu varo 4° y condrocalcinosis radiológicos. Programada osteotomía valguizante de sustracción en tibia proximal, con resección artroscópica del resto del menisco interno y sustitución por injerto meniscal de poliuretano.

Resultados: Realineamiento radiológico: valgo de 8°. Ortesis de control de flexo-extensión y descarga al alta. A las 10 semanas, permitimos carga parcial 30 kilos, progresiva con ritmo 1 kilo/semana, y programa de rehabilitación basado en isométricos de rodilla. Carga total a las 14 semanas. A los 7 meses, persisten molestias al palpar la placa de osteotomía ya consolidada; RAM completo, laxitud interna +/+++, Lachman negativo.

Comentarios y conclusiones: Este implante actúa como un soporte temporal para la regeneración de un tejido meniscal nuevo, adaptando sus propiedades de fricción y estructura, para asemejarse al fibrocartilago avascular. Pero, estudios actuales defienden su incapacidad para prevenir la degeneración del cartilago que aparecería en primeros meses de la implantación, cuando aún no se ha adaptado; aunque, podría frenar su progresión posterior.

CC-819. LESIÓN VASCULAR SECUNDARIA A LUXACIÓN ANTERIOR DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA (PTR)

C. Peña Rodríguez, J.L. Martín Roldán, J.J. Correa Gamiz, D. Elizondo Expósito y J. Peñas García

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: Caso clínico de una mujer de 72 años, que sufre una caída casual, consultando 3 horas más tarde en el servicio de urgencias. En la radiografía simple se observa una luxación anterior

de PTR derecha. Al examen físico presenta ausencia de pulsos pedio y tibial posterior, al igual que una lesión del ciático poplíteo externo. Ingreso en quirófano de urgencias realizando un by pass poplíteo de safena invertido y un fijador externo para proteger el by pass.

Material y método: Estudio de un caso clínico: la historia clínica y las imágenes se encuentran en la base de datos del hospital San Cecilio de Granada.

Resultados: En la literatura se encuentran algunos artículos relacionados con luxaciones de PTR, la mayoría de ellas luxaciones posteriores y en prótesis estabilizada posterior. Nuestro caso, se trata de una luxación anterior, en una prótesis sin estabilización posterior (Optetrak) y con el condicionante de una lesión vasculonerviosa.

Comentarios y conclusiones: La luxación de una PTR es una lesión rara. Cuando la luxación ocurre, esta usualmente es en sentido posterior y en estabilizadas posteriormente. La lesión neurovascular es inusual, pero cuando se presenta en este contexto, es una lesión muy grave, como es el caso de nuestra paciente, complicándose con más lesiones que finalmente le producen la muerte al 3 día de su ingreso.

CC-820. LUXACIÓN INVETERADA DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

D. Iglesias Aparicio, P. Peleato Gistau, E. Joven Aliaga, D. Skibinska, C. Martínez Cornago, C. Schinder, F. Alarcón y S. Ferrer Peirón

Hospital de Barbastro. Huesca.

Introducción y objetivos: La luxación de prótesis total de rodilla es una complicación poco frecuente, siendo la inveterada aún menos frecuente.

Material y método: Presentamos una paciente intervenida en el año 2007, en la que se implantó una prótesis total de rodilla izquierda no posteroestabilizada, que funcionó aparentemente de forma correcta. En 2011 sufre una meningoencefalitis que la condiciona a estar postrada en la cama durante 6 meses; tras su recuperación neurológica, en un control radiológico se observa que dicha prótesis está luxada.

Resultados: Se interviene en 2012, implantándose una prótesis constreñida tipo LCKK (Zimmer), realizándose una plastia cuadriceps complementaria. Los controles radiológicos y clínicos han sido satisfactorios.

Comentarios y conclusiones: La luxación protésica es una complicación relativamente escasa, que generalmente es causada por una inadecuada técnica quirúrgica; cuando se hace inveterada suele subyacer una falta de revisión de dicha extremidad, o un componente neurológico asociado. El tratamiento suele implicar una prótesis más constreñida para aportar una mayor estabilidad protésica.

CC-821. ROTURA DEL APARATO EXTENSOR EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. ALOINJERTO DE APARATO EXTENSOR

D.M. Dussan Arango, S.F. Silva Mancera, A.J. Cuevas Pérez, M.T. García Sánchez, V. Arroyo Ruiz y C. Prieto Tarradas

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: La cirugía ortopédica de rodilla se ha incrementado de manera exponencial en los últimos años. Las posibles complicaciones de la cirugía protésica de rodilla se están incrementando en la actualidad, entre ellas destaca con una incidencia relativamente baja pero devastadora la rotura del aparato extensor. Nuestro objetivo es presentar una solución a dicha rotura ayudándonos de la disposición del banco de tejidos mediante la implantación de un aloinjerto de aparato extensor completo describiendo la técnica quirúrgica.

Material y método: Presentamos un caso de una mujer con artroplastia total de rodilla implantada hace 5 años que presento una rotura del aparato extensor, la paciente presentaba una patela baja en el control radiológico posquirúrgico con dificultad para la extensión acti-

va de la articulación. Presentamos la técnica quirúrgica de la cirugía de implantación de un aloinjerto de aparato extensor, mediante la sutura a los tejidos receptores y la osteosíntesis de la rótula del aloinjerto a los restos de rótula receptora.

Resultados: Los resultados tras 18 meses de la cirugía son positivos, presentando una restauración de la altura rotuliana, presenta un balance articular activo de 0-100°, la paciente presenta un EVA de 1 y no precisa de dispositivos ortopédicos en las actividades de la vida diaria.

Comentarios y conclusiones: El fracaso del aparato extensor en la artroplastia total de rodilla supone una complicación devastadora con un alto índice de limitación funcional. Existen diversas técnicas en función de la localización anatómica de la rotura, desde técnicas con plastia autólogas en caso de rotura de tendón rotuliano aislado, hasta técnicas de salvamento como la descrita con aloinjerto de aparato extensor donde la literatura describe dos posibilidades desde preservar restos autólogos y buscar la incorporación del aloinjerto hasta la sustitución total de todo el aparato extensor.

CC-822. ESTABILIZACIÓN CON PLACA LISS EN FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS TRAS PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

E. Corella Abenia, L. Ezquerro Herrando, N. Blanco Rubio, A. Castillo Palacios, R. Estella Nonay, A. Torres Campos, J. Ramiro García y J. Albareda Albareda

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Las fracturas periprotésicas femorales tras una prótesis total de rodilla se presentan como un problema complejo asociado frecuentemente a pacientes de edad avanzada y relacionados frecuentemente con la osteoporosis. Las técnicas habituales de tratamiento van a depender en gran medida de la existencia de alteraciones del material o alojamiento del mismo. En ausencia de las mismas, el cirujano ortopédico puede beneficiarse de nuevos sistemas de cirugía mínimamente invasiva que pueden aportar una menor desperiostización, menor grado de sangrado y por consiguiente disminuir la morbilidad de este complejo grupo de fracturas.

Material y método: Se presentan 8 casos clínicos de fracturas supracondíleas en pacientes que previamente eran portadores de una prótesis total de rodilla del mismo lado. Se trató de pacientes mujeres, mayores de 70 años en las cuales se implantó una prótesis de rodilla por gonartrosis y presentaban como antecedente común osteoporosis en tratamiento con antirresortivos. Las pacientes fueron tratadas mediante el sistema de placa femoral distal percutánea LISS (Less Invasive Stabilization System, Synthes).

Resultados: Se trataron 8 casos de fracturas supracondíleas de tipo AO 2A1/1A3 tras caída casual, no se observaron movilizaciones del implante previo. Se empleó percutáneamente el sistema LISS de Synthes® para fracturas de fémur distal. La media de tiempo quirúrgico fue de 112 minutos. No fue necesaria la trasfusión sanguínea en ningún caso. El postoperatorio cursó sin incidencias sin presentarse ninguna complicación. Se revisó clínicamente a las pacientes al mes de la intervención, 6 meses y un año respectivamente. No se observaron alteraciones de la consolidación, aflojamiento o infección durante la evolución posterior. La media de consolidación clínica fue de 4 meses. Se realizó una valoración clínica y radiológica durante todas las visitas en el periodo de estudio. La evolución de las pacientes fue satisfactoria, presentando un rango de movimiento medio de 91°.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas en relación con un implante previo son situaciones infrecuentes pero en aumento debido al envejecimiento de la población y las mayores posibilidades actualmente de la cirugía protésica. Los actuales sistemas de osteosíntesis para las fracturas de fémur distal están demostrando resultados satisfactorios en el tratamiento de las fracturas periprotésicas de fémur distal. Se trata de sistemas no exentos de una técnica exigente, pero

que en casos seleccionados pueden ofrecer una alternativa a los tradicionales sistemas de fijación, aprovechándose de los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, una menor morbilidad y tasa de complicaciones.

CC-823. CORRECCIÓN DE UN GENU VARO CON OSTEOTOMÍA VALGIZANTE DE ADICIÓN FEMORAL DISTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Romero Pijoan, L. Peralta Marfull, G. Oliver Far, G. Cortés Ledesma, E. Cañas Miguel y F. Portabella Blavia

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso clínico y cirugía correctiva que se realizó de un paciente que presenta, como secuela de un accidente automovilístico, un genu varo. El objetivo de la presentación es la de exponer nuestro caso clínico y el porqué de la opción terapéutica escogida.

Material y método: Hombre de 33 años que en 2007 sufre accidente automovilístico presentando fractura abierta de tibia derecha IIIB, fémur derecho e izquierdo y acetábulo izquierdo. Fue portador de fijadores externos y posteriormente se realizó osteosíntesis de fémur D con placa y osteotaxis de fémur izquierdo y tibia derecho. Como consecuencia del accidente sufrió lesión del plexo lumbosacro. El paciente presentó pseudoartrosis a nivel de tibia y fémur derechos tratadas con aporte de injerto intertibioperoneo y de cresta iliaca respectivamente. En 2009 el paciente sufre nuevo accidente automovilístico presentado fractura de diáfisis femoral, cóndilo interno en región anterior al origen del LLI y de cabeza de peroné derechos. Se decide tratamiento conservador con yeso crurópédico. El paciente presenta inestabilidad de rodilla, debiendo deambular con tutor externo. Dada la inestabilidad y la desviación en varo de la rodilla derecha, en 2012 se decide realizar osteotomía valgizante femoral de adición medial con injerto de cresta iliaca con colocación de placa.

Resultados: Tanto las escopias realizadas durante la intervención como las radiografías de control postoperatorias han demostrado una corrección de la alineación de la extremidad, así como, una mejoría de la estabilidad de dicha articulación ya comprobada intraoperatoriamente.

Comentarios y conclusiones: Aún no se han podido identificar complicaciones secundarias a la intervención debido al poco tiempo de evolución de la intervención. La osteotomía valgizante de adición femoral distal para la corrección de un genu varo es poco frecuente, existiendo escasa bibliografía publicada al respecto.

CC-824. PLASTIA CON SEMITENDINOSO EN UNA LESIÓN INTRAQUIRÚRGICA DEL LIGAMENTO LATERAL INTERNO EN UNA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

F. Trell Lesmes, M. Gil de Rozas, M. Martínez Maside, F.J. Fernández Doral, S. Pascual del Hoyo, C. López Orosa y F.J. García Lázaro

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: La lesión del ligamento lateral interno (LLI) de la rodilla durante una intervención de artroplastia total es una complicación quirúrgica poco frecuente. El tratamiento de este problema suele consistir en aumentar la constricción articular con implantes con pivote central. Hay pocas series en la literatura que realicen una reconstrucción de la inestabilidad generada por su lesión, realizando una plastia con isquiotibiales y manteniendo un implante con retención del ligamento cruzado posterior.

Material y método: Los autores presentan un caso clínico de una mujer de 59 años de edad, que presenta una gonartrosis tricompartmental de ambas rodillas. A la exploración física, la paciente presen-

ta aparente normoeje de la extremidad y un arco articular de 0°-95° de forma bilateral. Presentaba una estabilidad a la tensión en varo-valgo de la rodilla. Tras un periodo de tiempo con manejo conservador y seguimiento en consulta, la paciente se encuentra limitada y dolorida por lo que se propone la realización de una artroplastia total de rodilla. Se interviene bajo anestesia raquídea y tras colocar los componentes definitivos con un implante con retención de ligamento cruzado posterior, y comprobar la movilidad, recorrido patelar y estabilidad se objetiva una inestabilidad al valgo por lo que se procede a revisar el ligamento lateral interno, encontrándose una rotura intrasustancia. La sutura primaria directa no proporcionaba la estabilidad adecuada por lo que se realiza una plastia con semitendinoso ipsilateral y fijación con grapas, obteniendo la estabilidad deseada.

Resultados: Durante el postoperatorio inmediato se colocó una ortesis con flejes laterales que ayudaban a la protección de la plastia durante el movimiento, durante 6 semanas, retirándose posteriormente. La carga se le permitió a partir de la 3ª semana, según tolerancia y asistida de 2 muletas en un principio. Tras un periodo de rehabilitación de 8 semanas consiguió una deambulación funcional independiente, consiguiendo un arco de movilidad de 0-100° y sin dolor. Actualmente y tras más de 4 años de seguimiento, en los controles radiológicos se ha objetivado una línea radiolúcida en zona de platillo tibial interno sin progresión en 3 años. No se ha observado desviaciones del eje en tele-radiografías de los miembros inferiores.

Comentarios y conclusiones: La lesión del ligamento lateral interno de la rodilla durante la artroplastia total primaria es una complicación importante. Hasta la fecha hay muy pocos estudios y reflejan entre 2,7-8% de lesiones del LLI intraoperatorias durante la realización de las artroplastias, pasando inadvertidas en un primer momento en muchas ocasiones. Se han descrito determinados factores de riesgo como son deformidades axiales importantes o pacientes obesos en donde el riesgo de lesión es mayor. Tras el diagnóstico intraoperatorio de la misma, existen distintos procedimientos descritos, en función de tipo de constricción del implante, si se trata de una avulsión del fémur, o de la tibia o una lesión intrasustancia. La mayoría de los autores realizan una aumento de la constricción del implante para controlar la estabilidad al varo/valgo y rotacional. Otros autores, basándose en la excelente capacidad de reparación del LLI, realizan bien reinserciones de la avulsiones distales o proximales con arpones, grapas o tornillos, o bien sutura primaria directa del mismo. La realización de plastias de refuerzo supone un recurso para aumentar la estabilidad articular y sobre todo cuando se ha optado por un implante con retención del ligamento cruzado posterior.

CC-825. ROTURA PIN DE FIJACIÓN DE PLANTILLA DE CORTE EN ATR CON MIGRACIÓN POPLÍTEA

F. Cebrán Córdoba, S. Amor Jiménez, P. Nicolás Gil, M. Hernández Torralba, P. Sánchez Angulo, E. de Casas Fernández y M.A. Sánchez Cañizares

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: Se presenta complicación en implante de prótesis total de rodilla por rotura intraoperatoria del material de fijación para las plantillas de corte femoral.

Material y método: Mujer de 67 años. Se somete a artroplastia total de rodilla izquierda por gonartrosis normoeje con dolor no controlado mediante tratamiento conservador. Durante el acto quirúrgico se advierte rotura de pin de fijación de plantilla de corte de fémur distal. Se supone localización intraósea por lo que se continúa la cirugía si más incidencias a destacar.

Resultados: El control radiográfico del implante es correcto. Se advierte el extremo distal del fin de fijación alojado en región lateral del hueso poplíteo. A la exploración física la paciente se encuentra asintomática, sin signos vasculonerviosos distales. Se decide extrac-

ción del material por miniopen posteroexterno, donde se halla sin dificultad en relación con el borde lateral del bíceps crural. La paciente evoluciona favorablemente.

Comentarios y conclusiones: La rotura de material en el acto quirúrgico es infrecuente gracias a la calidad de la tecnología disponible. No obstante, en caso de producirse, es conveniente intentar solventar las posibles complicaciones que pudieran producirse, con la precaución de no afectar a la región intervenida originariamente en cuanto a los riesgos de contaminación e infección.

CC-826. PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA GENICULADA DESCENDENTE TRAS RECONSTRUCCIÓN DEL LCA

F.J. Barrionuevo Sánchez, L. Cáceres Sánchez y J.J. Romero Cáceres

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un paciente de 22 años con inestabilidad anteromedial de la rodilla, se le realiza una reconstrucción artroscópica del LCA mediante autoinjerto tetrafascicular de isquiotibiales. La evolución postoperatoria fue tórpida, por lo que se realizó un estudio para detectar posibles complicaciones y en el que se detectó un pseudoaneurisma de la arteria geniculada descendente medial que se trató en el mismo procedimiento diagnóstico mediante embolización selectiva por arteriografía.

Material y método: Se presenta la evolución y el tratamiento de una complicación acontecida en el contexto de una artroscopia de rodilla.

Resultados: Tras la realización de una ecografía y una arteriografía se detectó el pseudoaneurisma que se trató mediante embolización selectiva, la evolución y el resultado posterior han sido favorable.

Comentarios y conclusiones: Las lesiones vasculares asociadas a la cirugía artroscópica de rodilla y a la extracción del isquiotibiales no son frecuentes aunque sí potencialmente graves. Tan sólo hay descrito un caso de pseudoaneurisma de la geniculada medial inferior después de la reconstrucción con autoinjerto del LCA.

CC-827. PRÓTESIS UNICOMPARTIMENTAL LATERAL DE RODILLA. REVISIÓN A CORTO PLAZO

F. Rodríguez Vázquez, S. Álvarez Campos, A. Amate Rivas, G. Domecq Fernández de Bobadilla y N.A. Sánchez-Villanueva

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La gonartrosis es una de las patologías más frecuente en nuestro medio. En los casos en que esta solo afecta a uno de los compartimentos de la rodilla, la prótesis unicompartmental es una de las técnicas utilizadas por el menor traumatismo que supone y rápida recuperación del paciente.

Material y método: Se describe la técnica utilizada en nuestro servicio y las peculiaridades de la prótesis utilizada (Oxford Domed) y se presenta una revisión de los 8 casos realizados entre 2010 y 2012, 7 mujeres y 1 hombre, de edad entre 73 y 53 con una media de 62, con el diagnóstico de gonartrosis monocompartimental externa, sin afectación del compartimento medial y con ligamentos cruzados indemnes, con un seguimiento medio de un año a las que se le ha pasado la escala Oxford para ver su grado de satisfacción.

Resultados: Los resultados muestran la notable mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes, con mejora de la funcionalidad de la rodilla, lo que le permite realizar sus actividades cotidianas.

Comentarios y conclusiones: Cuando el tratamiento conservador de la artrosis fracasa, es necesario pasar a un tratamiento quirúrgico, ya sea mediante artroscopia, osteotomía, prótesis unicompartmentales (PUR) o prótesis totales de rodilla. Para los pacientes con artrosis moderada o grave del compartimento lateral, la artroplastia unicompartmental de rodilla es una opción excelente que debe ser indicada cuando todas las otras opciones han sido utilizadas sin éxito. La PUR

ofrece una tasa de resultados satisfactorios por encima del 90% a los 5-10 años. El diseño de esta prótesis es de polietileno móvil lo que permite repartir las cargas sobre todo el polietileno con el movimiento. Las mejoras de la instrumentación actual también facilitan la adecuada implantación protésica. Sin embargo, a pesar del porcentaje referido de resultados previsibles, pueden aparecer una serie de complicaciones muy graves.

CC-828. INESTABILIDAD ROTULIANA: RECONSTRUCCIÓN DEL LFPM. NUESTRA EXPERIENCIA

G. Arias Rodríguez, J.M. Martínez Salas, R. López Lobato, P. Barrera Sánchez, C. Corchado Villalba y F.J. Mendoza Rebollo

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La inestabilidad rotuliana se asocia en la mayoría de los casos con displasia de la articulación femoropatelar. Los procedimientos quirúrgicos buscan la estabilidad de la rótula mediante la reconstrucción lo más fisiológica posible de los tejidos blandos mediales, en especial del ligamento femoropatelar medial (LFPM). Por lo tanto, una reconstrucción de este ligamento parece ser una propuesta lógica para el tratamiento de la inestabilidad patelar recurrente.

Material y método: Presentamos nuestra experiencia en 16 casos de inestabilidad rotuliana cuya etiología era displasia troclear, que fueron tratados mediante la reconstrucción ligamento femoropatelar medial entre enero de 2009 a mayo 2012. En trece de los casos se realiza Realineación de la TTA + LFPM, en dos casos Realineación de la TTA + descenso TTA+ LFPM y en un caso trocleoplastia +LFPM. La técnica utilizada en todos los casos para reconstrucción del LFPM es mediante autoinjerto tendón semitendinoso.

Resultados: En todos los casos se muestra estabilización de la rótula con un rango de movilidad completo. Los resultados clínicos fueron evaluados de acuerdo con el test de Larsen y la escala de puntuación Lauridsen. No se ha producido ningún caso de re-luxación postoperatoria, de fractura de rótula ni complicaciones postoperatorias. Sólo uno de los 16 pacientes persiste aprehensión rotuliana.

Comentarios y conclusiones: Nuestra experiencia es que la restauración de la normalidad anatómica es la clave para el tratamiento quirúrgico de la inestabilidad femoral. La reconstrucción de la LFPM ha demostrado excelentes resultados clínicos en un número de serie. Hay una tasa de re-luxación extremadamente baja y se ha observado prevención del daño del cartilago femoropatelar. Con esta técnica no se ha encontrado ningún caso de re-luxación, no hay fracturas de rótula, y tiene resultados clínicos similares a los presentados en otras series.

CC-829. PSEUDOARTROSIS HIPERTRÓFICA SUPRACONDÍLEA FEMORAL TRATADA CON PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA MODULAR ROTACIONAL

I. Pintos Bernal, L. de la Hera Antón y E. Larrazábal Raluy

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso de fractura compleja de fémur distal, complicada con pseudoartrosis y rotura de material, agravada con gonartrosis. Se resuelve finalmente con una P.T.R. rotacional modular Endo-Model Link®.

Material y método: Paciente 68 años. Caída domiciliaria. Diagnóstico: fractura supracondílea femoral. Osteosíntesis con placa-tornillo condíleo dinámico (D.C.S.). Al alta remitida a Rehabilitación. Acaba presentando dolor, impotencia funcional, deformidad. Remitida a nuestro hospital. Tras Rx, gammagrafía, analítica se diagnostica de pseudoartrosis supracondílea femoral no infectada con fracaso del material (rotura).

Resultados: Retirada de material y enclavado endomedular supracondíleo femoral retrógrado bloqueado (S.C.N.) con injerto óseo autólo-

go. Durante seguimiento cuadro de gonalgia e impotencia funcional progresiva. Se diagnostica de rotura del clavo retrógrado con pseudoartrosis de tercio distal femoral asociada a gonartrosis en varo y flexo dolorosa. Reintervenida mediante extracción del clavo roto e implantación de P.T.R. Rotacional Modular Endo-Model Link®. Última revisión clinicoradiológica: la paciente ha pasado de 22 a 28 puntos en la escala de evaluación de rodilla de la Knee Society.

Comentarios y conclusiones: La indicación final del implante fue la adecuada para la resolución de este caso complejo. El movimiento de rotación de esta prótesis se apoya en un punto o centro de giro situado en la región fisiológica. La cinemática de esta prótesis permite una transmisión amortiguada de las fuerzas quedando las de torsión entre hueso y prótesis minimizadas, permitiendo una supervivencia a largo plazo del implante.

CC-830. HIPOPLASIA CONGÉNITA FEMORAL COMPLICADA CON LUXACIÓN HABITUAL CRÓNICA ROTULIANA TRAS ALARGAMIENTO

I. Pintos Bernal, L. de la Hera Antón y J.A. Guerrero Molina

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso de luxación habitual rotuliana en el contexto de una hipoplasia congénita femoral. Hablamos de luxación crónica de rótula cuando ésta se luxa externamente cada vez que se flexiona la articulación y que vuelve a la línea media con la extensión.

Material y método: Joven de 15 años de edad afecto de hipoplasia congénita femoral con acortamiento de extremidad inferior derecha. Presentó precozmente una subluxación de cadera tratada favorablemente. Al inicio de la deambulación acortamiento de E.I.D. de unos 2 cm que a los 7 años alcanzó los 5 cm. Se practicó un alargamiento con fijador externo y distracción progresiva. Tras una caída accidental se produjo una fractura de fémur a nivel del alargamiento obligando a realizar una fijación interna con placa atornillada. Durante los años sucesivos reapareció el acortamiento de la E.I.D. hasta unos 2 cm con 14 años, bien tolerado con alza, y una luxación recurrente de rótula a más de 90° de flexión de rodilla que impedía al joven realizar actividades normales. Con 14 años alta del Servicio de Ortopedia Infantil y remitido a Traumatología de adultos donde se decide intervenir la rótula.

Resultados: Se realiza una realineación proximal y distal rotuliana. A nivel distal se hace una transposición interna de la tuberosidad tibial anterior con fijación posterior con dos tornillos de esponjosa. Tras una rehabilitación intensa el resultado ha sido bueno con una flexión total de rodilla sin luxarse la rótula en el último control en consultas externas a los dos años de la intervención.

Comentarios y conclusiones: La luxación rotuliana en este caso fue secundaria al contexto de la hipoplasia congénita del fémur y el alargamiento posterior. La realineación proximal de Insall reubica las inserciones musculares sobre la rótula con propósito de alterar la línea de tracción del cuádriceps, no alterándose la longitud del tendón rotuliano ni el ángulo del cuádriceps. La transferencia de la inserción tibial del tendón rotuliano reduce el ángulo Q. Ambas actuaciones combinadas han servido para la correcta resolución de este caso.

CC-831. DOLOR EN PATELA TRAS LIGAMENTOPLASTIA LCA CON SISTEMA ENDOBUTTON. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Minaya García, G. Useros Milano, R. Escudero Marcos, N. Alonso García, D. Pérez Bermejo, I. Aguado Maestro, M.F. García Alonso y V. Álvarez García

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción y objetivos: La ligamentoplastia de LCA con injerto 4T y fijado con sistema Endobutton (Smith & Nephew) es la técnica de elección en nuestro hospital para las roturas del LCA. Con este caso

pretendemos mostrar una de las posibles complicaciones, que cursa con dolor en patela y la solución vía artroscópica que dimos.

Material y método: Paciente que sufre rotura traumática de LCA y se le realiza intervención quirúrgica procediéndose a la ligamentoplastia con injerto autólogo de recto interno y semitendinoso, fijándose con sistema Endobutton y con túnel transtibial. Desde la intervención el paciente presenta dolor de rótula con movilidad completa de la articulación y con rodilla inestable. Se realizan diversas pruebas al paciente, entre ellas RMN que nos informa de lesión condral a nivel del polo supero externo de la patela, en relación con el bloqueo metálico proximal del sistema Endobutton. Se decide a los 6 meses postintervención, reintervenir al paciente procediéndose a la retirada del material.

Resultados: La mejoría del paciente fue radical, manteniendo movilidad y estabilidad de la rodilla, con un alivio prácticamente total del dolor.

Comentarios y conclusiones: A pesar de ser una técnica correcta, la colocación del sistema de fijación fue demasiado medial y distal, dando lugar a un choque que acabo lesionando el cartilago articular. La técnica para la solución del caso es sencilla y con unos resultados muy buenos.

CC-832. RESECCIÓN ARTROSCÓPICA DE UN TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN LA RODILLA

J.L. Hurtarte Solís, C.A. Morales Marín y X. Azores Galeano

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Describir la vía artroscópica posteromedial para el abordaje de resecciones de tumores intraarticulares de la rodilla a propósito de un caso. El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa es infrecuente en articulaciones como la rodilla. Nosotros presentamos el caso de una paciente con un tumor de células gigantes de ubicación inusual por detrás de ligamento cruzado posterior, adyacente a vasos poplíteos diagnosticado por resonancia nuclear magnética y que fue resecado mediante artroscopia utilizando un portal posteromedial.

Material y método: Se trata de una paciente mujer de 55 años de edad, que refería clínica de dolor en rodilla derecha de 1 año de evolución y dicho dolor se exacerbaba al bajar o subir escaleras, no refería traumatismo previo, ni patología en dicha articulación documentada. A la exploración clínica no presentaba derrame articular, conservando los arcos de movimiento normal, las pruebas de tensión en valgo y varo en extensión completa y en flexión de 30° eran negativas, prueba de Lachman negativa, Prueba de Mc Murray negativo. Se le solicitó una ecografía musculoesquelética la cual reportó en profundidad a los vasos poplíteos, una lesión nodular de morfología lenticular, hipoecogénica, de 33 × 8 × 26 mm. Practicándose en la misma exploración biopsia eco guiada la cual reportó proliferación histiocitaria con escasa presencia de células gigantes multinucleadas. Compatible con un tumor de células gigantes tenosinovial. Se solicitó una resonancia magnética de rodilla, reportando una imagen ocupante de espacio, localizada por detrás del LCP intraarticular; de 3 cm de diámetro mayor. Se planea la mejor vía de abordaje para obtener una adecuada resección, sopesando la dificultad técnica por la localización de la lesión, con el objetivo de tener un menor daño a los tejidos contiguos y una recuperación rápida y favorable. Nos decantamos por un abordaje artroscópico utilizando un portal accesorio posteromedial eligiendo uno de los descritos como seguros. Este último portal fue utilizado en su gran mayoría del tiempo como portal de trabajo y variando los portales estándares para visualización. La pieza quirúrgica fue analizada mediante estudio anatomopatológico concluyendo el diagnóstico.

Resultados: Durante 1 año de seguimiento la paciente se presenta sin dolor, no ha presentado derrame articular, sin clínica de inestabilidad ni síntomas meniscales. Presenta un rango articular completo indoloro

y reactivando sus actividades de manera completa y sin ninguna sintomatología. Además de la mejoría radiológica.

Comentarios y conclusiones: Este caso nos parece interesante por la localización inusual de la tumoración, y por la vía de abordaje artroscópico utilizado. El tumor de células gigantes de la vaina sinovial (TCGVs), también llamado tenosinovitis nodular, sinovitis villonodular localizada, histiocitoma fibroso de la membrana sinovial o xantoma, es un proceso localizado, monoarticular y proliferativo de las vainas sinoviales que se relaciona histológicamente con la sinovitis villonodular pigmentada. Son de origen monoclonal originado de las membranas sinoviales. Su sitio de presentación más común es la mano aunque puede aparecer en dedos del pie, las muñecas, rodillas, tobillos, caderas, hombros y columna cervical. Incidencia máxima aparece en la cuarta década de la vida. Los factores asociados con la recurrencia son: presencia de enfermedad articular adyacente no resaca, erosión ósea, localización en articulaciones. En la rodilla en concreto tiene una tasa de recidiva cercana al 45%. La sintomatología más comúnmente encontrada es un comienzo gradual con edema rigidez, edema sin traumatismo y desproporcionado respecto al dolor. La resonancia magnética ayuda al diagnóstico así como a planear la intervención quirúrgica y las vías de acceso. Es importante la resección completa para minimizar el riesgo de recurrencias, que ya de por sí es alto. Nuestra paciente tenía una ubicación poco usual, con una ubicación difícil para acceder y por las características de la lesión con alto riesgo de recidiva, motivo por el cual nos vimos sometidos a planear de manera detallada el mejor abordaje sin disminuir en ningún momento el éxito de la intervención terapéutica, sumándose mayor dificultad al encontrar pocos casos publicados de esta misma patología con pronóstico incierto. Finalmente se consiguió una exéresis total de la lesión y una mejoría clínica total.

CC-833. ROTURA DE TENDÓN ROTULIANO POSQUIRÚRGICA: RECONSTRUCCIÓN CON ALOINJERTO DE AQUILES

J.L. Hurtarte Solís, J.A. Guerrero Molina y L. Palazuelos Blanco

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón de Aquiles es una complicación grave pero poco frecuente en el postoperatorio inmediato de la cirugía protésica de rodilla, y condiciona el pronóstico de la articulación. Se presenta el caso de esta paciente de 74 años postoperada de cirugía de revisión haciéndose un cambio de una prótesis por aflojamiento aséptico. La paciente sufre un traumatismo al caerse de la cama en el postoperatorio inmediato y es referida con una rotura de tendón rotuliano. Se intervino realizándose una reconstrucción con aloinjerto de Aquiles cadavérico.

Material y método: El objetivo de presentar este caso es exponer la técnica quirúrgica de reconstrucción de tendón rotuliano con aloinjerto de Aquiles a propósito de un caso de rotura aguda en el postoperatorio inmediato en una paciente poscirugía de revisión protésica.

Resultados: La paciente mantiene un rango de movilidad de 0 a 110 grados, sin dolor, una marcha estable y no datos de otra complicación a los 2 meses de la intervención.

Comentarios y conclusiones: El aloinjerto de Aquiles es una técnica válida para el tratamiento de rotura de tendón rotuliano.

CC-834. DOLOR EN PUNTA DE VÁSTAGO TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA TRATADO CON REHABILITACIÓN DIRIGIDA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

J.M. Martínez Salas, J.F. Lirola Criado, M. Anaya Rojas y R. López Lobato

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El dolor en punta de vástago tras artroplastia total de rodilla es una entidad clínica recogida en la literatura

como un dolor sobre la diáfisis tibial de características mecánicas, producido por el cambio de elasticidad en la interfase metal-hueso. El material de la prótesis, su diseño, o la cementación, pueden influir en la aparición de este dolor

Material y método: Se presenta el caso clínico de una paciente de 64 intervenida de artroplastia total de rodilla derecha en 2006. En 2008 se le realiza revisión de la prótesis por movilización aséptica. En 2009 se realiza la segunda revisión por el mismo motivo, sospechándose hipersensibilidad retardada a metales. En 2010 se realiza el tercer rescate por infección de prótesis en dos tiempos: primero retirada de la prótesis infectada y colocación de un espaciador de cemento y en segundo tiempo, colocación de una prótesis tumoral GMRS. En marzo de 2011 únicamente manifiesta dolor en la unión de tercio medio-distal de tibia que aumenta con la deambulación que en la EVA es de 4.

Resultados: Se diagnostica dolor en punta de vástago tibial por cambio de modularidad hueso-metal. Se decide como primera opción terapéutica ejercicios en descarga de potenciación muscular, así como ejercicios propioceptivos con carga progresiva y tratamiento con AINEs. Actualmente presenta mejoría clínica significativa.

Comentarios y conclusiones: El dolor en punta de vástago es una entidad clínica descrita en la literatura tras artroplastia de revisión de rodilla y cadera. En la punta del vástago se localiza una zona de transición que genera alteraciones de modularidad entre el vástago y el hueso (stress-shielding). El diseño del vástago parece influir en la aparición de dolor en punta de vástago tras revisión de PTR. Los vástagos macizos de aleación Cr-Co parecen aumentar la incidencia e intensidad del dolor, mientras que los vástagos ranurados y de titanio la disminuyen.

CC-835. LESIÓN DE LA ARTERIA GENICULADA LATERAL INFERIOR DURANTE LA PLASTIA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, R. Llombart Blanco, I. Crespo Culler y J.R. Valentí Nin

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La artroscopia de rodilla se ha convertido en un procedimiento común en la práctica clínica diaria. El número de complicaciones vasculares, aunque pequeñas porcentaje han aumentado en números absolutos. La tasa global de complicaciones ha sido referida en estudios previos desde un 0,56% a un 8,2% siendo consideradas poco frecuentes. Los casos publicados hasta la fecha de este tipo de lesiones hacen referencia a procedimientos abiertos o artroscópicos de diagnóstico, meniscectomía o sutura meniscal, pero no había sido referida la lesión en relación a la plastia de ligamento cruzado anterior con meniscectomía parcial externa del cuerno anterior.

Material y método: Revisión retrospectiva de un paciente de 27 años intervenido bajo isquemia realizando plastia de ligamento cruzado con aloinjerto de HTH con técnica monotúnel y meniscectomía anterior de menisco externo y que como antecedente personal destacaba intervención quirúrgica previa por tendinopatía rotuliana, con incisión en línea media.

Resultados: Al día siguiente, se aprecia sangrado activo y pulsátil en el portal anterolateral. La artrocentesis obtuvo 60 cc de sangre. Se aplican medidas de compresión, elevación de la extremidad y aplicación de frío local. Ante la persistencia de sangrado se realiza arteriografía, identificándose la lesión de la arteria geniculada inferolateral, que se emboliza selectivamente con microcoils. El paciente comienza la recuperación siguiendo el protocolo habitual de nuestro centro.

Comentarios y conclusiones: Se debe tener en cuenta las posibles variaciones de la anatomía tras una primera cirugía. La lesión de la arteria geniculada inferolateral se debe sospechar en presencia de sangrado pulsátil en el postoperatorio inmediato en casos en los que se haya realizado: (1) portal anterolateral y/o (2) meniscectomía del

cuerno anterior del menisco externo. La arteriografía con embolización selectiva se ha convertido en una buena solución en vasos de pequeño calibre, con menor carácter invasivo.

CC-836. DIFERENTE EVOLUCIÓN DEL RANGO DE MOVILIDAD CON ABORDAJE SUBVASTUS MIS

J.R. Varela Egocheaga, M.A. Suárez Suárez, M. Fernández Villán, V. González Sastre, J.R. Varela Gómez y A. Murcia Mazón

Hospital Reina Sofía. Navarra.

Introducción y objetivos: Evaluar y comparar la evolución del rango de movilidad en artroplastia total de rodilla intervenida mediante abordaje subvastus MIS y parapatelar medial convencional

Material y método: Ensayo clínico prospectivo y aleatorizado. Selección de 100 pacientes divididos aleatoriamente en dos grupos: en uno se intervino mediante abordaje subvastus mínimamente invasivo y en otro mediante abordaje parapatelar medial convencional. Criterios de inclusión: diagnóstico de gonartrosis susceptible de artroplastia de rodilla. Criterios de exclusión: antecedentes de intervenciones anteriores salvo CAR, varo mayor de 20°, valgo mayor de 15°, flexo mayor de 20°, ROM menor de 70°. Mismo cirujano, mismo instrumental quirúrgico, mismo modelo protésico, mismo protocolo postoperatorio. Evaluación del rango de movilidad al tercer día, tres meses y un año del seguimiento. Estadística: ANOVA de medidas repetidas.

Resultados: El rango de movilidad presentó, en ambos grupos, un descenso estadísticamente significativo desde los valores del preoperatorio hasta los del tercer día del postoperatorio. Desde el tercer día hasta el tercer mes se produjo un aumento significativo del rango de movilidad en ambos grupos. Sin embargo, desde los tres meses hasta el año de seguimiento el ROM no presentó diferencias en el grupo de abordaje estándar y sí en el grupo de abordaje MIS. Por último el rango de movilidad aumentó significativamente desde los valores preoperatorios hasta los 12 meses en el grupo MIS y no presentó dicha mejoría el grupo de pacientes intervenidos mediante abordaje convencional.

Comentarios y conclusiones: En nuestro trabajo, el abordaje MIS presentó una evolución del ROM diferente a la del abordaje convencional y, además, logró mejorar los valores preoperatorios, algo que no sucedió con el abordaje convencional.

CC-837. EVOLUCIÓN DEL KNEE SOCIETY SCORE EN ATR MIS

J.R. Varela Egocheaga, M.A. Suárez Suárez, M. Fernández Villán, V. González Sastre, J.R. Varela Gómez y A. Murcia Mazón

Hospital Reina Sofía. Navarra.

Introducción y objetivos: Evaluar la evolución del resultado funcional en artroplastia total de rodilla intervenida mediante abordaje subvastus mínimamente invasivo.

Material y método: Estudio descriptivo sobre 50 pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla mediante abordaje subvastus mínimamente invasivo. Criterios de inclusión: diagnóstico de gonartrosis susceptible de artroplastia de rodilla. Criterios de exclusión: antecedentes de intervenciones anteriores salvo CAR, varo mayor de 20°, valgo mayor de 15°, flexo mayor de 20°, ROM menor de 70°. Mismo cirujano, mismo instrumental quirúrgico, mismo modelo protésico. Evaluación del KSS preoperatorio y a los tres y 12 meses de la intervención. Estadística: ANOVA de medidas repetidas.

Resultados: El KSS demostró un aumento estadísticamente significativo desde los niveles preoperatorios hasta los de los tres meses del postoperatorio y, posteriormente, un aumento estadísticamente significativo desde los tres a los 12 meses del postoperatorio. Si valoramos la evolución desde el preoperatorio hasta el año de seguimiento se produjo un aumento estadísticamente significativo en los valores del KSS.

Comentarios y conclusiones: Con el abordaje subvastus MIS se produjo un aumento significativo de los valores del KSS desde el preoperatorio hasta los tres y 12 meses del postoperatorio.

CC-838. RECUPERACIÓN DEL RANGO DE MOVIMIENTO EN ATR MIS

J.R. Varela Egocheaga, M.A. Suárez Suárez, M. Fernández Villán, V. González Sastre, J.R. Varela Gómez y A. Murcia Mazón

Hospital Reina Sofía. Navarra.

Introducción y objetivos: Evaluar la recuperación del rango de movimiento y la evolución del mismo en artroplastia total de rodilla intervenida mediante abordaje subvastus mínimamente invasiva.

Material y método: Estudio descriptivo sobre 50 pacientes intervenidos de Artroplastia total de rodilla mediante abordaje subvastus mínimamente invasivo. Criterios de inclusión: diagnóstico de gonartrosis susceptible de artroplastia de rodilla. Criterios de exclusión: antecedentes de intervenciones anteriores salvo CAR, varo mayor de 20°, valgo mayor de 15°, flexo mayor de 20°, ROM menor de 70°. Mismo cirujano, mismo instrumental quirúrgico, mismo modelo protésico. Evaluación del rango de movimiento a los tres días de la intervención, a los tres meses y al año. Estadística: prueba de Kolmogorov-Smirnov y Levene para determinar ajuste a la distribución normal y homogeneidad de varianzas. Si la distribución se ajustó a ambos preceptos se aplicó una t de Student, sino la U de Mann-Whitney. ANOVA de medidas repetidas.

Resultados: La flexión al tercer día de la intervención fue 66,56°. Al tercer mes fue de 110°. Al año de la intervención fue 114,40°. En cuanto a la evolución se produjo un descenso estadísticamente significativo desde los valores preoperatorios hasta el tercer día y luego un aumento significativo desde el tercer día al tercer mes. Por último también se produjo un aumento significativo desde el tercer mes del postoperatorio hasta el año de seguimiento.

Comentarios y conclusiones: El abordaje subvastus MIS consiguió un rango de movilidad excelente en los pacientes seleccionados. Por otra parte, la recuperación del rango de movimiento puede extenderse hasta un año del postoperatorio.

CC-839. MENOR DOLOR POSTOPERATORIO EN ATR MIS

J.R. Varela Egocheaga, M.A. Suárez Suárez, M. Fernández Villán, V. González Sastre, J.R. Varela Gómez y A. Murcia Mazón

Hospital Reina Sofía. Navarra.

Introducción y objetivos: Evaluar y comparar el dolor postoperatorio en artroplastia total de rodilla intervenida mediante abordaje subvastus MIS y parapatelar medial convencional.

Material y método: Ensayo clínico prospectivo y aleatorizado. Selección de 100 pacientes divididos aleatoriamente en dos grupos: en uno se intervino mediante abordaje subvastus mínimamente invasivo y en otro mediante abordaje parapatelar medial convencional. Criterios de inclusión: diagnóstico de gonartrosis susceptible de artroplastia de rodilla. Criterios de exclusión: antecedentes de intervenciones anteriores salvo CAR, varo mayor de 20°, valgo mayor de 15°, flexo mayor de 20°, ROM menor de 70°. Mismo cirujano, mismo instrumental quirúrgico, mismo modelo protésico, mismo protocolo postoperatorio. Determinación del número de pacientes que precisaron consumo analgésico en las primeras 24 y 48 horas. Determinación del número de pacientes que precisaron consumo de opioides en las primeras 24 y 48 horas. Determinación de los miligramos de metamizol administrados por paciente en las primeras 24 y 48 horas. Prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas. t de Student en caso de ajuste a distribución normal y homogeneidad de varianzas, y U de Mann-Whitney en caso contrario. Chi-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados: El número de pacientes que precisaron consumir analgésicos en el primer día del postoperatorio fue significativamente menor en el grupo de pacientes intervenidos mediante abordaje MIS. Asimismo, el número de pacientes que precisaron consumir opioides para controlar el dolor en el día 1 y 2 del postoperatorio fue significativamente menor en el grupo de pacientes intervenidos mediante técnica MIS. Por último, la cantidad de metamizol administrado por paciente en el día 1 del postoperatorio fue significativamente menor en el grupo de pacientes intervenidos mediante técnica MIS.

Comentarios y conclusiones: En nuestro trabajo, el abordaje subvastus MIS permitió una disminución del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a ATR.

CC-840. MAYOR VELOCIDAD DE RECUPERACIÓN EN ATR MIS

J.R. Varela Egocheaga, M.A. Suárez Suárez, M. Fernández Villán, V. González Sastre, J.R. Varela Gómez y A. Murcia Mazón

Hospital Reina Sofía. Navarra.

Introducción y objetivos: Evaluar y comparar la velocidad de recuperación en artroplastia total de rodilla intervenida mediante abordaje subvastus MIS y parapatelar medial convencional.

Material y método: Ensayo clínico prospectivo y aleatorizado. Selección de 100 pacientes divididos aleatoriamente en dos grupos: en uno se intervino mediante abordaje subvastus mínimamente invasivo y en otro mediante abordaje parapatelar medial convencional. Criterios de inclusión: diagnóstico de gonartrosis susceptible de artroplastia de rodilla. Criterios de exclusión: antecedentes de intervenciones anteriores salvo CAR, varo mayor de 20°, valgo mayor de 15°, flexo mayor de 20°, ROM menor de 70°. Mismo cirujano, mismo instrumental quirúrgico, mismo modelo protésico, mismo protocolo postoperatorio. Determinación del día de inicio de la sedestación. Determinación del día de inicio de la deambulación. Determinación de la estancia hospitalaria. Flexión al tercer día de la intervención. Prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas. t de Student en caso de ajuste a distribución normal y homogeneidad de varianzas, y U de Mann-Whitney en caso contrario.

Resultados: El día de inicio de la sedestación fue significativamente más precoz con la técnica subvastus MIS. El día de inicio de la deambulación fue significativamente más precoz en el grupo de pacientes intervenidos mediante abordaje MIS. La flexión de la rodilla al tercer día del postoperatorio fue significativamente mayor con el abordaje subvastus MIS. Sin embargo, la estancia hospitalaria no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Comentarios y conclusiones: En nuestro trabajo, el abordaje subvastus MIS permitió una mayor velocidad de recuperación que, sin embargo, no se tradujo en una menor estancia hospitalaria.

CC-841. MAL-ORIENTACIÓN DE COMPONENTES EN ATR MSI. ¿MITO O REALIDAD?

J.R. Varela Egocheaga, M.A. Suárez Suárez, M. Fernández Villán, V. González Sastre, J.R. Varela Gómez y A. Murcia Mazón

Hospital Reina Sofía. Navarra.

Introducción y objetivos: Evaluar y comparar la orientación de los componentes en artroplastia total de rodilla intervenida mediante abordaje subvastus MIS y parapatelar medial convencional.

Material y método: Ensayo clínico prospectivo y aleatorizado. Selección de 100 pacientes divididos aleatoriamente en dos grupos: en uno se intervino mediante abordaje subvastus mínimamente invasivo y en otro mediante abordaje parapatelar medial convencional. Criterios de inclusión: diagnóstico de gonartrosis susceptible de artroplastia de rodilla. Criterios de exclusión: antecedentes de intervenciones anteriores salvo CAR, varo mayor de 20°, valgo mayor de 15°,

flexo mayor de 20°, ROM menor de 70°. Mismo cirujano, mismo instrumental quirúrgico, mismo modelo protésico, mismo protocolo postoperatorio. Evaluación del eje mecánico postoperatorio, número de pacientes con resultado final en varo (< 177°), neutro (177-183°) o valgo (> 183°). Ángulo del componente femoral respecto al eje mecánico del fémur en plano AP y respecto al eje diafisario en planos AP y L. Ángulo del componente tibial respecto al eje mecánico de la tibia en plano AP y respecto al eje diafisario en plano L. Prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas. t de Student en caso de ajuste a distribución normal y homogeneidad de varianzas, y U de Mann-Whitney en caso contrario. Chi-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados: No se detectaron diferencias significativas en el eje mecánico postoperatorio ni en el número de rodillas en varo, neutras o en valgo. El ángulo del componente femoral respecto al eje mecánico del fémur no mostró diferencias entre ambos grupos; al igual que los ángulos del componente femoral respecto al eje diafisario femoral en los planos AP y L. El ángulo del componente tibial respecto al eje mecánico de la tibia no mostró diferencias entre ambos grupos; al igual que el ángulo del componente tibial respecto al eje diafisario en plano L.

Comentarios y conclusiones: En nuestro trabajo, el abordaje subvastus MIS no favoreció la mal-posición de los componentes en ATR.

CC-842. DEGENERACIÓN QUÍSTICA MUCOIDE DEL LCA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.A. Diánez Raimúndez, T.J. Moreno Guerrero, J. Pena Vázquez, S. Antón García, A. Gadañón García, C. Argüelles Rodríguez, J.F. Muñoz González y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Las lesiones quísticas benignas de la rodilla son entidades que a menudo se descubren como hallazgos incidentales, pueden causar dolor, disfunción mecánica, limitación en la amplitud de los movimientos, o una masa palpable, en función del tamaño, localización y efecto masa.

Material y método: Paciente de mediana edad, con gonalgia progresiva, sin antecedente traumático, sin sensación de fallo. Refiere dolor en hueco poplíteo y sensación de tumefacción. La exploración es anodina. La radiología es normal y la RM informa de LCA engrosado compatible con degeneración mucoide.

Resultados: En la CAR se apreciaba el LCA con inserción condílea algo caída, aunque suficiente y estable, con una masa posterior al mismo. Se resecaba fácilmente a condrotomo, liberando el LCA y tomando muestras que anatomía patológica confirmaría como degeneración mixoide. A los 6 meses, la paciente refiere una desaparición de la clínica con reincorporación a sus actividades deportivas previas.

Comentarios y conclusiones: El ganglión es una lesión quística benigna de tipo tumoral de origen desconocido, rodeada por tejido conjuntivo denso, relleno de líquido gelatinoso rico en ácido hialurónico y otros mucopolisacáridos. Estos quistes se clasifican como lesiones mixoides, cuyas causas incluyen la herniación sinovial y la degeneración del tejido o traumatismo de repetición. Los gangliones intraarticulares son lesiones poco frecuentes que suelen estar asociadas a los ligamentos cruzados, de predominio en hombres. La RM es la técnica de elección, mostrando de manera característica el ganglión asociado al LCA que usualmente tiene una apariencia de masa quística oval intraligamentaria o periligamentaria con límites no bien definidos. Pueden localizarse dentro de los cruzados o adyacentes. El LCA se afecta con mayor frecuencia, y la mayor parte se origina en la inserción tibial del LCA. La sintomatología es variada e inespecífica y el tratamiento desde el conservador, hasta la resección completa del LCA.

CC-843. REGENERACIÓN MENISCAL TRAS IMPLANTE DE POLIURETANO ACTIFIT®

J.F. Sánchez Soler, X. Pelfort López, R. Torres Claramunt, S. Gil González, J. Leal Blanquet, S. Díaz Martínez, P. Hinarejos Gómez y L. Puig Verdí

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: Actifit® es un implante meniscal sintético de poliuretano, un material poroso de lenta degeneración (5 años) diseñado como sustitutivo y como andamiaje para la regeneración del menisco. Está indicado en síndromes posmeniscectomía en defectos subtotales, asociado o no a otros gestos terapéuticos. Más discutida es su posible indicación en meniscectomías amplias de forma profiláctica. Presentamos un caso de síndrome posmeniscectomía al que se le implantó este sustitutivo meniscal asociado a osteotomía valguizante tibial y su evolución a los 2 años.

Material y método: Paciente de 44 años con gonalgia derecha mecánica limitante y progresiva tras doble meniscectomía interna hace 8 y 4 años. Evolución tórpida y dolor persistente compartimento interno. Estudio radiológico con eje varo 171° y signos de artropatía estadio I Alhback. RMN informa de cambios posmeniscectomía menisco interno. Se le realiza en un tiempo osteotomía valguizante de adición interna tibial (fijación con placa puddu) e implante sustituto meniscal menisco interno de poliuretano Actifit® fijación con suturas Fast-fix®.

Resultados: A los 2 años el paciente presenta un resultado satisfactorio, sin dolor compartimento interno ni limitaciones actividad. Eje mecánico 179° sin signos radiológicos progresión artropatía. Se programa para retirada placa osteotomía y se realiza artroscopia exploradora objetivándose persistencia del sustituto meniscal correctamente implanta realizándose biopsia artroscópica margen libre para estudio celularidad. Anatomía Patológica informa de proliferación fusocelular abundante en la trama del implante.

Comentarios y conclusiones: El implante sustitutivo meniscal de poliuretano Actifit® ha mostrado buenos resultados clínicos en nuestra serie pacientes, además, en especial en el caso que presentamos el estudio anatomopatológico nos informa del crecimiento celular por lo que estaría cumpliendo también con la función de andamiaje para la regeneración de menisco. Con el seguimiento de las series de casos hasta ahora con poco tiempo de evolución, sabremos si este implante cumple con las expectativas que presenta.

CC-844. RETORNO A LA ACTIVIDAD DEPORTIVA EN LA RECONSTRUCCIÓN ARTROSCÓPICA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR: SEGUIMIENTO DE 1 A 6 AÑOS

J.M. Rodríguez Roiz, D. Popescu, G. Sotorres González, A. Méndez Gil y S. Suso Vergara

Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción y objetivos: La rotura de ligamento cruzado anterior es una entidad relativamente frecuente en la población joven y activa, siendo en la actualidad el tratamiento quirúrgico la primera opción y la ideal. Sin embargo, hay pocos estudios en la bibliografía que estudien el retorno a la actividad deportiva de los pacientes intervenidos. En este estudio se quiere evaluar a corto-medio plazo el retorno a la actividad deportiva recreacional en la población activa.

Material y método: Entre enero 2006-diciembre 2010 se han realizado 172 reconstrucciones de LCA en nuestro centro. De estos se han podido evaluar de manera retrospectiva 110 pacientes, con una edad media de 29 años (rango 18-50), distribución por sexo masculino 70 (64%), femenino 40 (36%). A estos pacientes se les ha realizado una entrevista telefónica enfocada en el nivel de actividad previo a la lesión y actual, nivel de satisfacción y disponibilidad de volver a realizar la cirugía. Se han utilizado la escala de Likert sobre la auto-

motivación en la rehabilitación, las escalas de Lysholm e índice de Tegner y el apartado de actividad deportiva y calidad de vida de la escala del Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), además de otra escala para cuantificar la satisfacción con la cirugía.

Resultados: Con un seguimiento medio de 36 meses solo 55% de los pacientes entrevistados han vuelto a realizar alguna actividad deportiva, de nivel no competitivo. Sólo un 32% han recuperado el nivel de actividad previo a la lesión, y estos son los que presentan mayor descenso del IMC, menor índice de tabaquismo y mayor motivación psicológica. Los varones tenían una tendencia a volver a la actividad deportiva de forma más precoz que las mujeres ($p > 0,05$). Aquellos pacientes que han esperado la cirugía más de 24 meses tenían menos probabilidad de volver a realizar una actividad deportiva. Los pacientes que consideraban al deporte de gran relevancia en su vida, se encontraban más motivados y regresaban antes y mejor a la actividad deportiva previa. De los deportes evaluados, se evidencio mayor tasa de recuperación y reinicio de la actividad deportiva más precoz y a igual nivel al pre-quirúrgico con el ciclismo (67%), seguido por el basket (58%), tenis (51%) y fútbol (45%).

Comentarios y conclusiones: Encontramos que aproximadamente la mitad de los pacientes actualmente se encuentran practicando alguna actividad deportiva regular, y que solo un tercio del total entrevistado al mismo nivel que antes de la intervención quirúrgica. Factores como la motivación psicológica, sexo masculino y cirugía antes de los 2 años de la lesión han sido relevantes para la recuperación funcional postoperatoria.

CC-845. LA GRASA NO ESTABILIZA

J.V. Peralta Molero, M.A. García de León, O. Pérez Simanca, P. Zuñil Acosta, C. Fernández-Valencia Kettunen, H. Mínguez Pérez, A. Vergara Ferrer y B. Ruiz Nieto

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: Las luxaciones de PTR son una complicación infrecuente y de extrema gravedad. Las principales causas pueden ser específicas del propio paciente o secundarias a un problema de técnica quirúrgica.

Material y método: Mujer, 73 años, obesidad mórbida, hipertensa, hipotiroides, asmática, que es intervenida de PTR derecha en septiembre de 2004, y la izquierda en marzo del 2007. Tras 5 años asintomática, comienza con dolor en la derecha, inflamación y limitación articular. Se realiza gammagrafía, apreciándose movilización aséptica del componente tibial. En abril de 2011 se implanta una Advance de revisión. Se inicia rehabilitación, tras controles radiológicos y microbiológicos postquirúrgicos satisfactorios. Al 8º día de la cirugía comienza con dolor e impotencia funcional. El control radiológico evidencia luxación anterior, por lo que se realiza reducción abierta bajo anestesia, apreciándose inestabilidad en flexión y rotación externa sin otras alteraciones, por lo que se coloca una férula de Zimmer en extensión.

Resultados: Al mes, se sustituye la férula en extensión por una articulada, aumentando semanalmente 10 grados de flexión hasta conseguir una flexión de 100º, y así iniciar la deambulación con muletas. Diez meses después, la paciente presenta flexión de 100º, con bostezo de 5º al varo-valgo, si dolor ni inestabilidad.

Comentarios y conclusiones: A pesar de los pocos casos publicados, la mayoría de los autores son optan por el tratamiento conservador si se puede, manteniendo la pierna en extensión inicialmente. Concluimos que la luxación de prótesis de rodilla es una complicación rara, en nuestro medio y en la literatura, por lo que es importante reportar los casos a la literatura y sacar conclusiones de sus causas evitables. El tratamiento debe estar ajustado a cada paciente y a ser posible conservador.

CC-846. TRATAMIENTO DE FRACTURAS DE MESETA TIBIAL MEDIANTE ARTROSCOPIA. REVISIÓN DE CASOS

L. Zorita Urricelqui, N. Hernández González, I. Lafuente Pérez, I. Ibor Ureña, X. Azores Galeano, J.A. Guerrero Molina y C. Lozano Marín

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: A pesar de representar sólo 1% de todas las fracturas, las fracturas de meseta tibial suponen un reto para el cirujano ya que pueden acarrear graves consecuencias si no se tratan apropiadamente. Su tratamiento asistido por artroscopia es menos invasivo que las técnicas abiertas, permite una completa evaluación de lesiones intraarticulares y contribuye a disminuir el periodo de rehabilitación.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo de 17 fracturas de meseta tibial tratadas mediante artroscopia en nuestro centro en los últimos 10 años clasificándolas según el tipo de fractura, la edad, sexo, la presencia o no de lesiones intraarticulares y tomando como valores para el resultado el IKDC, el Knee Society Score y parámetros radiográficos al año de la fractura.

Resultados: La edad media de los pacientes es de 44,23 años. El 53% son mujeres. El 41% de las fracturas tratadas mediante esta técnica son Schatzker tipo I, el 17% tipo II y el 41% tipo III. Al explorar el espacio articular encontramos 1 fractura osteocondral de cóndilo femoral interno y 2 roturas de menisco externo, realizándose en una menisectomía parcial y en otra sutura meniscal. Como complicaciones intrahospitalarias, tan sólo encontramos 1 empeoramiento del estado general. Como complicaciones extrahospitalarias, existe 1 retardo en la consolidación que precisa tratamiento con bifosfonatos y 1 empeoramiento de la artropatía que precisa artroplastia total de rodilla.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de fracturas de meseta tibial asistido por artroscopia permite evaluar y tratar las posibles lesiones intraarticulares y lograr una adecuada reducción y una fijación estable con la menor disección posible, con buenos resultados clínicos y radiológicos.

CC-847. PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA NAVEGADA CON SISTEMA STRYKER. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE CRUCES

L. de la Hera Antón, I. Pintos Bernal y J.A. Guerrero Molina

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La prótesis o artroplastia total de rodilla (ATR) es una intervención que aporta habitualmente una disminución del dolor, un aumento de la función y una mejora en la calidad de vida. A pesar de todo esto aun es alto el índice de complicaciones. El fracaso de una prótesis de rodilla puede depender de varios factores, una incorrecta posición u orientación de los componentes desencadena tanto el desgaste acelerado del polietileno de la bandeja tibial como el deslizamiento de los componentes y la degradación funcional de la articulación a medio y corto plazo. Se considera esencial, por tanto, la colocación exacta del componente femoral y tibial siguiendo exactamente el eje mecánico de la extremidad. La navegación ayuda a mejorar la correcta colocación del implante.

Material y método: Se presenta una serie de pacientes con degeneración de rodilla intervenidos mediante artroplastia total de rodilla navegada con sistema de navegación stryker. Comprende los pacientes operados entre el mes de abril de 2010 y enero del 2012. Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo. Los datos son recopilados de las historias clínicas y de la aplicación informática del sistema navegado. El paciente más joven tenía 49 años. El paciente de más edad 80 años. La mayoría entre 70 y 80 años. 30% hombres y 70% mujeres.

Resultados: 30 Pacientes fueron intervenidos de prótesis total de rodilla con el modelo Triathlon asistida con ordenador. Se utilizó la vía de abordaje parapatelar medial en 7 ocasiones y el abordaje M.I.S. Mid-

vasto interno en 23 ocasiones. Los diagnósticos preoperatorios fueron de 25 gonartrosis en varo, 4 gonartrosis en valgo y un caso de gran deformidad. La media de ingreso hospitalario han sido 4 días. En solo 9 ocasiones de 30 se precisó transfusión de sangre postoperatoria.

Comentarios y conclusiones: El sistema de navegación en la ATR debe de realizarse por cirujanos expertos que se hayan instruido en cirugía convencional. La navegación es una ayuda pero en ningún caso suplanta al cirujano. Hay que tener capacidad de reacción ante algún fallo y poder seguir manualmente. Requiere una curva de aprendizaje y conocimiento. La navegación tiene sus mayores logros en aquellos casos de rodillas con deformidades previas. La combinación de cirugía mínimamente invasiva asistida con la navegación es una opción muy válida. Es cuestión de tiempo que la cirugía asistida por ordenador se imponga a la cirugía convencional.

CC-848. CIRUGÍA DE REVISIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. VENTAJAS DE LA UTILIZACIÓN DEL TANTALIO EN EL RELLENO DE GRANDES DEFECTOS ÓSEOS

L. de la Hera Antón, I. Pintos Bernal, E. Larrazábal Raluy y J.A. Guerrero Molina

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presentan dos casos de utilización de bloques de tantalio para grandes defectos óseos metafisarios tibiales en cirugía de revisión de artroplastia total de rodilla. Se presentan las ventajas del tantalio en el relleno de estos defectos con gran pérdida ósea y osteolisis.

Material y método: Paciente de 42 años, intervenido de artroplastia unicóndilea externa. Cirugía de revisión con artroplastia total. Dura-ción no cementada. Mala evolución clínico-radiológica con algia progresiva invalidante y gran osteolisis cavitaria metafisaria tibial. Cirugía de revisión con P.T.R. Endomodel Modular (Link®) y relleno con implante simétrico de tantalio e injerto autólogo de cajetín de resección femoral. Paciente de 83 años intervenido de artroplastia total de rodilla tipo Natural®. Fistulización con cultivo positivo a *Klebsiella pneumoniae* y gammagrafía positiva. Cirugía de revisión con P.T.R. Endomodel (Link®) cementada (gentamicina) y fistulectomía. Mala evolución clínico-radiológica. Nueva cirugía de revisión con P.T.R. Endomodel Modular (Link®) con espaciador tibial y relleno con bloque asimétrico de tantalio.

Resultados: En ambos pacientes buena evolución clínico-radiológica pasando de 18 a 76 puntos en la escala de valoración de la Knee Society. El tantalio presenta una buena integración y permite la adaptación de la prótesis de revisión conservando la interlínea femorotibial.

Comentarios y conclusiones: Consideramos la utilización del tantalio en bloques tanto simétricos como asimétricos para la cobertura y relleno de grandes defectos óseos metafisarios cavitarios una ayuda eficaz en cirugía de revisión de artroplastia total de rodilla.

CC-849. NUEVO MÉTODO DE REALINEAMIENTO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

L.J. Díez Romero, P. Casas Ramos, A. Álvarez Castro, O. Guerra Álvarez, F. Arias Martín e I. Álvarez Posadas

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: Entre las metas de la artroplastia total de rodilla (ATR) se cuentan principalmente, el alivio del dolor y la restauración de la función, de forma estable y permanente. Un factor importante implicado en la durabilidad del implante es la restauración del eje mecánico de la pierna. Las desviaciones mayores de tres grados de varo/valgo se han relacionado con una peor supervivencia del implante. El método tradicional para la ATR se basa en la utilización de guías intra y extramedulares, consigue unas tasas de restauración

del eje mecánico entre el 90 y 92%. Los equipos de navegación han mejorado estas tasas a valores de 98 y 100%, sin embargo su uso no se ha generalizado todavía. Una alternativa es la técnica de cuidado personalizado del paciente Signatute®.

Material y método: Presentamos dos pacientes con fracturas antiguas de fémur de 71 y 73 años respectivamente, una tratada ortopédicamente y otra con una placa y tornillos, lo que dificultaba la utilización de la guía endomedular para la realización de los cortes femorales. Se realizaron sendas RMN de la rodilla, cadera y tobillo que una vez procesadas nos permiten determinar el eje mecánico, el tamaño de los implantes, planear los cortes óseos y fabricar las guías personalizadas de posicionamiento que nos permiten trabajar con la instrumentación y los implantes estándar. Ambos pacientes fueron intervenidos mediante una vía mínimamente invasiva midvastus.

Resultados: Con un seguimiento de 12 y 6 meses respectivamente se ha conseguido la restauración del eje mecánico de la extremidad inferior, con un satisfactorio resultado funcional.

Comentarios y conclusiones: Este nuevo sistema permite restablecer de forma sencilla y personalizada el eje de carga de la rodilla, minimizando los errores humanos. Además ese sistema se puede utilizar con implantes estándar.

CC-850. SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DEL CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO POR ENCONDROMA

M. Brotat Rodríguez, B. García Medrano, F. Rodríguez-Monsalve Milano, V. Luengos Peña, A. León Andrino y M.A. Martín Ferrero

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: Las lesiones de los nervios de la extremidad inferior representan el 20% de todas las lesiones del sistema nervioso periférico y tienen peor pronóstico que los de la extremidad superior, siendo las lesiones del ciático poplíteo externo las más frecuentes. La variedad de etiologías, grados de afectación, tratamientos y circunstancias que rodean la lesión hacen difícil su estudio en la clínica real por lo que las series publicadas de casos con etiología compresiva en síndromes de atrapamiento son en general pequeñas.

Material y método: Mujer de 16 años que acude a consulta por dolor en hueso poplíteo de rodilla izquierda de dos meses de evolución. La exploración física no muestra alteraciones aunque en las radiografías se observa exóstosis a nivel de la cabeza del peroné. Un año después la paciente continúa con dolor intenso a ese nivel y refiere parestias con dudosa claudicación en extremidad inferior izquierda. Se solicita RMN que muestra exóstosis ósea en la región posterior del cuello del peroné que crece paralela a éste en sentido caudal comprimiendo el nervio ciático poplíteo externo pudiéndose tratar de un encondroma. Se realiza intervención quirúrgica realizando exéresis de la exóstosis y neurectomía del CPE confirmando en el análisis anatómopatológico la naturaleza de la lesión.

Resultados: Tras la cirugía se observa movilidad activa y pasiva completa de la extremidad. Se realiza electromiografía que muestra leves alteraciones sugestivas de axonopatía parcial reciente del nervio peroneal izquierdo, de escasa intensidad y con actividad de reinervación con pronóstico favorable de recuperación completa que se confirmó meses más tarde.

Comentarios y conclusiones: Se ha demostrado que en las neuropatías del nervio CPE de etiología compresiva el tratamiento quirúrgico mejora la afectación neurológica con una recuperación funcional del 80% sin encontrar relación entre la gravedad de la intensidad de la clínica y su recuperación. Sin embargo, sí existe relación entre los resultados obtenidos y el tiempo de evolución de la lesión. La recuperación de la neuropatía es más completa cuanto menor es el tiempo de evolución de forma que los mejores resultados se dan en pacientes con lesiones de menos de 6 meses.

CC-851. OSTEOCONDROMATOSIS SINOVIOL RECURRENTE DE RODILLA CON LESIÓN NERVIOSA ASOCIADA

M.E. Rodrigo López, M.A. Froufe Siota, J.M. Muñoz Vives, D. Arribas Agüera y E. Navarro Cano

Hospital Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: La condromatosis sinovial es una lesión benigna, infrecuente y de localización generalmente monoarticular, caracterizada por la formación metaplásica de múltiples nódulos cartilaginosos dentro del tejido conectivo de la membrana sinovial de las articulaciones, vainas tendinosas o bursas.

Material y método: Paciente de 62 años que presenta una lesión de partes blandas en el hueso poplíteo de la rodilla izquierda. Las imágenes de RMN muestran una lesión con señal heterogénea y mayoritariamente hipointensa junto con cambios degenerativos de predominio cartilaginoso en cóndilo femoral interno y en el área femororotuliana. Como posibles diagnósticos planteados se encontraban la condromatosis y la sinovitis vellonodular pigmentada. Como antecedente, el paciente fue sometido a una artroscopia en dicha rodilla, 6 años antes con diagnóstico de condromatosis. En la primera intervención se realizó la exéresis de los cuerpos libres. Se realizó la exéresis de la lesión mediante una vía posterior de Trickey, observándose el desplazamiento del paquete vaculonervioso. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de osteocondromatosis sinovial.

Resultados: Durante el postoperatorio el paciente presenta paresia del CPE izquierdo. El EMG confirma la presencia de axonotmesis parcial grave del nervio peroneal izquierdo por debajo de la salida para la porción corta del bíceps y la axonotmesis completa del nervio sural del mismo lado. A los ocho meses tras la cirugía el paciente continúa con el programa de rehabilitación, presentando un rango de movilidad de extensión completa y flexión a 100°. Recuperación parcial de la lesión nerviosa con un balance muscular 4/5.

Comentarios y conclusiones: El pronóstico de la condromatosis es bueno pero, el riesgo de recidiva es de hasta el 33% cuando se emplean métodos artroscópicos, en especial cuando hay afectación sinovial difusa o localizaciones extraarticulares. En cambio cuando se asocia la sinovectomía parcial o total durante el acto quirúrgico el número de recurrencia disminuye de forma espectacular.

CC-852. OSTEOLISIS DE RÓTULA

M.L. López de Dicastillo Roldán, V.E. Gómez Palacio, B. Antón Capitán, C. Rodríguez Alonso, C. Arias Nieto y J.A. Diáñez Raimúndez

Hospital San Pedro. Logroño.

Introducción y objetivos: Dentro del concepto radiológico de osteolisis englobamos un grupo de patologías poco frecuentes en la rótula: la osteomielitis, la necrosis idiopática y los tumores. Debido a la peculiar vascularización de la rótula, donde el polo inferior es la zona más irrigada, encontraremos con mayor frecuencia infecciones, la zona central es la menos irrigada por lo que asienta con mayor frecuencia necrosis y finalmente los tumores, que no siguen un patrón anatómico.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 70 años que en el postoperatorio quirúrgico tras fractura de cadera izquierda, refiere gonalgia de la misma extremidad de 4 meses de evolución valorada previamente por el servicio de reumatología el cual ante hallazgos radiológicos de degeneración articular leve y analíticos de elevación de reactivos de fase aguda inicia tratamiento con corticoides orales, inyectados e infiltraciones intrarticulares. Un nuevo estudio radiológico revela una lesión lítica en el polo inferior de la rótula que nos plantea un diagnóstico diferencial entre necrosis secundaria a tratamiento corticoideo, infección o tumor. Con la sospecha de

necrosis, con una gammagrafía compatible y ecografía que muestra de lesiones parciales en el tendón, se decide retirada progresiva de tratamiento corticoideo.

Resultados: Con la mala evolución clínica de la paciente se ingresa para estudio, la historia clínica revela un síndrome constitucional, con una exploración inespecífica. La analítica muestra una leucocitosis y PCR de 45 mg/dl. Artrocentesis de características inflamatorias y cultivo negativo. Se descarta infección urinaria pero la radiografía de tórax se muestra imagen en suelta de globos por lo que se amplía el estudio con TAC que diagnostica tumor renal izquierdo con metástasis pulmonares, hepáticas, óseas (rótula y pala iliaca), mediastínicas, retroperitoneales y suprarrenal derecha. Valorada por los servicios de urología y oncología se descarta tratamiento quirúrgico y se consensua tratamiento paliativo. En el caso de la lesión rotuliana se emplea radioterapia con buena respuesta y mejoría clínica de la paciente.

Comentarios y conclusiones: Se habla de la importancia del diagnóstico en las lesiones líticas en sus primeras fases para lograr una recuperación funcional con el tratamiento o la técnica quirúrgica adecuada. Se sabe que dosis mayores de 30 mg por día de prednisona, son altamente capaces de inducir lesiones necróticas, y las rodillas ocupan el lugar más frecuente seguido de caderas, tobillos y cabeza humerales. La osteomielitis presenta mayor frecuencia entre los 5 y 14 años, el agente más frecuente es el estafilococo aureus. Las necrosis idiopáticas en rótula se dan sobre todo en alcohólicos, en tratamiento con esteroides, en gota, radioterapia y drepanocitosis. Los tumores de rótula son extremadamente raros: el 70% corresponden a procesos benignos, sólo un 1% son malignos siendo el más frecuente el mieloma.

CC-853. PAPEL DEL ITRIO EN EL TRATAMIENTO DE LA SINOVITIS VELLONODULAR

M. Plata García, R. Hernández Ramajo, V. García Virto, B. García Medrano, J.M. Cortés Villar, V. Luengos Peña y L. García Flórez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: El objetivo de este estudio es valorar el tratamiento de la sinovitis vellonodular difusa mediante sinovectomía artroscópica y radioterapia intraarticular con itrio, así como la evolución a largo plazo de esta patología.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 37 años de edad, que acude a consulta tras episodio de luxación de rótula derecha (2º episodio, 1º 15 años antes). El paciente no refiere molestias previas a la luxación. Se solicita RMN para evaluar el estado de las partes blandas, evidenciándose engrosamiento sinovial y depósitos de hemosiderina, no pudiendo descartar sinovitis vellonodular.

Resultados: Se realiza artroscopia diagnóstica y terapéutica, con toma de muestras para anatomía patológica, sección del alerón rotuliano y en el mismo acto sinovectomía, ya que la sinovial impresiona de sinovitis vellonodular difusa. La anatomía patológica informa de proliferación de células cuboidales y macrófagos con restos de hemosiderina, compatible con sinovitis vellonodular. Tras la confirmación diagnóstica y con la colaboración del servicio de Medicina Nuclear se realiza inyección intraarticular con itrio. En el momento actual y tras cinco años de seguimiento a través de consulta externa y mediante RMN (anual), el paciente continúa asintomático.

Comentarios y conclusiones: La sinovitis vellonodular es un proceso monoarticular, que se observa en articulaciones sinoviales, como las rodilla o la vaina de los tendones de la mano, siendo éstas las localizaciones más frecuentes. Raramente es poliarticular y no metastatiza, pero puede erosionar el hueso. La clínica depende de la localización, en la rodilla aparece de forma gradual con edema, rigidez o molestias

difusas. El tratamiento tanto en la forma difusa como en la localizada se basa en la resección quirúrgica, ya sea de forma abierta o artroscópica. En la forma difusa es recomendable el uso de radioterapia con itrio, ya que disminuye la tasa de recidivas.

CC-854. SINOVECTOMÍA RADICAL ARTROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.A. Sánchez Carrasco, J.F. Abellán Guillén, C. Pérez Jiménez, J. Andrés Grau, L. Ibáñez Martínez, S. Quidsi Sinclair, I. Buendía Ayala y A. Rodríguez Ortuño

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y objetivos: Presentar la técnica de sinovectomía artroscópica y los resultados del tratamiento en la sinovitis villonodular pigmentada (SVP) de rodilla.

Material y método: Varón de 56 años, clínica de hemartros de repetición en rodilla izquierda. Se realiza CAR con toma de biopsia sinovial que informa de la presencia de hemosiderófagos. La RM muestra imágenes compatibles con SVP difusa. Se trató mediante sinovectomía radical artroscópica y radiosinoviotesis posquirúrgica.

Resultados: Los resultados clínicos y radiológicos que evaluamos a los 6 y 12 meses fueron satisfactorios, descartándose signos de recidiva de enfermedad.

Comentarios y conclusiones: La terapia combinada (cirugía y tratamiento coadyuvante) muestra tasas de recidiva significativamente menores que el uso independiente de uno de ellos. En el caso de la SVP difusa, debe realizarse una sinovectomía radical, que podrá realizarse de manera artroscópica en función de la experiencia previa del cirujano en procedimientos artroscópicos.

CC-855. AFLOJAMIENTO ASÉPTICO ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA. TRATAMIENTO CON TERIPARATIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Medina León, L.J. Roca Ruiz y M.I. Matamoros Hermoso

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: La artroplastia total de cadera es uno de los procedimientos más frecuentes en Cirugía Ortopédica. Más del 90% de los pacientes evolucionan satisfactoriamente. Existen dos grandes complicaciones en las PTR el aflojamiento séptico y el aséptico.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 72 años sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de DM, HTA y PTR desde hace 3 años. La paciente acude a consultas externas por presentar prótesis dolorosa. Se realiza radiografía AP y L observándose ribete periprotésico a nivel tibial, se confirma el aflojamiento del componente tibial con gammagrafía. Se realizan pruebas complementarias para descartar infección PTR.

Resultados: Ante el diagnóstico de aflojamiento aséptico del componente tibial se prescribió tratamiento con teriparatida 20 µg/día. A los 4 meses del tratamiento la paciente no presentaba dolor en la zona, habiendo desaparecido la clínica y a los 9 meses la gammagrafía de control era normal, sin hallazgos captación en la zona tibial.

Comentarios y conclusiones: El aflojamiento aséptico es una complicación relativamente frecuente en las artroplastias totales de rodilla. La teriparatida en el fragmento activo de la hormona paratiroidea endógena. Es un agente formador de hueso indicado para el tratamiento de la osteoporosis. Otras posibles indicaciones son, ya que es agente osteoformador, es la pseudoartrosis y la movilización protésica por falta de stock óseo, como es el caso que presentamos. Así se producirá la adecuada fijación del componente protésico y es este caso se evitó una cirugía de revisión protésica.

CC-856. EL USO DE LAS VAINAS METAFISARIAS EN CIRUGÍA DE REVISIÓN DE LA RODILLA. NUESTRA EXPERIENCIA

N. Blanco Rubio, A. Castillo Palacios, L. Ezquerro Herrando, E. Corella Abenia, B. Seral García y J. Albareda Albareda

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La cirugía de revisión de la rodilla es un tipo de intervención cuya incidencia aumenta día a día. El mejor tratamiento para los grandes defectos estructurales óseos de la tibia en esta cirugía, todavía no ha sido establecido. El hueso metafisario es un hueso saludable y bien vascularizado que puede soportar una fijación no cementada. En la actualidad disponemos de un sistema novedoso, las vainas metafisarias. El objetivo de este estudio es valorar a corto plazo los resultados radiográficos y clínicos de las vainas metafisarias en los recambios protésicos de rodilla.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo de 10 pacientes intervenidos de recambio protésico de rodilla en nuestro servicio en el último año. El recambio se llevó a cabo mediante el empleo de vainas metafisarias en ambos componentes femoral y tibial en 8 rodillas y sólo en dos se usó vaina metafisaria en el componente tibial. Se realizó un seguimiento mediante radiografías AP y LAT de rodilla y se valoró la funcionalidad mediante el arco de movilidad de la rodilla y la escala clínica Knee Society. Se valoró la aparición de complicaciones como el dolor, el aflojamiento precoz y la infección.

Resultados: El seguimiento medio fue de 12 meses. El arco de movilidad era de una flexión media de 107° y con una extensión media de -2°. La media de puntuación en la escala clínica Knee Society era de 79 puntos. No se han observado signos radiológicos de aflojamiento, ni otras complicaciones como la infección.

Comentarios y conclusiones: En conclusión, en nuestra experiencia consideramos que las vainas metafisarias aportan buena estabilidad primaria con buenos resultados clínicos y escasas complicaciones, reduciendo el riesgo de aflojamiento de los componentes. Sin embargo, estas ventajas teóricas precisan de estudios a largo plazo con mayor número de pacientes que demuestren los verdaderos resultados de la cirugía de revisión.

CC-857. FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE FÉMUR DISTAL SOBRE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA: ENCLAVADO RETRÓGRADO FRENTE A PLACA LISS PERCUTÁNEA

N. Alonso García, R. Escudero Marcos, J. Minaya García, D. Pérez Bermejo, I. Aguado Maestro, B.A. Álvarez Ramos, H.J. Aguado Hernández y M.F. García Alonso

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción y objetivos: La incidencia de fracturas periprotésicas sobre artroplastia total de rodilla está en constante aumento, debido al mayor número de artroplastias realizadas y al envejecimiento progresivo de la población. Nuestro objetivo es evaluar los resultados y complicaciones obtenidos en fracturas periprotésicas de fémur distal sobre artroplastia total de rodilla tratadas mediante clavo intramedular retrógrado o placa LISS percutánea.

Material y método: Se revisaron 21 pacientes intervenidos en nuestro servicio a lo largo de un periodo de siete años. 14 de ellos fueron tratados mediante enclavado retrógrado y los 7 restantes con placa LISS percutánea. Todas las fracturas fueron cerradas y se emplearon métodos de reducción indirecta, sin aporte de injerto óseo. Se analizó la existencia de consolidación en un periodo inferior a los seis meses, la presencia de infección, fallo del implante, necesidad de una nueva cirugía, ausencia de dolor en la rodilla, y el retorno del rango funcional de movimiento previo y del estado ambulatorio normal.

Resultados: Se observó consolidación ósea en casi todos los casos. Dentro del grupo del enclavado hubo un caso de retardo de consolidación, otro de rotura del clavo, y dos casos que precisaron extracción

del material. Un caso presentó fistulización articular tras extracción de los tornillos distales por intolerancia, con drenaje de líquido sinovial inflamatorio con cultivo negativo. La mayoría de los pacientes retornaron a su estado funcional previo y se encuentran satisfechos con su resultado clínico, independientemente del sistema empleado.

Comentarios y conclusiones: La osteosíntesis con enclavado retrógrado y con placa percutánea proporciona unos resultados satisfactorios en las fracturas periprotésicas de fémur distal sobre artroplastia total de rodilla. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos sistemas respecto a la consolidación ósea, la movilidad postoperatoria y el estado funcional de estos pacientes, aunque en nuestra serie hemos observado mayor número de complicaciones en los casos tratados mediante enclavado endomedular.

CC-858. LA CUADRICEPLASTIA V-Y EN EL RECAMBIO PROTÉSICO DE RODILLA

O. Faour Martín, M.A. Martín Ferrero, A. Vega Castrillo, M.A. de la Red Gallego, J.M. Lomo Garrote y J. Valverde García

Hospital de Puertollano. Ciudad Real.

Introducción y objetivos: Habitualmente el abordaje parapatelar medial es suficiente en la cirugía protésica de rodilla. No obstante, en determinadas ocasiones por esta vía no se consigue una exposición articular adecuada. Una flexión de rodilla de al menos 90 grados, es necesaria para poder sentarse en un asiento o bajar escaleras. Tenemos como objetivo, presentar nuestra experiencia clínica en cirugía de revisión de rodilla protésica, mediante un abordaje modificado.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 79 años de edad, con los antecedentes de cardiopatía, obesidad, hernia de hiato, hipertensión arterial y diabetes mellitus insulino dependiente, en tratamiento crónico con sintrom. Hace tres años fue intervenida en otro centro de recambio de prótesis total de rodilla derecha. Ingresa en nuestro hospital con el diagnóstico de anquilosis de rodilla derecha en extensión. A la exploración, presenta la rodilla en extensión, sin alteraciones cutáneas, ni derrame articular; la palpación no es dolorosa y existe ausencia de movilidad activa y pasiva. Los estudios complementarios no son indicativos de aflojamiento protésico ni de la coexistencia de un proceso infeccioso; se programa la intervención quirúrgica para recambio por prótesis de charnela rotacional de rodilla derecha. El abordaje incluyó una cuadriceplastia en V invertida.

Resultados: Dieciocho meses después de la cirugía, la paciente presentaba una flexión activa de 90°, no dolorosa; la extensión pasiva era completa y la activa presentaba un déficit de -15°.

Comentarios y conclusiones: Las causas de disminución en la amplitud de movimientos en una articulación protésica, residen en el tipo de prótesis implantada, la colaboración del paciente, las complicaciones de la Artroplastia y sobretodo, en la condición funcional del paciente previa a la cirugía. Una rodilla rígida presenta retracción y fibrosis del cuádriceps, que frena el movimiento y aunque se consiguiese una buena movilidad de forma intraoperatoria, ésta no se suele mantener en el postoperatorio. Además, en estas circunstancias, no es infrecuente la temida complicación intraoperatoria de rotura del tendón rotuliano o su arrancamiento de la tuberosidad tibial.

CC-859. ENFISEMA SUBCUTÁNEO TRAS ARTROSCOPIA DE RODILLA

P. Mateo Sebastián, I. Sancho González, J. Ruiz Ruiz, T. Martínez Jiménez, D. Manrique Cuevas, M. Ercilla Oyarzábal, M. Fernández de Retana y V. Baranda Areta

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: El enfisema de extremidad inferior tras una artroscopia es una complicación poco frecuente. La mayor par-

te de los pacientes con esta complicación presentan resolución espontánea. Sin embargo, el origen del enfisema puede obedecer a un proceso infeccioso potencialmente grave. Ante esta patología hay que descartar las infecciones necrotizantes de los tejidos blandos, que varían en su presentación clínica, pero en general son de curso grave y alta mortalidad. Se realiza descripción de caso clínico y revisión bibliográfica en literatura, encontrando poca casuística.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente de 18 años intervenido mediante artroscopia de rodilla izquierda debido a cuerpo libre articular e hipertrofia sinovial, recogiendo muestra para biopsia. Se utilizó manguito de isquemia y la insuflación se realizó mediante suero salino. La intervención transcurrió sin complicaciones. Se realizó una consulta para retirada de puntos y observar evolución a las dos semanas de la intervención, sin apreciar complicaciones. Al día siguiente de dicha consulta el paciente acude a urgencias refiriendo dolor y una sensación extraña en la pierna, como de "acorchamiento" que había comenzado hacía unas horas. No traumatismo ni heridas recientes A la exploración se constata el enfisema subcutáneo desde el tercio medio del muslo hasta el tobillo. No enrojecimiento, calor ni otros signos de infección. Tª 37,2. Heridas de portales artroscópicos correctas. Se confirma el enfisema mediante radiografía simple y se realiza análisis de sangre y hemocultivo. Leucocitos 13.800, PCR 1,45 mg/dl, creatina cinasa 249 U/L (39-190) A las 2 horas se realiza una nueva exploración observando avance del enfisema hasta la raíz del miembro. Se realiza TC del miembro que no objetiva necrosis muscular y se comienza con tratamiento antibiótico con clindamicina 900 mg iv/8h + penicilina G 4 millones/6h.

Resultados: El paciente evolucionó favorablemente en las siguientes horas disminuyendo el enfisema progresivamente y mejorando los parámetros analíticos. El hemocultivo fue negativo. La biopsia sinovial reflejo sinovitis crónica inespecífica. Fue dado de alta realizando seguimiento en consulta sin apreciar nuevos cambios.

Comentarios y conclusiones: A pesar de ser una complicación poco frecuente debe diferenciarse su etiología a la mayor brevedad ante el riesgo de ignorar una patología grave como la gangrena gaseosa. Hay casos descritos cuando se insuflaba gas en la artroscopia, o bien tras el uso de un vaporizador. Sin embargo en nuestro caso se utilizó suero salino y no se usó el vaporizador. Creemos que se produjo un mecanismo valvular en la herida quirúrgica ayudado por el mecanismo de flexo-extensión de la rodilla. Debe diferenciarse su etiología a la mayor brevedad ante el riesgo de ignorar una patología grave.

CC-860. ARTROPLASTIA DE REVISIÓN DE RODILLA PARA EL RESCATE DE PSEUDOARTROSIS PERIPROTÉSICA DE FÉMUR

R. Luque Pérez, B. Rizo de Álvaro, J. Valle Cruz, E. Moro Fernández y L. López-Durán Stern

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos: Paciente mujer de 68 años portadora de artroplastia total de rodilla intervenida en nuestro centro, que presenta dolor en el tercio distal del muslo desde hacía unas semanas y que acude a la urgencia tras sentir un chasquido mientras caminaba. Tras realizar estudio radiológico se diagnostica de fractura supracondílea de fémur periprotésica. Se realiza osteosíntesis con clavo retrógrado SCN.

Material y método: A pesar de la buena evolución inicial y de que la paciente llegó a caminar sin ayuda, en ningún momento dejó de padecer dolor en la región supracondílea. Varios meses después la paciente acudió a la urgencia por empeoramiento brusco. Además de no observar callo de fractura el clavo se había roto por la zona de bloque distal.

Resultados: Debido al importante defecto óseo y a la mala evolución previa se decide reintervenir, retirando todo el material previo prótesis y clavo. Tras la retirada se realizó una osteosíntesis con placa con cerclajes aportando al foco aloinjerto de banco y nueva artroplastia con implantes de revisión.

Comentarios y conclusiones: La recuperación tras esta cirugía fue satisfactoria y el apaciente al alta realizaba carga parcial asistida con andador. Tras cuatro años la paciente continua asintomática, con un resultado clínico y funcional similar a cualquier paciente portador de artroplastia de revisión.

CC-861. UTILIZACIÓN DE ESPACIADORES ARTICULADOS DE CEMENTO-ANTIBIÓTICO CON VÁSTAGO EN ARTROPLASTIA INFECTADA DE RODILLA

R. Idiart Charrier, R. Corrales Merino, A. Abenza Sánchez, J. Farfán Gil y G. García-Herrera Reboul

Hospital de Antequera. Málaga.

Introducción y objetivos: La infección en la cirugía protésica de rodilla es una de las complicaciones mas graves y temidas por el cirujano. Su tratamiento, dependiendo de diferentes factores, ha de ser individualizado en cada caso, y puede ir desde la antibioterapia-desbridamiento, hasta la revisión en uno o dos tiempos, e incluso la artrodesis de rodilla. En casos extremos la comorbilidad y patología previa del paciente, la edad y el estado de salud podrían condicionar la realización de un segundo tiempo después de la colocación de un espaciador de cemento, siendo recomendable aplazar la decisión e incluso mantener el espaciador de forma permanente (referencias). Los espaciadores articulados podrían ser de especial utilidad en estos casos, permitiendo una movilidad relativa y una menor limitación funcional en el paciente.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente con antecedente de trombosis venosa profunda (TVP) en tratamiento con acenocumarol, insuficiencia cardíaca congestiva severa con trastorno del ritmo, insuficiencia renal, insuficiencia venosa con varices en miembros inferiores, osteoporosis, dificultad moderada para la deambulación con actividad limitada a domicilio. Intervenido de artroplastia primaria de rodilla en 1994. Primera revisión por aflojamiento aséptico de componentes en 2004. Segunda revisión por necrosis séptica de la herida quirúrgica en 2007. La tercera revisión se realiza en nuestro centro, con diagnóstico de infección de la artroplastia con cultivo positivo para *Stafilococo aureus* y *Proteus mirabilis* multirresistentes. Se planifica la cirugía en dos tiempos, realizándose en el primero la colocación de un espaciador articulado de cemento con antibiótico (gentamicina y clindamicina) al que de aptan los vástagos a medida recubiertos de cemento. La evolución a corto plazo es satisfactoria, los reactantes de fase aguda se han normalizado, la deambulación con ayuda de bastones y la ausencia de dolor le permiten una razonable calidad de vida a la paciente.

Resultados: En una infección de muy mal pronóstico, teniendo en cuenta la comorbilidad de la paciente y los resultados de las anteriores revisiones: Conseguimos hacer desaparecer los signos y marcadores de infección. Obtenemos unos grados de estabilidad y de movilidad que permiten una cierta autonomía, proporcionando así una buena calidad de vida. Podemos plantearnos no reintervenir a la paciente para la colocación de una tercera PTR de revisión. Así dejamos más tiempo el cemento con el antibiótico.

Comentarios y conclusiones: En pacientes pluripatológicos con una reducida actividad física y una infección severa del material de implante, esta técnica, parece ser una posibilidad terapéutica menos agresiva y limitante que la artrodesis. Existe en la literatura casos publicados en los que no se reimplantan prótesis de revisión. El implante de cemento es el definitivo.

CC-862. RUPTURA BILATERAL DE TENDÓN ROTULIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Romero Campuzano, S. Gozzi Vallejo, J. Martínez de Morentín Garraza, I. Orradre Burusco, E. Noain Sanz y F.J. Artázcoz Iribarren

Hospital García Orcoyen. Navarra.

Introducción y objetivos: La ruptura bilateral del tendón rotuliano es una entidad poco frecuente, habiendo pocos casos reportados en la literatura. La mayoría de estos casos se asocian a enfermedades sistémicas o tratamiento prolongado con corticosteroides. Los casos más raros son aquellos en los que los pacientes no se asocian dichas entidades y no tienen factores predisponentes. Presentamos el caso de uno de ellos así como el tratamiento llevado a cabo

Material y método: Varón de 38 años que presenta dolor e impotencia funcional en ambas rodillas, refiere caída casual jugando a fútbol. Exploración: inflamación con posición anormalmente alta de ambas rótulas con palpación de discontinuidad a nivel de ambos tendones rotulianos. No heridas. Como antecedentes presenta el consumo de cocaína hasta hace 10 años, actualmente no consumo de tóxicos ni de otros medicamentos. No enfermedades de interés En el estudio radiológico se apreció, únicamente, la posición alta de ambas rótulas. El tratamiento quirúrgico consistió en el reanclaje del cabo proximal del tendón a la rótula mediante dos anclajes tipo Arthrex, junto con la colocación de un cerclaje de descarga transcuadricepsal y transtibial. El paciente fue inmovilizado con férulas articuladas, bloqueadas a 30° de flexión y en descarga.

Resultados: Se retiró la inmovilización a las seis semanas. A los 3 meses presentaba un balance articular normal, sin dolor y sin alteración en la marcha. En las radiografías se apreció una rotura del alambre del cerclaje, estando pendiente de retirada del mismo.

Comentarios y conclusiones: La ruptura del tendón rotuliano se produce cuando hay una contracción enérgica del cuádriceps con la rodilla en flexión, siendo muy raro la ruptura bilateral en tendón sano. Las opciones de tratamiento son técnicas de re inserción junto con técnicas de refuerzo, en este caso se utilizó un cerclaje de descarga.

CC-863. OSTEOTOMÍA DE DELEE EN PSEUDOARTROSIS DE FÉMUR DISTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Serrano Pastor, J.H. Maraví Poma y A. Camprodón Alberca

Hospital Universitario Son Espases. Baleares.

Introducción y objetivos: La patela infera o baja es una posible consecuencia por iatrogenia (mala corrección de los ejes, inmovilización prolongada de la rodilla en extensión...) en casos de fractura de tercio distal de fémur. Nuestro objetivo es explicar la morfología y biomecánica de la osteotomía de DeLee como posible tratamiento de la patela baja.

Material y método: Nuestro paciente es un varón de 55 años que sufrió un accidente de tráfico provocándole una fractura abierta grado II tipo 33A3 (fémur derecho). Se le realizaron 2 intervenciones: la primera fue una RAFI con una placa de bajo perfil resultando en pseudoartrosis y patela infera. En la 2ª se le realizó osteosíntesis con DCS, acabando en rotura del material y pseudoartrosis. En la 3ª (última cirugía) se realizó osteosíntesis con dos placas y se solucionó el problema de la patela baja gracias a una osteotomía de DeLee.

Resultados: En la última cirugía se solucionó tanto el problema de los ejes mecánicos incorrectos como el problema de la patela baja (que se consiguió elevar 3 cm). Se observa también una clara mejoría tanto clínica como radiológica.

Comentarios y conclusiones: Creemos que la osteotomía de DeLee es una solución útil para el problema de patela infera, contribuyendo a la restitución integral de la función de la rodilla. Para conseguir unos buenos resultados es indispensable una metódica y completa planificación preoperatoria.

CC-864. PTR EN PACIENTE CON GOTA TOFÁCEA CRÓNICA Y LESIONES DE TAMAÑO ABERRANTE

R. de los Santos de la Cruz, H. Mínguez Pérez, G. Muñoz Sánchez, P. Zuil Acosta, J.V. Peralta Molero, A. Simón Carrascal, C. Fernández Valencia Kettunen y B. Ruiz Nieto

Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: Gota: enfermedad sistémica por acumulación de cristales de urato sódico. Más frecuente en varones (9:1). Incidencia aumentada con la edad (aproximadamente 8,4 cada 1.000 individuos). Niveles séricos de ácido úrico normales o aumentados (> 8 mg/dl).

Material y método: Paciente varón de 64 años que acude a consultas de Traumatología derivado de Reumatología por gonalgia de años de evolución. AP: gota tofácea de años de evolución sin control por Reumatología. Consumidor activo de cocaína a diario, bebedor y fumador EA: el paciente refiere desde hace 5 meses empeoramiento del dolor y limitación en su rodilla. EF rodilla derecha: tumefacción moderada sin eritema ni aumento de temperatura. -Deformidad marcada con valgo de unos 15° y recurvatum de 10°. Limitación a la flexión a 30°. Inestabilidad varo-valgo ++ con cajón anterior +++ y posterior ++. Rx: patrón articular gravemente desestructurado con alteración marcada del eje biomecánico a causa de la subluxación articular y destrucción ósea hasta metáfisis femoral y tibial con afectación de TTA. Formación masiva de hueso periarticular. Ausencia de elementos estabilizadores en la rodilla.

Resultados: Se decide intervención colocando PTR tipo bisagra rotacional. Gran afectación ligamentosa y déficit importante de stock óseo. En el postoperatorio inmediato presenta sangrado importante de la herida. Rodilla edematosa y estable a la exploración. Rx post-qx satisfactorias con corrección del eje biomecánico. Alta domiciliaria a las dos semanas de la intervención. Tras 3 meses de la cirugía el paciente presenta una rodilla estable con un BA de 0°-140°. No dolor. A los 6 meses paciente sin cambios requiriendo tratamiento con Morfina de forma ocasional por sus dolores generalizados.

Comentarios y conclusiones: Paciente con artropatía tofácea muy evolucionada y gran destrucción articular en rodilla D con gran dolor e inestabilidad multidireccional. El diagnóstico diferencial de artropatía tofácea se plantea con la artropatía de Charcot con hallazgos clínico-radiológicos muy similares. Al indicar la prototización de rodilla debemos planificar minuciosamente la intervención a causa de la pérdida de stock óseo y partes blandas.

CC-865. OSTEOTOMÍA CORRECTORA EN ENFERMEDAD DE PAGET POLIOSTÓTICA

S. Lirola Palmero, L. Perelló Moreno, A. Far Riera, C. de la Calle Martínez, X. Martí Cabré y J.A. Toribio Pons

Hospital Son Llàtzer. Baleares.

Introducción y objetivos: Las deformidades severas causadas por la enfermedad de Paget son frecuentes. Una mala alineación de la extremidad puede conducir a un dolor intratable, a sobrecarga mecánica de articulaciones vecinas, a limitación de la movilidad y funcionalidad y aparición de deformidades evidentes. El resultado de las osteotomías correctoras en huesos largos derivadas de la enfermedad de Paget se mantiene en gran parte desconocido.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 61 años que consulta por gonalgia izq. de predominio en compartimiento interno asociado a deformidad aparente en tibia. Tras realizar estudios complementarios el paciente es diagnosticado de enfermedad de Paget poliostótica con deformidad en tibia vara y antecurvatum, varo de rodilla de 18° y torsión externa de tibia de 33°. El plan terapéutico en este tipo de deformidad consistió en realizar una doble osteotomía tibial y enclavado endomedular en un primer tiempo quirúrgico para la corrección de la deformidad, previa a la realización de una artro-

plastia total de rodilla debido a la larga evolución del proceso artrósico. El paciente actualmente se encuentra asintomático y sin limitación alguna.

Resultados: Parvizi et al. presentan una serie de 25 casos de enfermedad de Paget tratadas con osteotomías correctoras analizando la recuperación y evolución de éstas teniendo en cuenta su indicación quirúrgica según localización, dolor y alteración de funcionalidad.

Comentarios y conclusiones: El dolor en la enfermedad de Paget es multifactorial (degenerativo articular, fracturas de stress, malignización...). La osteotomía proporciona una corrección satisfactoria de la deformidad, alivio importante del dolor y de la funcionalidad, aunque el proceso artrósico en estos pacientes ya se encuentre establecido de forma evolucionada. La osteotomía correctora queda determinada como recomendación previa a la artroplastia en deformidades graves debido a la limitación que supone para el uso de guías de corte y para la corrección de ejes mecánicos lo que condiciona un aflojamiento precoz.

CC-866. RECONSTRUCCIÓN DE INESTABILIDAD ROTATORIA ANTEROMEDIAL DE RODILLA MEDIANTE AUTOINJERTO DE SEMITENDINOSO CON MANTENIMIENTO DE INSERCIÓN DISTAL

S. Bartolomé García, P. de la Cuadra Virgili, J. Jiménez Cristóbal, P.J. Torrijos Garrido, M. Zurrón Lobato, T. Beteta Robles, A. Ortega Brione y A. Guijarro Valtueña

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: La inestabilidad rotatoria anteromedial de rodilla se define por la subluxación anteromedial de la meseta tibial interna con respecto al cóndilo femoral medial. Este patrón lesional implica la rotura del ligamento capsular medial, ligamento lateral interno (LLI), ligamento oblicuo posterior y LCA. La tendencia bibliográfica actual recomienda plantear un tratamiento conservador del LLI y una reconstrucción diferida del LCA, pero en los casos con una marcada inestabilidad en valgo de la rodilla, se hace necesario asociar un gesto quirúrgico sobre el compartimento medial.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 46 años de edad que acude a nuestras consultas refiriendo traumatismo indirecto sobre rodilla derecha de 5 meses de evolución tras introducción del miembro inferior en una cerca. La paciente ha sido tratada de manera conservadora por su médico de atención primaria, y en el momento inicial refiere episodios frecuentes de inestabilidad a la deambulación, con clínica de derrames de repetición. En la exploración inicial destaca la presencia de atrofia cuadricepsital leve, así como una prueba de tensión en valgo patológica tanto a 0° como a 30°, con bostezo articular medial mayor de 1 cm, lo que correspondería con un grado III. Presenta asimismo unas pruebas de cajón anterior y Lachman patológicas. Tras realización de tratamiento rehabilitador, y ante la persistencia de la clínica de inestabilidad, se decide intervención quirúrgica. En el acto quirúrgico se objetiva una llamativa apertura del compartimento interno bajo visión artroscópica. Se realiza en un primer momento reconstrucción de LCA mediante aloinjerto H-T-H con orientación anatómica femoral empleando un portal accesorio anteromedial, y con fijación de la plastia con tornillos interferenciales reabsorbibles. Tras este primer tiempo, se objetiva cierre del compartimento interno, pero persiste inestabilidad en la maniobra de valgo forzado de unos 3 mm, por lo que se decide reconstrucción del LLI. Se realiza tenotomía del semitendinoso, manteniendo su inserción distal. Tras comprobación de punto de isometría a nivel de epicóndilo femoral medial, se fija la plastia bifascicular a nivel femoral mediante tornillo de interposición, con la rodilla flexionada en 30°, y tras voltear el hemitendón libre, se fija en la tibia en una posición posterior respecto a su origen en la pata de ganso, coincidiendo con la inserción del ligamento oblicuo posterior nativo.

Resultados: En el postoperatorio inmediato, se inmovilizó a la paciente con una ortesis en extensión durante la primera semana, con carga

parcial protegida con muletas. Hasta cumplir dos meses de la intervención, se mantuvo la restricción parcial en el apoyo, con ortesis articulada y ganancia progresiva del rango de flexión. El inicio de la carrera se permitió a partir del cuarto mes. En la actualidad, un año después de la lesión, la paciente se ha reincorporado a sus actividades habituales sin presencia de nuevos episodios de inestabilidad, con un rango de movilidad 0°-120°, y estabilidad a las maniobras de valgo forzado.

Comentarios y conclusiones: La persistencia de una inestabilidad medial clínicamente inaceptable es un indicador para la realización de una técnica reconstructiva. Su asociación junto a lesión de otros ligamentos, como el LCA en este caso, puede ser la causa de una mala evolución con tratamiento conservador. La realización de una plastia autóloga con semitendinoso para la reconstrucción del LLI manteniendo la inserción distal de la misma es una técnica apropiada en este tipo de pacientes.

CC-867. ¡DOCTOR, NO PUEDO EXTENDER LAS PIERNAS!

S. Aldabas Soriano, M.E. Monge Vázquez, A. Aguilar Ezquerro, B. García Martínez, M. Sanagustín Silano, J. Badiola Vargas, J. Camacho Chacón y M. Lillo Adán

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La rotura del tendón cuadricipital atraumática es poco frecuente, siendo todavía menor los casos bilaterales. Comúnmente se asocia a enfermedades metabólicas crónicas como el hiperparatiroidismo secundario a insuficiencia renal crónica, enfermedades inmunológicas o tratamiento con corticoides.

Material y método: Se trata de dos varones de 76 y 79 años con antecedentes ambos de enfermedad obstructiva crónica con tratamiento habitual con corticoides y en reagudizaciones quinolonas. Acuden a urgencias por presentar impotencia funcional para la extensión de ambas rodillas. A la exploración presentan signo del hachazo suprapatelar, radiográficamente se observa un descenso y báscula de la rótula, confirmando la rotura bilateral mediante ecografía. Son intervenidos quirúrgicamente realizándose en el paciente de 76 años reinserción tendinosa con cuatro puntos de sutura irreabsorbible a través de tres túneles transóseos, y en el paciente de 79 años mediante anclajes en el polo superior de la rótula, y colocación de férula posterior cruropédica.

Resultados: A las cuatro semanas se inicia la rehabilitación pasiva y asistida, a las seis semanas comienzan a realizar ejercicios activos. Consiguiendo a los cinco meses un rango de movilidad bilateral de extensión completa y flexión de 100° y 110° respectivamente, salvo en el paciente de 79 años que a los tres meses sufre re-rotura de tendón cuadricipital izquierdo que se trata quirúrgicamente con puntos transóseos siendo la recuperación funcional más lenta.

Comentarios y conclusiones: En el diagnóstico de la rotura del tendón cuadricipital es fundamental la clínica de impotencia funcional y la exploración. El tratamiento de elección es quirúrgico para conseguir un buen resultado funcional pero éste también se ve favorecido por el tratamiento rehabilitador ya que es frecuente que el paciente sufra atrofia de la musculatura cuadricipital.

CC-868. INESTABILIDAD TIBIOPERONEA PROXIMAL EN NIÑA DE 2 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Pascual del Hoyo, J.R. García Sorando, C.S. Herrera, M. Gil de Rozas López, R. Alfaro Molero, C. López Orosa, P. Benavente Rodríguez y M. Coco Velilla

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: La inestabilidad de la articulación tibio-peronea proximal (ATPP) es una entidad rara, frecuentemente asocia-

da a luxaciones traumáticas de esta articulación (atletas que sufren torsión de la rodilla flexionada) aunque existen factores predisponentes (hiperlaxitud ligamentosa, distrofias musculares, Ehlers-Danlos) que pueden dar lugar a inestabilidades idiopáticas. La luxación ATPP se clasifica en varios tipos según Ogden: Tipo I - Subluxación (18%). Tipo II - Luxación anterolateral (más frecuente, 69%). Tipo III - Luxación posteromedial (4%). Tipo IV - Luxación superior (7%). Tipo V - Luxación inferior (2%). Cursa con dolor en zona lateral de la rodilla que aumenta con la presión de la cabeza del peroné y los movimientos de tobillo. La parálisis del nervio peroneo puede observarse ocasionalmente en pacientes con una inestabilidad crónica de esta articulación. Con la rodilla flexionada 90°, sujetando la cabeza del peroné entre el índice y el pulgar, se aprecia inestabilidad de la articulación asociado o no a un "click". Radiografías comparativas suelen ser suficientes para confirmar el diagnóstico.

Material y método: Paciente, niña de 2 años cuya madre refiere "click" en peroné proximal izquierdo al movilizar la rodilla desde hace 10 días (cuando se enganchó la pierna entre los barrotes de la cuna). No dolor ni otra sintomatología. A la exploración física presenta marcha normal, sin cojera. Movilidad de rodillas simétrica sin limitación ni dolor. Se palpa y escucha "click" en peroné proximal izquierdo, con inestabilidad en ATPP con flexión de rodilla a 90°, siendo estable en extensión. Nervio peroneo funcional.

Resultados: Se realiza radiografía anteroposterior y lateral de rodilla apreciándose luxación posteromedial de cabeza de peroné. Se inmoviliza con una férula inguinopédica durante 2 semanas. Al retirarla en consulta, la paciente continúa asintomática y sin alteraciones neurológicas por lo que se decide mantener vigilancia sin inmovilización con revisiones periódicas sin observar progresión de la patología.

Comentarios y conclusiones: La inestabilidad de la ATPP es una rara entidad que no precisa tratamiento si es asintomática. En los demás casos, el tratamiento puede ser conservador (fisioterapia, inmovilización con yeso/férula) o quirúrgico si fracasa lo anterior. Las opciones quirúrgicas son variadas y controvertidas y no se recomiendan en niños.

CC-869. REPARACIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN EDAD INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Pascual del Hoyo, M. Gil de Rozas López, S. Pastor García, C. López Orosa, P. Benavente Rodríguez, M. Coco Velilla, A. Orois Codesal y C. Salvador Herrera

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: La cirugía de sustitución del ligamento cruzado anterior (LCA) en pacientes esqueléticamente inmaduros supone un desafío para el cirujano por el riesgo de producir una lesión iatrogénica del cartilago fisario. Para minimizar este riesgo, se han descrito técnicas extraarticulares y procedimientos intraarticulares (transepifisario, transfisario parcial y transfisario total). La técnica quirúrgica descrita por Anderson (transepifisaria) respeta ambas fisis (tibial y femoral) utilizando autoinjerto cuádruple del recto interno y semitendinoso.

Material y método: Adolescente de 15 años que sufre traumatismo deportivo (baloncesto) en rodilla derecha con posterior inflamación y clínica de inestabilidad. A la exploración física presenta cajón anterior y Lachmann claramente positivos. Resto de la exploración normal. Se le realiza radiografía y resonancia magnética de la rodilla derecha que confirma la rotura del LCA y estado activo de las fisis. Dada la edad, la sintomatología y que practica deporte de alta competición, se realiza ligamentoplastia según la técnica de Anderson.

Resultados: Actualmente se encuentra asintomático y ha retornado a la actividad deportiva de alto nivel como venía realizando antes de lesionarse.

Comentarios y conclusiones: Una lesión de LCA en un niño o adolescente es un factor de riesgo importante para el desarrollo de artrosis

precoz, por lo que restaurar la función del LCA es incluso más importante que en adultos. El manejo tradicional de estas lesiones ha sido conservador debido al riesgo de lesión de la fisis y desarrollo de alteraciones del crecimiento. Sin embargo, la bibliografía actual demuestra que la reconstrucción precoz, permite restaurar la estabilidad articular, retornar al nivel previo de actividad deportiva, disminuir el riesgo de lesiones meniscales secundarias y patología intraarticular degenerativa, con un riesgo mínimo de daño del cartílago de crecimiento con la técnica adecuada. El cirujano debe estar familiarizado con las técnicas quirúrgicas y los riesgos y beneficios asociadas a cada una de ellas.

CC-870. DISCREPANCIA ENTRE LO PLANIFICADO Y LO EVALUADO EN EL PLANO SAGITAL. ¿HASTA QUÉ PUNTO IMPORTA?

V.J. León Muñoz, A.J. Lisón Almagro, J.M. González Garro y M. López López

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Murcia.

Introducción y objetivos: El objetivo primario del estudio ha consistido en evaluar los casos fuera de los rangos aceptados como adecuados en la alineación sagital postoperatoria del implante, tras emplear bloques de corte personalizados como instrumental.

Material y método: Se han determinado los valores angulares estandarizados para la evaluación del resultado radiográfico de forma pre y postoperatoria de 80 ATR. Las determinaciones radiográficas de la pendiente se han realizado en controles radiográficos estándar de la rodilla en proyección lateral estricta, empleándose para la determinación el eje anatómico tibial sagital proximal de Dejour. Las determinaciones radiográficas del ángulo lateral de los cóndilos (ángulo de perfil del componente femoral) se han realizado en controles radiográficos estándar de la rodilla en proyección lateral estricta, empleándose para la determinación la tangente a la cortical posterior distal femoral como aproximación del eje anatómico femoral en el plano sagital. 68 pacientes (cirugía bilateral en un tiempo en 12 pacientes, 6 de cada sexo). 80,9% mujeres y 19,1% hombres. 50% respecto a lateralidad. Edad media: 71,22 $\pm$ 6,45 años. Índice de masa corporal: 31,31 $\pm$ 4,19 Kg/m². Se ha extrapolado metodología de calidad asistencial para el análisis de las causas que condicionan los casos fuera de rango, elaborándose un diagrama de causa y efecto (Ishikawa) y diferenciándose causas inmodificables, causas con repercusión conocida y causas de repercusión hipotética.

Resultados: Análisis de la pendiente tibial posterior (valores expresados como media y desviación estándar): determinación radiográfica preoperatoria 81,35° (8,65°) $\pm$ 2,96°; determinación por tomografía computarizada (TC) preoperatoria 81,19° (8,81°) $\pm$ 3,44°; pendiente establecida durante la intervención 86,74° (3,26°) $\pm$ 0,67° (en 69 casos se optó por una pendiente de 87° [3°], en un caso por 86° [4°] y en 10 casos por una pendiente de 85° [5°]); pendiente determinada postoperatoriamente en controles radiográficos 86,51° (3,49°) $\pm$ 3,21°. Las determinaciones preoperatorias objetivan una discrepancia = 2° entre las mediciones radiográficas y las obtenidas de los modelos virtuales en 3D tras reconstrucción por TC en 34 casos (42,5%), con un valor medio de discrepancia de 2° $\pm$ 1,86°. No obstante, no hemos obtenido diferencia estadísticamente significativa con la prueba t para variables independientes. Tampoco hemos obtenido diferencias al analizar las determinaciones preoperatorias de los casos que postoperatoriamente se han considerado dentro o fuera del rango de pendiente planificada $\pm$ 2°. Pese a la elevada tasa de incumplimiento de discrepancia entre la pendiente planificada y obtenida = 2° (60%, con un valor medio de 2,43° $\pm$ 2,12°; discrepancia en casos dentro de rango 0,47° $\pm$ 0,51° y fuera de rango 3,8° $\pm$ 1,75°), no ha existido diferencia estadísticamente significativa al contrastar los valores esperados (planificados) y los obtenidos (medidos). Análisis del ángulo de perfil del componente femoral (valores expresados

como media y desviación estándar): ángulo planificado 87,78° $\pm$ 1,23°; ángulo obtenido 86,44° $\pm$ 3,1°. Al determinar como valor de adecuación del ángulo de perfil del componente femoral $\pm$ 2° respecto al planificado hemos observado un 62,5% de incumplimiento con un valor medio de 2,57° $\pm$ 2,21° (en los casos dentro de rango 0,57° $\pm$ 0,5° y en los casos fuera de rango 3,66° $\pm$ 1,79°). Hemos obtenido una diferencia estadísticamente significativa (p 0,000) al contrastar los valores planificados frente a los obtenidos (medidos postoperatoriamente).

Comentarios y conclusiones: La adecuación o inadecuación de los valores angulares en el plano sagital debe interpretarse con cautela ya que las determinaciones radiográficas postoperatorias son imprecisas, no reflejando exactamente los parámetros angulares planificados. Para determinar la pendiente tibial posterior, empleamos en los controles.

CC-871. PRÓTESIS DE RODILLA DE TANTALIO. RESULTADOS DE UN ESTUDIO COMPARATIVO CON OTROS MODELOS Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

A. Cienfuegos López, F. Ortiz Carrellán, F. Jiménez Gómez y M.I. Holgado Álvarez

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Ante la aparición de nuevos materiales en la ingeniería protésica, nos planteamos comparar la utilización de una prótesis de tantalio sin cementación del componente tibial y otros dos modelos si cementados, valorando resultados clínicos y radiográficos así como valoración subjetiva del paciente.

Material y método: Se realizan 39 cirugías por el mismo equipo de cirujanos empleando aleatoriamente los 3 modelos; un total de 13 pacientes con el modelo NEXGEN (tantalio), 13 con PFC SIGMA y 13 con AGC cementadas. En todas las prótesis se realizó espongiolización rotuliana sin protetizarla. En ninguno de las cirugías hubo incidencias reseñables. Durante el postoperatorio inmediato a todos los pacientes inician los ejercicios isométricos y movilizaciones a las 24-48h y se les prescribe andador para deambular desde el tercer día. Sólo una paciente (AGC) presentó una infección superficial que se resolvió con antibioterapia. De media estuvieron ingresadas 5,8 días.

Resultados: Se realizaron revisiones al mes, 4 meses y al año; sin evidenciarse diferencias en cuanto a movilidad/balance articular, dolor ni valoración subjetiva del paciente (escala WOMAC). A los 5 años sólo una (AGC) de las 39 prótesis requirió una cirugía de revisión debido a una rigidez que no resolvió con movilizaciones bajo anestesia. Una de los pacientes con la prótesis de tantalio (NEXGEN) presentó una fractura de tibia y peroné suprasindesmal sin movilización del componente y resuelta satisfactoriamente.

Comentarios y conclusiones: Ante los resultados similares a corto plazo de los implantes de tantalio en comparación con los cementados, queda por ver si a largo plazo la integración del componente disminuye el número de cirugías de revisión. Está pendiente en la bibliografía realizar estudios comparativos con un número adecuado de pacientes y seguimiento a largo plazo para valorar resultados de las prótesis de tantalio.

CC-872. INESTABILIDAD INTERNA RESIDUAL DE RODILLA TRAS PLASTIA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

A. Espejo Reina, A.L. Reyes Martín, C. Quintero López, J.M. Serrano Fernández, B. Martín Castilla y A. Espejo Baena

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Introducción y objetivos: La reconstrucción de los ligamentos de la rodilla es una práctica muy extendida en los últimos años entre los cirujanos ortopédicos. Sin embargo la cirugía del ligamento lateral

interno (LLI) es muy poco frecuente porque es conocida su capacidad de cicatrización con tratamiento conservador. No obstante la mala evolución de una lesión del LLI puede comprometer el resultado de una cirugía de los ligamentos cruzados (LC). El objetivo de este trabajo es presentar un caso de inestabilidad anterointerna de rodilla en la que inicialmente la lesión del LLI fue tratada conservadoramente precisando reconstrucción posterior.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente de 25 años de edad, varón que acude a urgencias tras traumatismo deportivo en cara externa de rodilla 5 días antes. Fue diagnosticado de rotura del LCA, y del LLI, procediéndose a inmovilización, posterior rehabilitación y, cuando se consiguió movilidad completa y buena fuerza muscular, se procedió a ligamentoplastia del LCA con tendones isquiotibiales. A los dos años de la intervención el paciente refería continuar con sensación de inestabilidad. En la exploración clínica se aprecia ligera laxitud interna con buena estabilidad anterior, y en RM se aprecia buen estado de la plastia del LCA y elongación del LLI, procediéndose a plastia del LLI con tendón semitendinoso de banco.

Resultados: A los 13 meses de la intervención el paciente refiere encontrarse bien, pudiendo realizar vida normal, incluyendo deporte (fútbol aficionado). En la exploración clínica presenta movilidad completa, buena fuerza muscular, no laxitud anterior ni medial. En RM se aprecia buen estado de ambas plastias.

Comentarios y conclusiones: Aunque habitualmente el tratamiento conservador de las lesiones de LLI ofrece buenos resultados, no siempre es así, y no deben ser menospreciadas una laxitud residual aunque esta sea discreta, especialmente cuando están asociadas a lesiones de otros ligamentos como LCA, ya que puede comprometer el resultado de la cirugía del mismo. Como en este caso, puede obtenerse un buen resultado tras la plastia de LLI con tendón semitendinoso de banco.

CC-873. SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA. UN HALLAZGO CASUAL

A.I. Leal Robles, A. Falcón Sánchez, Z. González Fernández, J. Cabrera Rosendo, A. Carrascosa Cerquero y J.B. Bertón Belizón

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Introducción y objetivos: La sinovitis villonodular pigmentada es un proceso inflamatorio y proliferativo, que afecta a articulaciones, vainas tendinosas y bursas, con mayor frecuencia de rodilla y dedos de las manos. Habitualmente es monoarticular y raramente metastatiza, pero puede invadir localmente el hueso. Su comienzo suele ser insidioso, con inflamación, rigidez, molestias, bloqueos e inestabilidad de la rodilla. Sin antecedentes de traumatismos y sin coherencia con el grado de molestias. El resultado de todas las pruebas radiológicas dependerá de la cantidad de hemosiderina, lípidos, celularidad y fibrosis. Su tratamiento es quirúrgico y requiere una sinovectomía total, debido a la alta tasa de recurrencias.

Material y método: Se presenta un caso clínico de un varón de 48 años de edad que ingresa de forma programada para la extracción de material de osteosíntesis de su rodilla izquierda. El paciente sufrió una fractura de tercio distal de tibia y peroné en 1989 que fue tratada mediante enclavado intramedular con tallos Hackettal. En abril de 2011 el paciente acude a consulta por dolor e inflamación ocasional de rodilla izquierda, que limitan la flexo-extensión de la misma, de año y medio de evolución. En la radiografía anteroposterior se aprecian signos de consolidación ósea y tallos Hackettal introducidos desde tibia proximal, apreciándose la protrusión de uno ellos. Se decide incluir al paciente en lista de espera quirúrgica para la extracción del material de osteosíntesis y se le explica la dificultad que entraña la extracción del mismo, debido a que se encuentra muy integrado en el hueso, siendo en ocasiones imposible retirar el

material. En abril de 2012 mediante abordaje anterior de la rodilla se procede a la extracción de los tallos Hackettals, durante la intervención y debido a las dificultades técnicas que se presentan, se procede a la ampliación de la incisión para encastrarlos en tibia. Durante este acto se visualiza macroscópicamente, de forma casual, una pigmentación de aspecto marróncea de la sinovial, compatible con sinovitis villonodular pigmentada con afectación difusa e infiltración de tejido muscular. Se toman muestras intraoperatorias y se remiten a Anatomía Patológica, para caracterización de la lesión. Finalmente se realiza sinovectomía anterior masiva y se inicia rehabilitación precoz.

Resultados: El informe de Anatomía Patológica confirma el diagnóstico inicial de sospecha: sinovitis villonodular pigmentada. Se decide completar la sinovectomía.

Comentarios y conclusiones: La presentación insidiosa de esta enfermedad dificulta su diagnóstico, no existiendo correlación entre la sinomatología, el tamaño de la lesión y el grado de infiltración. En este paciente no se apreciaron erosiones óseas en las radiografías, y la clínica fue compatible con la protrusión del material de osteosíntesis, por lo que su hallazgo fue casual.

CC-874. AYUDA DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA EN LA PLANIFICACIÓN DE LA ARTROPLASTIA DE REVISIÓN DE RODILLA

A. Castillo Palacios, E. Corella Abenia, L. Ezquerro Herrando, N. Blanco Rubio, A. del Bosque Herrero, J. Palacio Barrabés, B.B. Seral García y J. Albareda Albareda

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: La artroplastia de rodilla es una cirugía cada vez más común en nuestra sociedad con un crecimiento exponencial en las últimas dos décadas. Esto ha desencadenado el aumento de la cirugía de revisión de la misma en nuestros días. La correcta planificación preoperatoria es la clave del éxito para cualquier cirugía. La tomografía axial computarizada (TAC) no está adoptada como un proceso protocolizado en esta planificación, pero mediante unos ejemplos queremos demostrar su gran utilidad a la hora de catalogar de manera más eficaz los defectos osteolíticos que definen la elección correcta del implante posterior y la posible necesidad de suplementos.

Material y método: En nuestro centro se realiza de forma rutinaria una TAC a los pacientes candidatos a una cirugía de revisión de rodilla. Se procede a revisar los casos de artroplastia de revisión de septiembre de 2011 a septiembre de 2012 para obtener una serie de casos en los cuales se objective ante las pruebas de imagen obtenidas la gran utilidad de la TAC en el proceso y la ayuda que supone a la hora de realizar el acto quirúrgico en sí al favorecer la planificación correcta. Se realizará una comparación entre las proyecciones de radiología simple antero-posterior y lateral y los cortes habituales de la TAC. La clasificación usada para los defectos es la Anderson Orthopaedic Research Institute Classification, la más común en la bibliografía actual.

Resultados: En los casos revisados se observa una discordancia entre la gravedad de los defectos observados en la radiografía simple y la de los mismos en la TAC, siendo superior en este segundo caso.

Comentarios y conclusiones: Pese a no estar incluidas en las guías de planificación de artroplastia de revisión de rodilla, estos casos nos demuestran la utilidad del TAC en la misma. Aunque se produzcan alteraciones en la imagen producidas por la prótesis primaria, nos hacen ver de mejor manera la extensión del defecto y la afectación de ambos cóndilos femorales o mesetas tibiales, lo cual nos ayudará a la hora de preparar de manera óptima el arsenal terapéutico de implantes y suplementos que tendremos en la mesa de instrumentación a la hora de la cirugía.

CC-875. FRACTURA DE MESETA TIBIAL TIPO "SCHATZKER IV" INVERTIDO CON AVULSIÓN DEL TENDÓN ROTULIANO. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

X. Plano Jerez, E. Palau Sanz, J. Minguell Monyart, E. Castellet Feliu, J. Nardi Vilardaga y E. Cáceres Palou

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso excepcional de fractura-luxación de meseta tibial externa con luxación medial asociada a una avulsión del tendón rotuliano, sin afectación de los ligamentos cruzados.

Material y método: Varón de 30 años sufrió un accidente de motocicleta realizando un mecanismo de compresión directa en valgo-flexión de rodilla derecha, en el contexto de un paciente politraumático. El estudio radiológico mostró la presencia de una fractura-luxación de la meseta tibial, con un patrón de fractura poco convencional. Se procedió en un primer tiempo, reducción y fijación externa de las fracturas de los miembros inferiores. Debido a la naturaleza del mecanismo lesional, se solicitó estudio de imagen articular mediante TC. Se intervino quirúrgicamente mediante abordaje anterolateral. Se evidenció una avulsión distal del tendón rotuliano con fragmento óseo anterior que incluía la TTA. Se realizó una síntesis mediante el uso de tornillos HCS subcondrales a compresión con placa neutralización anterolateral. Síntesis del fragmento óseo anterior mediante tornillo canulado en dirección anteroposterior. Se asoció sutura meniscal externa periférica.

Resultados: Estabilidad en valgo a 30° de flexión evidenciaba una inestabilidad medial grado II. En el postoperatorio se inmovilizó con ortesis para inestabilidades mediolaterales bloqueada en extensión, y se mantuvo en descarga durante 6 semanas.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de meseta tibial con un patrón radiológico tipo Schatzker IV invertido no se describen en la literatura. La peculiaridad del caso, es el patrón radiológico de fractura, que conlleva que ninguna de las clasificaciones propuestas en la literatura pueda clasificarla. Se debe conservar o reparar el menisco externo, cuerno anterior, por el papel que desarrolla en la transmisión y distribución del peso. La incidencia de lesión concomitante en las fracturas-luxaciones es de un 60%, siendo el LLI el más frecuentemente afectado.

CC-876. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO TRAUMÁTICO CÓNDILO-FEMORAL MEDIANTE ALOINJERTO DE CADÁVER

E. Casado Sanz, P. Díaz Freire, R. Gonzalo Plou, S. Bello Prats y G. Arroyo Salcedo

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos: El uso de aloinjertos osteoarticulares es una técnica ampliamente utilizada para la reconstrucción de la superficie articular tras la resección de tumores alrededor de la rodilla. Para defectos amplios postraumáticos, técnicas como los injertos autólogos vascularizados o el transporte óseo han sido más utilizadas, pero pérdidas óseas que afectan a la superficie articular limita la utilización de éstos.

Material y método: Presentamos un caso de utilización de aloinjerto de fémur distal en un paciente politraumatizado con un gran defecto en el cóndilo femoral interno.

Resultados: Varón de 28 años sin antecedentes de interés, que sufre accidente de moto con fractura abierta supracondilea grado IIIA de fémur izquierdo con pérdida osteocondral del cóndilo femoral interno, fractura metafisodifisaria de tibia izquierda, fractura de peroné izquierdo bifocal y fractura de falange distal cuarto dedo mano izquierda. A su llegada al servicio de urgencias se procede a inmovilización de las fracturas del miembro inferior izquierdo mediante un fijador externo, sutura de la herida y tratamiento con antibiótico intravenoso. En el

quinto día postoperatorio se procede a osteosíntesis de la fractura de fémur mediante placa bloqueada y síntesis de la fractura de tibia mediante clavo intramedular. En el postoperatorio el paciente presenta fiebre, exudado purulento por la herida y alteración de los parámetros analíticos por lo que se procede a limpieza quirúrgica y desbridamiento en dos ocasiones. Asimismo presenta una limitación importante de la movilidad (BA 0-90°). A los 14 meses del traumatismo, se realiza una nueva intervención en la que se realiza artrolysis, liberación de adherencias y colocación de aloinjerto estructural osteocondral tallado en el defecto de cóndilo femoral interno, manteniendo la misma placa de osteosíntesis. Tras la intervención el paciente vuelve a presentar febrícula y complicaciones de la herida en forma de exudado seroso que se resuelven con curas y antibiótico intravenoso. Durante el postoperatorio se emplea máquina de movilización pasiva (Kinetec). Al alta se mantiene tratamiento antibiótico oral. A los dos meses la herida presenta buen aspecto y el paciente comienza carga parcial. A los 3 meses se aprecia consolidación del aloinjerto, los parámetros analíticos se encuentran dentro de la normalidad y se retira el tratamiento antibiótico oral y a los 5 meses el paciente camina con una muleta, sin dolor y continúa tratamiento rehabilitador.

Comentarios y conclusiones: La utilización de aloinjertos para defectos articulares postraumáticos es una técnica no muy extendida, pero que puede proporcionar buenos resultados, sobre todo en gente joven, y retrasar la implantación de una prótesis, dando buen soporte óseo si fuera necesario. Aún así, no está exento de complicaciones, siendo la más frecuente la infección, que puede llegar hasta un 41%, y empeorar los resultados. Otras complicaciones como la fractura, el colapso o la pseudoartrosis del injerto no son tan frecuentes. La artrosis que se desarrolla suele ser precoz en el cóndilo injertado, pero indolora debido a la falta de terminaciones nerviosas del injerto y no conlleva cirugías secundarias precoces.

CC-877. COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA INFRECIENTE DE ARTROPLASTIA DE RODILLA. LUXACIÓN ATRAUMÁTICA DE PTR

E. Castrillo Carrera, L. Laidler Brezmes, A. Ikutza Maya, T. Ferré Zudaire, M. Abeal López, I. Gorostiaga Mendia, M.X. Rotinen Díaz y S. Tormo Martínez

Hospital Universitario de Basurto. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una mujer de 74 años que acude a urgencias por dolor brusco en rodilla izquierda al intentar deambulación. Intervenido de PTR primaria (tipo Amplitude) 3 meses antes con recambio de polietileno por subluxación 1 mes después en clínica privada. En radiografía se observa luxación posteromedial de PTR con luxación lateral de rótula.

Material y método: En urgencias se realiza reducción abierta observando polietileno en posición inversa, desestructuración de complejo ligamentoso posteromedial y retracción de alerón externo con luxación lateral de rótula. Se consigue reducción con persistencia de luxación rotuliana. Días después es derivada de clínica privada por nueva subluxación protésica para cirugía definitiva. Se realiza recambio con prótesis modular Endo-Model® LINK® con liberación de alerón externo.

Resultados: Intraoperatoriamente se consigue buena reducción rotuliana, estable hasta 45°. Durante el ingreso se inicia rehabilitación con movimiento continuo pasivo mediante Kinetec, permitiendo una flexión máxima de 60°. Es derivada a centro de rehabilitación donde es dada de alta deambulando con muletas, accediendo a escaleras y un BA de 0-60°.

Comentarios y conclusiones: La luxación de PTR es infrecuente pero acompañada de complicaciones serias. Entre los factores predisponentes se encuentran los relacionados con la malposición de los componentes, disrupción del aparato extensor, deformidad en valgo... La reducción cerrada y el tratamiento conservador es la primera línea

terapéutica. En caso de no conseguirlo ha de realizarse una reducción abierta. La necesidad de un tratamiento quirúrgico posterior debe de ser individualizada según la causa predisponente y enfocada a su solución.

CC-878. RECONSTRUCCIÓN DE APARATO EXTENSOR CON ALOINJERTO EN PACIENTES CON ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Rojas Tomba, I. Gormaz Talavera, I. Tamimi Mariño, L. Fernández García y F. Villanueva Pareja

Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La artroplastía total de rodilla (ATR) no está exenta de riesgos existiendo complicaciones a nivel general como local. Las rupturas crónicas del aparato extensor son poco frecuentes, con una incidencia de 0,1% a 2,5%. Sin embargo, reviste una marcada gravedad por sus consecuencias a nivel funcional y la complejidad de lograr un tratamiento adecuado.

Material y método: Paciente mujer de 78 años de edad que se somete a ATR de revisión por movilización aséptica del platillo tibial que durante el acto quirúrgico se detecta la avulsión parcial de tuberosidad tibial anterior y tendón rotuliano sintetizándose con dos tornillos y arandela. Presenta una evolución posterior favorable hasta el 4º mes en que es revisada por impotencia funcional progresiva del miembro inferior izquierdo y dificultad para la deambulación en el último mes, diagnosticándose una rotura crónica del tendón rotuliano. Es reintervenida en octubre de 2011, realizándose la reparación del aparato extensor con aloinjerto fresco-congelado, según la técnica descrita por Nazarian y Booth.

Resultados: En la última revisión la paciente es capaz de mantener extensión completa a 0º, flexión hasta 85º, deambulando con ayuda de un bastón, sin dolor. Radiográficamente se observa una altura y centrado rotuliano satisfactorios, con signos de integración del injerto a la tuberosidad tibial.

Comentarios y conclusiones: Cuando la reconstrucción directa del aparato extensor no es posible por la deficiencia de tejido se ha recomendado el uso de aloinjerto de aparato extensor. En estudios recientes se enfatiza en que la aplicación de tensión en extensión completa del aloinjerto se relaciona con un mayor rango de éxitos clínicos. La buena evolución de nuestro paciente demuestra la efectividad de esta técnica y la relevancia de la aplicación de tensión en el aloinjerto.

CC-879. GONARTROSIS IZQUIERDA SOBRE SEVERO VALGO POSFRACTURA DE MESETA TIBIAL

F. Arias Martín, P. Casas Ramos, A. Alonso Recio, M. Suárez Huerta, J.A. Zabala Llerandi, O. Fernández Hernández y D. González-Arabio Sandoval

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: Las fracturas de la meseta tibial constituyen una patología relativamente frecuente, representando aproximadamente el 1% del total de las fracturas, y el 8% de las fracturas en el anciano. El tratamiento quirúrgico a cielo abierto ha ganado popularidad en aquellos casos de fracturas desplazadas, de alta energía y/o en pacientes jóvenes que requieren una restitución de la anatomía articular, seguida de una firme estabilización para permitir la movilización precoz.

Material y método: Presentamos es caso clínico de una mujer de 71 años de edad que acude a Urgencias por dolor y tumefacción en rodilla izquierda tras caída casual. AP: HTA. Embolismo pulmonar (Sintrom). Presenta fractura Schatzker II, (TAC: Fractura-estallido de la meseta tibial izquierda, con múltiples fragmentos y hundimiento de su lado externo, con importante escalón articular). Se trata con

reducción de la fractura y colocación de placa en L con 6 agujeros con tornillos de bloqueo más sustituto óseo.

Resultados: Tras sucesivas revisiones evoluciona hacia gonartrosis izquierda sobre severo valgo post-fractura de meseta tibial, por lo que se le coloca prótesis total cementada tipo Vanguard, estabilizada con vástago tibial y suplemento en meseta externa. Al alta presenta ligera inestabilidad lateral, presentando la paciente un bostezo en valgo forzado, por lo que se le coloca rodillera estabilizadora tipo MEDY.

Comentarios y conclusiones: La utilización de suplementos asociados a prótesis totales de rodilla tienen como finalidad, proporcionar mayor estabilidad articular. Su uso se enfoca a aquellos casos en los que manteniendo el eje endomedular como referencia el componente femoral o tibial queda volado debido a deficiencias óseas importantes, como ocurre en este caso por fracaso de la osteosíntesis tras una fractura.

CC-880. ARTROPLASTIA DE RODILLA EN CASOS DIFÍCILES: ENFERMEDAD DE BLOUNT

F.J. Fernández Doral, F. Trell Lesmes, M. Martínez Maside, S. Pascual del Hoyo, C. López Orosa, P. Benavente Rodríguez, M. Coco Velilla y F.J. García Lázaro

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: La artroplastía total de rodilla es una técnica reproducible pero en ocasiones muy dificultosa. Se presenta el caso de una paciente con obesidad mórbida y enfermedad de Blount bilateral, y se indican los pasos para conseguir la corrección de la deformidad y asegurar la durabilidad de los implantes.

Material y método: Blount describió en 1937 la deformidad de "tibia vara"; es una deformidad multiplanar: varo, antecurvatum y torsión tibial interna. Etiología multifactorial relacionada con obesidad. Más común en raza negra. Se debe corregir en la infancia con osteotomía de realineación tibial u osteogénesis por distracción. Presentamos el caso de una mujer de 57 años, de raza negra, afectación bilateral, obesidad mórbida, incapacitada para la deambulación.

Resultados: Se realizó artroplastía en ambas rodillas con intervalo de 1 año y con buen resultado. Acudió a la consulta en silla de ruedas con una gonartrosis bilateral grado IV de Ahlbäck. I-D: BA: 20-85 y 25-80. Competencia de LCM. Varo de 18º y 23º. Pudimos realizar las cirugías sin isquemia, salvo durante la cementación. No sufrió complicaciones. Realizó 15 sesiones de RHB en cada caso. Al año de la última cirugía no tiene dolor, camina sin soportes y sube escaleras sin alternancia. BA 5/95 bilateral. Normoeje.

Comentarios y conclusiones: En grandes deformidades de rodilla es imprescindible el uso de prótesis modulares con vástagos que aseguren la durabilidad, que permitan offset y usar suplementos para conseguir un eje de carga adecuado. Es un procedimiento difícil que precisa una amplia liberación medial y posterior. En nuestro caso usamos guía externa en tibia pero en ocasiones es preciso hacerlo también en fémur o ayudarse de la navegación. Fue suficiente la resección de osteofitos para lateralizar la rótula. Sin necesidad de plastia V-Y o Snip cuadrícipital.

CC-881. TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE ESPINA TIBIAL MEDIANTE TÉCNICA DE DOBLE TÚNEL TIBIAL ASISTIDO POR ARTROSCOPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. López Caba, A. Martínez Calzón, J.J. Correa Gámiz, C. Siles Díaz, J. Sánchez-Agosta Ortega y J.L. Martín Roldán

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: Las fracturas de espina tibiales son lesiones relativamente infrecuentes en adultos, en contrastes con los niños o adolescentes (mecanismo de acción esta en relación con movimien-

tos rotacionales con algún tipo de carga angular); siendo el agente causal traumatismos de gran energía. Suele asociarse a lesiones de hueso subcondral y otras lesiones que pueden generar inestabilidad, como lesiones del ligamento cruzado anterior o de ligamentos colaterales. En 1959, Meyers y Mckeever, propusieron una clasificación en la que se distinguían tres tipos de fracturas que más tarde Zaricznyl completo con un cuarto tipo, en la que describía la conminución de la espina, que será el caso que presentaremos a continuación. El éxito del tratamiento de las fracturas de espina tibial se consiguen mayoritariamente con tratamiento cerrado, aunque cuando el desplazamiento es importante y existen lesiones asociadas debe de realizarse cirugía. Las técnicas quirúrgicas incluyen la reducción abierta por artrotomía con tornillos, cerclaje, grapas, pines; o mediante sutura. Actualmente, la fijación interna de la fractura asistida mediante artroscopia está creciendo, mediante el uso de tornillos, agujas de Kirschner y mediante la fijación con sutura con, o sin algún tipo de soporte. La cirugía artroscópica ha propiciado una nueva forma de tratamiento, que va en aumento, pero con la existencia también de límites por la dificultad de la misma, y muchas veces, por la inestabilidad de la fijación. **Objetivo:** descripción de modificación de la técnica quirúrgica basada en el uso de la guía de broca tibial para la reconstrucción del LCA, para el tratamiento de las fracturas de espina tibial.

Material y método: Nos encontramos ante un paciente, varón, de 55 años de edad, que acude a urgencias por dolor e impotencia funcional a nivel de rodilla izquierda tras haber sufrido una caída accidental con motocicleta, golpeando el peso de la misma sobre dicha rodilla. A la exploración, el paciente presentaba dolor, impotencia funcional, tumefacción y signo de peloteo a nivel de dicha rodilla. La exploración para la estabilidad colateral era normal, y presentaba cajón anterior positivo y Lachman dificultoso a la exploración por la sintomatología. El estudio radiológico, mediante radiografías simples y TAC estableció el diagnóstico de fractura arrancamiento tipo IV de espina tibial anterior y fractura de espina tibial posterior no desplazada (tipo I). **Técnica quirúrgica:** en nuestro caso realizamos cirugía artroscópica a los 6 días del traumatismo, mediante el uso de los portales antero medial (AM) y antero lateral (AL). De esta manera, y tras la evacuación del hemartros, se comprueba la existencia de fractura arrancamiento de espina tibial anterior, la cual se encontraba desplazada y rotada, a la vez que conminuta, asociándose a la desinserción del cuerno anterior del menisco externo. Tras la limpieza y desbridamiento del fragmento articular de la espina tibial, se comprobó la correcta reducción del mismo, procediéndose al uso de un dispositivo suture Lasso 45°, para atravesar el LCA desde medial a lateral (tan próximo a la base como sea posible). A través del asa de alambre del suture Lasso se pasaron dos hilos FiberLoop del número 2, que se recuperan por el portal AL. Previamente se habían realizado dos túneles tibiales paralelos mediante la ACL Arthrex guide, mediales a la tuberosidad anterior de la tibia aproximadamente sobre 2 cm, y con separación entre ellos de 1 cm. De esta manera, las suturas fueron recuperadas por dichos túneles tibiales. La reducción anatómica se consigue mediante la tracción de la sutura y el anudamiento de los cabos en la zona anterior de la tibia.

Resultados: El paciente fue inmovilizado durante 1 mes con férula de yeso cruropédica posterior en descarga, colocándose posteriormente una ortesis de rodilla con bloqueo de la flexo-extensión y control de la inestabilidad medio lateral permitiendo progresivamente la flexión y la carga. A los 3 meses poscirugía, una vez que se había producido la consolidación Rx y debido a que el paciente presentaba una flexión de 80° con extensión completa, se realizó movilización con anestesia general, con Rehabilitación posterior, consiguiéndose un arco de movimiento de 0-120°.

Comentarios y conclusiones: La técnica que se ha descrito es relativamente sencilla en manos de un artroscopista experimentado, y permite obtener una fijación segura en el tratamiento de fragmentos conminutos en los tipos III y IV. Además, esta técnica restaura la lon-

gitud e integridad del LCA, elimina la necesidad de una segunda intervención para extracción de material y proporciona un método simple y reproducible para tratar este tipo de lesiones.

CC-882. COSTE-EFECTIVIDAD DE BEMIPARINA EN LA PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO TRAS ARTROPLASTIA DE RODILLA

F. Pérez Alcántara, M. Brosa Riestra y G. Monteagudo Ruiz

Laboratorios Farmacéuticos Rovi, S.A. Madrid.

Introducción y objetivos: El tromboembolismo venoso (TEV) es una enfermedad frecuente y grave cuya aparición puede verse favorecida por la presencia de factores de riesgo, especialmente por la cirugía ortopédica mayor de reemplazo de cadera o rodilla, donde el paciente permanece inmovilizado durante un tiempo. En España la incidencia anual del TEV es aproximadamente de 103 casos por 100.000 habitantes. Las heparinas de bajo peso molecular han demostrado un buen perfil de eficacia y tolerabilidad como tratamiento de primera línea en la profilaxis del TEV en cirugía ortopédica mayor. En una evaluación económica llevada a cabo por Honorato et al. (2004) basada en los resultados del ensayo clínico realizado por Navarro-Quilis et al. (2003) que comparó la prevención del TEV en artroplastia de rodilla con bemiparina y enoxaparina, el grupo de pacientes tratados con bemiparina resultó con un menor coste y una menor incidencia de eventos por TEV que el grupo tratado con enoxaparina. El objetivo de este análisis ha sido estimar la actual relación de coste-efectividad de bemiparina frente a enoxaparina como profilaxis del TEV en los pacientes que han sufrido un reemplazo total de rodilla.

Material y método: Se realizó un estudio coste-efectividad a partir de un árbol de decisiones basado en el estudio de Honorato et al. (2004) y considerando pacientes adultos que habían sufrido un reemplazo total de rodilla. Se comparó la profilaxis del TEV con 3.500 UI/día con bemiparina frente a 40 mg/día con enoxaparina. Los parámetros clínicos incluidos en el estudio fueron obtenidos del ensayo clínico de Navarro-Quilis et al. (2003). Los resultados fueron expresados en términos de coste-efectividad incremental (euros de 2011). Para el análisis se consideraron los costes directos asociados al tratamiento (profilaxis farmacológica, estancia hospitalaria, servicios médicos y administración) y los costes generados debidos a las complicaciones como embolia pulmonar, trombosis venosa profunda, hemorragias, hematoma en la herida y trombocitopenia. El estudio se realizó desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud con un horizonte temporal inicial de 12 días de estancia en el hospital y un posterior periodo de seguimiento de 6 semanas tras el alta del paciente.

Resultados: Los pacientes tratados con bemiparina permanecieron libres de TEV en un 98,2% de los casos, mientras que los tratados con enoxaparina lo hicieron en un 94% de los casos durante el periodo de seguimiento de 6 semanas tras el reemplazo total de rodilla. La evaluación económica realizada en este estudio mostró que el coste farmacológico del tratamiento con bemiparina es ligeramente superior al de enoxaparina (32,38€ vs 24,42€ durante la estancia hospitalaria, y 100,67€ vs 89,13€ tras el alta hospitalaria). Sin embargo, el mayor coste que suponen las complicaciones asociadas al tratamiento con enoxaparina (109€ vs 202,9€ por paciente tratado con bemiparina y enoxaparina, respectivamente, durante la estancia hospitalaria, y 0€ vs 25,55€ tras el alta hospitalaria) compensó esta diferencia. De esta manera, el tratamiento con bemiparina como profilaxis del TEV en pacientes que han sufrido un reemplazo total de rodilla supone unos ahorros de hasta 100€ por paciente en comparación con enoxaparina teniendo en cuenta los costes durante la estancia hospitalaria y tras al alta hospitalaria para el periodo de seguimiento de 6 semanas (10.473€ vs 10.572€ con bemiparina y enoxaparina, respectivamente). El análisis coste-efectividad incremental mostró a bemiparina como una opción dominante (menor coste y mayor efectividad) frente a enoxaparina.

Comentarios y conclusiones: Bemiparina es una opción coste-efectiva frente a enoxaparina en la trombopprofilaxis de pacientes tras reemplazo total de rodilla en el contexto del Sistema Nacional de Salud español.

CC-883. ROTURA EN LA ZONA CENTRAL DEL TENDÓN ROTULIANO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

I. Eraso Lara, A. Tejero Ibáñez, S. García González y J.R. Varela Egocheaga

Mutua Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La rotura de tendón rotuliano es menos frecuente que la del tendón de cuádriceps, afectando generalmente a pacientes menores de 40 años. Factores potenciales implicados en el aumento del riesgo: enfermedades inflamatorias sistémicas, trastornos metabólicos crónicos, abuso de esteroides y procesos degenerativos del tendón. La mayoría de las roturas se localizan en el polo inferior de la rótula, pero también puede hacerlo en la zona central del tendón o excepcionalmente a nivel de tuberosidad anterior de la tibia.

Material y método: Presentamos los casos de 2 pacientes que sufren rotura aguda en la zona central de tendón rotuliano. Ambos pacientes eran transportista y el mecanismo de lesión que describían era idéntico en ambos casos: caer desde la cabina de camión con una flexión forzada de rodilla y traumatismo directo sobre el tendón rotuliano. Clínicamente referían intenso dolor e impotencia funcional observándose gran edema, derrame articular e impotencia para la extensión de pierna en la exploración. En ambos casos se realizaron reparación con sutura bloqueada continua no reabsorbible (Fiberwire) nº 2. Se colocó un alambre a modo de marco alrededor de tendón rotuliano tensado con la rodilla a 90° de flexión.

Resultados: Los pacientes comenzaron rehabilitación de forma precoz, logrando al mes una flexión de 90°. Se instauró un programa de tonificación cuadricepsal. A los 2 meses se retiró el alambre. Los pacientes continuaron con un programa de rehabilitación centrado en la mejora del balance articular y mejora de la fuerza del mecanismo extensor de rodilla. La evolución fue satisfactoria y los pacientes pudieron reanudar su actividad laboral a los 4 meses.

Comentarios y conclusiones: La rotura del tendón rotuliano en zona central es una entidad rara. El diagnóstico y tratamiento temprano mejoran los resultados. El tratamiento consiste en realizar una reparación del tendón reforzada con un alambre de neutralización o una plastia tendinosa de refuerzo si no puede lograrse una reparación segura.

CC-884. LUXACIÓN ANTERIOR AISLADA DE LA CABEZA DEL PERONÉ. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.J. Sánchez Rúas, L. Gijón Moreno, G. Ocete Guzmán, C. Carrasco Carrasco, F. Aranda Romero, J.C. Gutiérrez Gómez y C. de la Cabada Orta

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La luxación anterior aislada de la cabeza del peroné es muy infrecuente. Siempre acontece en el contexto deportivo ante un mecanismo de bloqueo de la rodilla en flexión y el pie en varo. Clínicamente los pacientes presentan deformidad manifiesta a ese nivel así como dolor. Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia en un caso reciente.

Material y método: Revisión retrospectiva de la historia clínica de un paciente varón de 29 años sin antecedentes de interés. Refiere estar jugando al fútbol pisar el balón con la rodilla flexionada y propulsarla hacia adelante. Desde ese momento presenta evidente deformidad que el propio paciente señala además de dolor e impotencia funcio-

nal. En urgencias se realizó reducción cerrada satisfactoria colocando un vendaje y limitando actividad deportiva 3 semanas.

Resultados: A las 3 semanas el paciente no padece dolor ni deformidad, siendo la función completa.

Comentarios y conclusiones: La luxación anterior aislada de la cabeza del peroné es una entidad poco frecuente. El tratamiento es la reducción cerrada que habitualmente no precisa manipulación en quirófano. En la bibliografía no está descrita la afectación del nervio ciático poplíteo externo merced a su fisiopatología.

CC-885. ANÁLISIS DE COSTES DEL TRATAMIENTO CON VISCOSUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDO HIALURÓNICO ESTABILIZADO EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA CANDIDATOS A IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS

J. Mar Medina, M. Romero Jurado, A.E. Fidalgo y B. Soler López

Hospital Alto Deba. Guipúzcoa.

Introducción y objetivos: La artrosis de rodilla (AR) es una enfermedad invalidante que da lugar a una pérdida de calidad de vida de los pacientes y genera altos costes intra y extra-hospitalarios. La evolución natural es acabar en la necesidad de implantar una prótesis de rodilla (PR). Los tratamientos previos utilizados entre ellos la viscosuplementación con ácido hialurónico (AH) pueden permitir retrasar esta evolución y la necesidad de implantar una PR. El objetivo fue el análisis del impacto presupuestario para conocer el coste económico a corto, medio y largo plazo de la incorporación de la viscosuplementación al tratamiento de la AR, retrasando la necesidad de implante de una PR.

Material y método: A partir de un estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en una Consulta Monográfica de Artrosis de Rodilla en lista de espera para PR tratados con viscosuplementación (ácido hialurónico estabilizado NASHA) se construyó un modelo de simulación de eventos discretos que reprodujo la evolución de los pacientes. El modelo permitió, según se use la viscosuplementación o no, calcular el número de prótesis y recambios efectuados cada año en una población que anualmente incorpora 1.000 pacientes. Añadiendo los costes unitarios de los tratamientos aplicados se estimó el análisis del impacto presupuestario.

Resultados: Se estudiaron 224 pacientes. El uso de viscosuplementación retrasó la necesidad de implante de la PR 2,6 años. El impacto presupuestario estimó un ahorro continuado a lo largo del tiempo mucho mayor en los primeros años: 14 mil € el primer año y constante de 950 mil € a partir del sexto año. La suma de los ahorros de los primeros tres años era de 36 de millones de €.

Comentarios y conclusiones: El uso de la viscosuplementación reduce la carga económica de la AR en el sistema sanitario como consecuencia del retraso de necesidad de implantación de PR.

CC-886. GONALGIA TRAS CIRUGÍA DE ALINEACIÓN EN FÉMUR SEMICIRCULAR

J.F. Lirola Criado, D. Serrano Toledano, S. Tejero García, J.M. Martínez Salas y F. Montilla Jiménez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La cirugía de alargamiento femoral mediante sistema de fijación externa monoplano puede conllevar a la presencia de fémur varo extremo, siendo la fractura de estrés una complicación posible por fracaso mecánico.

Material y método: Se presenta un caso clínico intervenido en nuestro hospital por fémur varo extremo tras cirugía de alargamiento femoral con sistema monoplano. La paciente sufrió dos fracturas de estrés: la primera tratada de manera conservadora y tras la segunda se planteó cirugía definitiva en dos tiempos: en un primero resección de 5 cm de

fémur esclerótico diafisario mas fijación externa; y en un segundo osteotomía supracondílea valguizante de adición con aporte de aloinjerto en osteotomía distal y en proximal (cara medial de fémur) y fijación con placa DCS.

Resultados: La evolución postoperatoria fue muy satisfactoria, encontrándose al 4º año sin dolor en muslo y leve en rodilla (EVA 3 ocasional). Camina a diario más de 1h y realiza sin dificultad sus actividades cotidianas. Balance articular de rodilla 0-85º con fuerza muscular 5/5 en todos los grupos musculares y Oxford Knee Score de 43/60.

Comentarios y conclusiones: Tanto las anomalías congénitas y displasias del desarrollo como factores externos (fracturas, infecciones, yatrogenia) pueden conllevar a la presencia de un fémur varo extremo, siendo ésta una entidad poco frecuente. Las complicaciones más frecuentes son la fractura de estrés por fracaso mecánico y la degeneración precoz de las articulaciones adyacentes, principalmente la rodilla. La doble osteología femoral se considera de elección en los casos de fémur varo extremo, con buenos resultados descritos.

CC-887. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

J.I. Varo Rodríguez, D. García Mota, R. González Alconada, S. López Alonso, J.A. Queiruga Dios y J. Reyes Cabrera

Hospital Virgen del Puerto. Cáceres.

Introducción y objetivos: Evaluar la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla antes y después de ser intervenidos de prótesis total de rodilla.

Material y método: Realización de un estudio prospectivo, descriptivo y observacional evaluando la calidad de vida y la capacidad funcional pre y postoperatoria en una muestra de 100 pacientes intervenidos de artrosis de rodilla en el Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, en el periodo de 2010-2011 con modelo de prótesis Apex. Utilizando las escalas de valoración WOMAC, SF-12 y KSS Insall.

Resultados: Se observó mediante un estudio estadístico a doble ciego resultados estadísticamente significativos respecto a la mejora de la calidad de vida en las tres escalas de valoración.

Comentarios y conclusiones: Se produjo una mejoría en el balance articular de la rodilla, disminuyendo la rigidez y el dolor que produjo una mejora funcional del paciente y de su estado de ánimo. Todo esto conllevó a una mejora de la calidad de vida del paciente.

CC-888. LUXACIÓN TIBIOPERONEA PROXIMAL

J.J. Correa Gámiz, A. Martínez Calzón, F. López Caba, C. Peña Rodríguez, M.J. Robles Molina y L. Fernández Rodríguez

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: La luxación aguda de la articulación tibio-peronea proximal es una lesión poco frecuente (menos del 1% de la patología de la rodilla), que sucede tras traumatismos directos o indirectos, generalmente asociados a actividades deportivas o accidentes de tráfico. Dicha lesión puede pasar desapercibida, generando una lesión crónica e inestabilidad de la rodilla. El objetivo de la exposición de nuestro caso es mostrar las características de esta lesión y la clínica que presenta este tipo de pacientes así como el tratamiento.

Material y método: En nuestro caso, presentamos a una mujer de 36 años que acude al servicio de urgencias tras sufrir caída sobre pierna izquierda, en apoyo monopodal, tras realizar un salto con patada, practicando Kick-Boxing. Se produjo un mecanismo de rotación externa del pie, torsión y valgo forzado de la pierna, con rodilla en flexión. Clínicamente cursaba con dolor y prominencia ósea anómala a nivel de cabeza de peroné. El estudio radiológico urgente confirmó la luxación tibio-peronea proximal. Se realizó, con éxito, una reducción cerrada bajo anestésico local y se inmoviliza la pierna con férula de

yeso. Previamente se comprobó la estabilidad de rodilla y tobillo. Se presentan las imágenes pre y posreducción y los resultados de las pruebas complementarias, realizadas durante su seguimiento en consulta de Traumatología.

Resultados: A los dos meses de evolución la paciente se encuentra asintomática, incorporándose progresivamente a la práctica deportiva.

Comentarios y conclusiones: La luxación tibio-peronea proximal es una lesión infrecuente que ha de ser tenida en cuenta ante gonalgias por mecanismos torsionales, como la producida en nuestro caso. La clínica y la radiología simple deben proporcionar el diagnóstico en un primer momento. El tratamiento de entrada es la reducción cerrada bajo anestésico local.

CC-889. COBERTURA DEL TENDÓN ROTULIANO MEDIANTE COLGAJO SAFENO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Nuez García, R. Navarro Navarro, R. Santana Suárez, C. Almeda Pérez, J. Caballero Martel, D. Barahona Lorenzo, A. Peiró García y H. Almeida Merino

Complejo Hospitalario Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: Manejo de necrosis de piel tras intervención de fractura de meseta tibial mediante la presentación de un caso clínico.

Material y método: Presentamos un paciente varón de 45 años que presenta como antecedente etilismo crónico, ingresa de manera urgente por fractura de meseta tibial izquierda (Schatzker tipo IV) por la cual se interviene a los 10 días postingreso mediante osteosíntesis con 2 placas angulares en cara interna y externa de meseta tibial. Comienza en el postoperatorio inmediato con áreas de sufrimiento cutáneo entre ambas incisiones que terminan en necrosis piel y exposición de tendón rotuliano y parcialmente de una de las placas de osteosíntesis. Presenta además un exudado en la zona por el cual se obtienen muestras que se remiten al servicio de microbiología dando positiva para *Pseudomonas aeruginosa*. Se realiza curetaje de la zona expuesta y tratamiento antibiótico iv. Una vez resuelto el problema infeccioso se realiza colgajo de cobertura safeno para cubrir exposición.

Resultados: 2 meses tras la intervención quirúrgica el paciente presenta una movilidad de -5º de extensión y 120º de flexión, no existiendo proceso infeccioso activo.

Comentarios y conclusiones: El objetivo del tratamiento de las fracturas de meseta tibial es recuperar la función articular, evitando la artrosis postraumática evitando para ello, la incongruencia articular. Los factores que influyen en el tratamiento y pronóstico son el grado de desplazamiento y conminución de la fractura, la extensión de la lesión de los tejidos blandos, la magnitud de la afectación articular, las lesiones vasculonerviosas asociadas, las lesiones del complejo ligamentoso homolateral pero sobre todo son las lesiones de partes blandas los indicadores de mal pronóstico. Es por ello que se precisa una relación estrecha entre los servicios de COT, Plástica e infecciosos para el mejor devenir de la patología de estos pacientes.

CC-890. ROTURA DE TENDÓN ROTULIANO TRAS PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Nuez García, B. Romero Pérez, J. Caballero Martel, A. Rodríguez Hernández, R. Santana Suárez, S. Barroso Rosa, D. Barahona Lorenzo y A. Peiró García

Complejo Hospitalario Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: Revisión del manejo de necrosis de tendón rotuliano tras cirugía primaria de prótesis total de rodilla mediante la presentación de un caso clínico.

Material y método: Presentamos una paciente mujer de 71 años con antecedentes personales de gammapatía monoclonal sin tratamiento, HTA, dislipemia. Dicha paciente presenta clínica de necrosis de tendón rotuliano (impotencia funcional a la extensión de rodilla) de rodilla izquierda a los dos meses de una intervención de prótesis total cementada de dicha rodilla.

Resultados: Tras intervención quirúrgica de tenoplastia con semitendinoso y recto interno la paciente presenta una movilidad de -10° de extensión y 100° de flexión. Refiere molestias leves con esfuerzos moderados.

Comentarios y conclusiones: La necrosis del tendón rotuliano tras una prótesis total de rodilla es una complicación infrecuente, pero que se debe sospechar ante un déficit de la extensión de la pierna. Hay que prestar especial atención en aquellas patologías donde puede favorecerse su aparición como son la diabetes o el uso de corticoides. Existen muchas técnicas de reconstrucción siendo desaconsejada la abstención, las férulas de inmovilización y la sutura primaria. Una de las técnicas que se puede realizar es la reconstrucción con semitendinoso y recto interno; siendo éste el caso de nuestra paciente. Otra de las técnicas a considerar sería la reconstrucción con aloinjerto. Los resultados obtenidos pueden ser óptimos tras reconstrucción y rehabilitación.

CC-891. EL TANTALIO PARA LA OSTEOLISIS MASIVA DEL CÓNDILO MEDIAL EN LA ATR DE REVISIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Ezquerro Herrando, E. Corella Abenia, A. Castillo Palacios, N. Blanco Rubio, S. Serrano Barrio y J. Albareda Albareda

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Varón de 72 años sin AP de interés, al que se le implanta por gonartrosis un artroplastia total de rodilla izquierda Natural Knee II en 2005 y derecha en 2003. Revisado de forma periódica en consultas presenta a partir de 2010 dolor en rodilla derecha con inestabilidad en varo/valgo que dificulta la deambulación, con rango de movilidad 0° - 100° . Se practica un estudio radiológico simple en el que se objetiva gran osteolisis femoral sobre todo a expensas del cóndilo interno, por lo que se inicia diagnóstico diferencial con proceso tumoral o movilización séptica/aséptica.

Material y método: Se realiza estudio de PCR/VSG normales en analíticas repetidas, con artrocentesis y cultivo negativo, por lo que se descarta la movilización séptica. Además se solicita gammagrafía ósea con Tc con resultado de captación en la rodilla derecha compatible con movilización, sin otros focos captantes. La proteinuria de Bence-Jones resulta negativa, al igual que los marcadores tumorales. Con estos hallazgos se descarta también el proceso tumoral, por lo que se amplía el estudio de imagen mediante la realización de TC.

Resultados: Confirmado el diagnóstico de movilización aseptica se clasifica la pérdida ósea según la clasificación del Instituto Ortopédico de Investigación Anderson como defecto tipo III y se procede a la revisión protésica. Se opta por rellenar los importantes defecto óseos con aumentos de tantalio sobre aloinjerto de esponjosa y colocar vástagos largos para la lograr estabilidad protésica.

Comentarios y conclusiones: A corto plazo la evolución de nuestro paciente es muy favorable. No ha presentado dolor, la estabilidad es óptima y camina con dos bastones con un arco de movilidad de 0° - 90° . Pensamos de que los aumentos de tantalio son una buena opción para revisiones protésicas con grandes defecto óseos.

CC-892. REPARACIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA ALINEACIÓN EN VARO DE RODILLA. ¿QUÉ HACER? A PROPÓSITO DE UN CASO

L. García Lamas, B. Bravo Giménez, A. Zafra Jiménez, A. Jorge Mora, V. Rodríguez Vega, M. Mellado Romero, A.M. Martín Fuentes y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Planificar la reparación del ligamento cruzado anterior no resulta complicado para un cirujano experto, pero cuando el paciente refiere también dolor crónico de rodilla y presenta signos incipientes de artrosis en el compartimento medial, dicha planificación debe ser más cuidadosa. Debemos realizar una correcta anamnesis y exploración y tipificar el tipo de varo que presenta el paciente antes de planificar la intervención quirúrgica. Estos datos nos aportan información para decidir si debemos realizar o no una osteotomía, cuando realizarla si procede, y que tipo de plastia debemos utilizar.

Material y método: Presentamos a un varón laboralmente activo de 40 años con gonalgia crónica + inestabilidad desde accidente en 2009 que no recibió tratamiento. A la exploración se aprecia rodilla en varo, Laschman y cajón anterior positivos y dolor a la palpación de interlínea articular medial con un rango de movilidad activo completo. Mediante RMN se confirma rotura completa de LCA y gonartrosis compartimento medial grado II. En telerradiografía se confirma un varo primario.

Resultados: Se realiza osteotomía en cuña de cierre con placa HTO y plastia del ligamento cruzado anterior con homoinjerto HTH en el mismo tiempo quirúrgico así como menisectomía parcial artroscópica del menisco interno. Se sigue protocolo habitual de fisioterapia. A los dos meses el paciente presentaba un rango de movilidad activa 0° - 120° y corrección eje MID. A los 4 meses de la intervención la osteotomía está consolidada. A los 6 meses comienza actividad deportiva como correr. Al año el paciente vuelve a jugar al fútbol y refiere estar asintomático.

Comentarios y conclusiones: La realización de osteotomía + plastia de ligamento cruzado anterior en el mismo tiempo quirúrgico puede aportar buenos resultados siempre que se realice en pacientes con alteraciones del eje sintomáticas e inestabilidad en rodillas con varo primario.

CC-893. QUISTE ÓSEO YUXTAARTICULAR DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO

L.J. Díez Romero, J.L. Guevara Matamoros, A. Alonso Recio, M.L. Suárez Huerta, A. Ramos del Río y J. Sánchez Lázaro

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: Los quistes óseos yuxtaarticulares son lesiones óseas benignas, no neoplásicas que consisten histológicamente en una cavidad de tamaño variable, sin epitelio o sinovial de revestimiento. Pueden ser sintomáticos aunque lo más habitual es encontrarlos como hallazgos casuales. El curetaje de las lesiones es la base del tratamiento quirúrgico seguido o no de relleno de la cavidad con diversos materiales.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 46 años con gonalgia izquierda de meses de evolución. Presenta como antecedentes una trastorno distórfico no filiado con displasia de caderas, luxación bilateral de radios, intervenida hace mas de 20 años, y retraso mental. A la exploración clínica, la paciente refiere dolor en la interlínea articular externa e interna de la rodilla derecha de características mecánicas. La paciente presenta un genu valgo bilateral más acusado en el MID, y dismetría de 2 cm con deambulación dificultosa con dos muletas. La resonancia magnética muestra un defecto lítico quístico en la meseta tibial externa acompañado de edema óseo. La paciente es intervenida realizándose una ventana ósea externa a través de la cual se procede al curetaje y relleno con injerto esponjoso de banco del defecto asistida por artroscopia.

Resultados: Se mantiene la extremidad en descarga durante dos meses y posterior carga parcial hasta deambulación equiparable a la previa con una muleta. Con desaparición del dolor y un arco de movilidad completo. Radiográficamente la lesión ha desaparecido con buena integración ósea del injerto.

Comentarios y conclusiones: La incidencia de los quistes óseos yuxtaarticulares no está clara, puesto que muchos son asintomáticos. Presentan un pico en la 4ª y 5ª décadas de la vida y tienen una pequeña predilección por el sexo masculino. En los casos sintomáticos el tratamiento quirúrgico es la norma.

CC-894. UTILIZACIÓN DE ARPONES EN LA REPARACIÓN DE LAS ROTURAS AGUDAS DEL APARATO EXTENSOR DE LA RODILLA

M. López Peláez, A. Cienfuegos López, F. Ortiz Carrellán y F. Jiménez Gómez

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las roturas del aparato extensor de la rodilla son poco frecuentes y suelen afectar a pacientes con enfermedad sistémica de base. Clínicamente se presenta como un dolor agudo e impotencia para la extensión activa de la rodilla. La confirmación diagnóstica es mediante ecografía o RM. Las roturas parciales pueden tratarse de forma conservadora y las completas mediante reconstrucción quirúrgica.

Material y método: El método tradicional de reparación de las roturas del aparato extensor de la rodilla consiste en la sutura y anclaje del tendón mediante túneles transóseos, pero en los últimos años aparece en la literatura el uso de sutura con arpones. Presentamos dos casos: 1) rotura del tendón cuadriceps y 2) rotura del rotuliano, tratadas mediante sutura reforzada con arpones de 5 mm de titanio.

Resultados: Realizamos un seguimiento medio de ambos pacientes de 12 meses, al final del cual, presentaban movilidad activa contrarresistencia y un balance articular de 0°-130° caso 1 y 0°-110° caso 2.

Comentarios y conclusiones: Existen escasas publicaciones sobre esta técnica, pero todas ellas llegan a las mismas conclusiones. Es una técnica sencilla, con mejor resistencia del material de sutura y menor tensión a lo largo de la línea de sutura, en todo el rango de movimiento, y permite una precoz rehabilitación y mejor recuperación funcional. Consideramos la sutura con arpones una opción terapéutica eficaz para el tratamiento de las roturas agudas del aparato extensor de la rodilla.

CC-895. LUXACIÓN TIBIOPERONEA PROXIMAL ATRAUMÁTICA

M. Balaguer Castro, M. Valls Mellado, V. Ros Muné, J. Villalba Modol, J.M. Peñalver Matamoros y P. Torner Pifarré

Corporación Sanitaria Universitaria Parc Taulí. Barcelona.

Introducción y objetivos: La luxación recidivante de la articulación tibioperonea proximal es una lesión rara que puede ser difícil de detectar y diagnosticar pudiendo pasar desapercibida en urgencias. Se suele observar en atletas en cuyos deportes se realicen movimientos bruscos de torsión y flexión de rodillas. Hasta un 5% de estas lesiones se puede acompañar de lesiones del tronco ciático-poplíteo externo. Este tipo de lesiones se clasifican en cuatro grupos: subluxación, luxación anterolateral, luxación posteromedial y luxación superior.

Material y método: Una mujer de 35 años de edad acudió a urgencias tras mal gesto mientras dormía. Refería haber notado un "clack" y posterior dolor e impotencia funcional de rodilla izquierda. La paciente informaba de varios episodios similares sin relación con traumatismo ni actividad deportiva. El examen clínico revelaba dolor a la palpación de la región de la cabeza peroneal izquierda y deformidad prominente lateral. La paciente refería aumento del dolor al flexionar la rodilla pero era capaz de deambular sin ayuda. No se objetivó déficit motor o

sensitivo distal. Se realizaron radiografías anteroposterior y lateral de rodilla objetivándose desviación anterior y lateral de la cabeza peroneal. Con el diagnóstico de luxación anterolateral de peroné proximal y dada la persistencia de inestabilidad se decidió tratamiento quirúrgico. Se realizó artrodesis de la articulación tibioperonea proximal y se realizó osteotomía diafisaria proximal de peroné.

Resultados: Actualmente la paciente se encuentra libre de dolor y con un balance articular de 0-160°. Deambula sin ayuda y presenta función motora y sensitiva conservadas. Ha retomado su actividad deportiva practicando natación y bicicleta.

Comentarios y conclusiones: La luxación tibioperonea proximal es una entidad rara (< 100 casos publicados) que puede pasar desapercibida. Inicialmente se intentará realizar reducción cerrada e inmovilización en ligera flexión de la rodilla durante 2-3 semanas. En caso de no conseguir reducir de forma cerrada la luxación, debería realizarse una reducción abierta lo antes posible para evitar lesiones de cartilago. Los casos en los que persista la inestabilidad requerirán tratamiento quirúrgico.

CC-896. RESULTADOS DE UNA PTR NO CEMENTADA CON RECUBRIMIENTO DE HIDROXIAPATITA

M. Vecino López, J. Cordero Ampuero, R. Fole López, M. Méndez Varela y L. Madero de la Fuente

Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

Introducción y objetivos: En los años 80 y 90 se evidenció que la fijación no cementada de la artroplastia de rodilla asociaba peores resultados que las cementadas. La calidad de la fijación de estos implantes no cementados es dependiente, parcialmente, de la densidad ósea, relacionando peores resultados con edades longevas. Actualmente, los nuevos diseños han mejorado, aunque se sigue considerando su modalidad cementada como el gold estándar.

Material y método: Se realiza un análisis retrospectivo de supervivencia libre de revisión, en hospital La Princesa de la prótesis Excel entre enero de 1997 hasta diciembre de 1998. Se analizan las complicaciones y las causas de revisión. Se realiza un estudio bivariante en relación con la edad. LA PTR Excel-HAP está diseñada con cóndilos femorales anatómicos y platillo tibial asimétrico de aleación de titanio con quilla central y dos tornillos de compresión, ambos recubiertos de HAP para fijación secundaria. La rotula fue sustituida en 25 pacientes con polietileno cementado con tetón central.

Resultados: Se analizan 156 PTR Excel-HAP en 149 pacientes de $71 \pm 6,4$ años. Se realiza seguimiento de $100,5 \pm 53,7$ meses. 9 pacientes mueren durante el seguimiento por causas no relacionadas, 2,6% tienen infección, 2,6% complicaciones patelares, 0,6% fracturas periprotésicas, 2,6% aflojamiento aséptico; sin diferencias significativas en relación a la edad, excepto problemas rotulianos que se asocian a pacientes jóvenes. Todos los pacientes con aflojamiento aséptico presentan menos de 70 años. Se demuestra un 98% de supervivencia libre de revisión por aflojamiento aséptico a los 10 años y 96% a los 14 años realizando análisis de Kaplan-Meier.

Comentarios y conclusiones: Se objetivan resultados excelentes con altas tasas de supervivencia libre de aflojamiento aséptico en las prótesis Excel, sin asociar un mayor riesgo al superar los 70 años.

CC-897. OSTEÍTIS CRÓNICA FEMORAL PREVIA A ANQUILOSIS DE RODILLA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

N. Ammari Sánchez-Villanueva, R. López Lobato, M. Anaya Rojas, D. Serrano Toledano, G. Arias Rodríguez y J.M. Martínez Salas

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La osteítis crónica es una entidad clínica de difícil manejo terapéutico, especialmente aquellas cuya localización

es periarticular. Entre las complicaciones descritas se encuentra la limitación del balance articular. Se describe el caso de un varón de 21 años con anquilosis de rodilla residual tras el tratamiento de una osteítis crónica.

Material y método: Varón de 21 años que sufrió fractura abierta grado IIIa de Gustilo de 1/3 medio distal fémur, tratada de forma definitiva con fijación externa. Al año es diagnosticado de pseudoartrosis infectada evolucionando a osteítis crónica. Presentaba un defecto de partes blandas a nivel anteromedial del muslo y un defecto óseo de 8 cm. Fue tratado con colgajo microvascularizado dorsal ancho, aloinjerto de peroné y placa LISS femoral. En la evolución postoperatoria se objetivó una limitación grave de la movilidad articular a nivel de la rodilla ipsilateral que no mejoró con rehabilitación. Posteriormente se plantea artroplastia cerrada.

Resultados: Durante la artroplastia cerrada se produjo una fractura de la rótula. Se optó por artroplastia abierta y fijación de la fractura de rótula con cerclaje de alambre. Se objetivó una sinostosis patelofemoral debido a la penetración de dos de los tornillos de la placa a través de la rótula, lo cual derivó en anquilosis de rodilla, favorecida además por las adherencias cuadrícipito-femorales tras el aporte de autoinjerto.

Comentarios y conclusiones: En casos complejos y de larvada evolución se plantea la necesidad de realizar artroplastia abierta como primera opción ya que proporciona mejores resultados funcionales y previene complicaciones potenciales derivadas de cirugías previas, en este caso un error en la osteosíntesis, que de otra forma pasarían inadvertidas.

CC-898. PARÁLISIS DEL NERVO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

P. Crespo Hernández, R. Ruiz Díaz, T. del Olmo Hernández, H. Gómez Santos, C. Hernández Galera, J. Díaz Heredia, M.A. Ruiz Ibán e I.J. Cebreiro Martínez-Val

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La parálisis del nervio ciático poplíteo externo (CPE) es una rara pero grave complicación que puede aparecer tras artroplastia total de rodilla (ATR). Su prevalencia es del 0,3-0,58%, y aumenta en cirugías de revisión y tras la corrección de grandes deformidades en flexo y/o valgo.

Material y método: Se presentan dos casos de parálisis completa (afectación sensitiva y motora) del CPE tras ATR. En ambos casos se trata de mujeres de 77 años intervenidas sobre su rodilla izquierda por el mismo equipo quirúrgico (cada una de ellas por un cirujano distinto), correspondiendo un caso a una prótesis primaria y el otro a una revisión por aflojamiento aséptico de ATR previa. Los dos casos fueron intervenidos con un mes de diferencia entre sí.

Resultados: El diagnóstico se realizó de forma clínica al tercer y cuarto día postquirúrgicos, siendo posteriormente confirmado con estudio electromiográfico (EMG). En el momento actual (2 y 3 meses tras las cirugías) ninguna de las pacientes ha experimentado mejoría clínica apreciable, a pesar de que los estudios EMG de control sí fueron capaces de detectarla.

Comentarios y conclusiones: Ambas pacientes han sido tratadas con ortesis antiequino y pudieron incorporarse con normalidad al protocolo de rehabilitación posquirúrgico habitual tras ATR en nuestro centro, con unos resultados funcionales de rodilla similares a los obtenidos habitualmente en ausencia de lesiones neurológicas. Ambas tienen programada la realización de un nuevo estudio EMG a los 6 meses de la intervención, de cuyos resultados informaremos.

CC-899. FRACTURA DE ESPACIADOR DE CEMENTO DE RODILLA. ¿RESISTIRÉ?

S.A. Canepari Reyes, A. Herrero Castilla, J. Otero Villar, J. González Otero, M. Mendoza Álvarez, E. Gómez Brunet, C. Alonso Vega y M. Hernández Blanco

Hospital do Meixoeiro. Pontevedra.

Introducción y objetivos: Los recambios en dos tiempos son actualmente el tratamiento estándar de las infecciones protésicas. Sin embargo, no están exentos de complicaciones, entre ellas: la reinfección y fracturas de los espaciadores. Presentamos el caso clínico de un paciente con fractura de espaciador de cemento de rodilla.

Material y método: Caso clínico: varón de 77 años, intervenido de artroplastia total de rodilla en el 2008. Reintervenido en el 2010 por infección protésica realizándose recambio en dos tiempos: espaciador articulado de cemento y prótesis de rodilla tipo bisagra, en el segundo tiempo. En el 2011 presenta episodio febril asociado a signos flogóticos en rodilla derecha, siendo diagnosticado de reinfección protésica. Se procede a retirada de prótesis e implante de nuevo espaciador dinámico de cemento. A los 3 meses se produce fallo estructural del implante asociado a fractura metafisaria del fémur distal sin signos de infección. Se decide realizar artrodesis con clavo endomedular (KAI).

Resultados: Hasta la fecha, el paciente permanece asintomático, sin signos de infección y con imágenes radiológicas de consolidación.

Comentarios y conclusiones: Los espaciadores de cemento liberan antibióticos a los tejidos adyacentes siendo una opción terapéutica apropiada para el tratamiento de las infecciones protésicas. Además tienen la capacidad de evitar la contractura de partes blandas, facilitando el segundo tiempo del recambio. Algunos autores describen mayores rangos de movilidad articular final con los espaciadores dinámicos frente a los estáticos. Sin embargo pueden presentarse complicaciones con este tratamiento, entre las cuales se encuentran reinfecciones y fracturas (hasta en un 2% de los pacientes). Este tipo de espaciadores no soportan la carga mecánica y, al ser sometidos al apoyo, pueden sufrir un fallo estructural por lo que no se recomienda la carga de peso en los mismos.

CC-900. AVULSIÓN DE LA INSERCIÓN FEMORAL DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL ASOCIADA A ROTURA COMPLETA DEL LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR

S. Haddad, J. Selga Marsà, J. Minguell Monart, E. Castellet Feliu, N. Joshi Jubert, E. Díaz Ferreiro y M.M. Reverté Vinaixa

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La lesión del ligamento colateral medial (LCM) de la rodilla es la lesión ligamentosa traumática más frecuente en la población adulta joven. Pocas veces requiere un tratamiento quirúrgico, a no ser que se asocie a una lesión multiligamentosa o a inestabilidad crónica. Presentemos una asociación poco habitual a modo ilustrativo.

Material y método: Paciente varón de 38 años que durante la práctica deportiva (kitesurf) sufre una caída de alta energía. A la exploración física inicial, el paciente presentaba incapacidad para aguantar peso, tumefacción, derrame articular e equimosis a la cara medial de la rodilla derecha. También tenía un test de estrés en valgo positivo y un cajón posterior dudoso. La radiografía evidenciaba una avulsión ósea a nivel del cóndilo femoral medial y la resonancia magnética (RMN) confirmó nuestra sospecha diagnóstica: lesión completa del LCM con avulsión de su inserción femoral, asociada a una lesión de grado III del ligamento cruzado posterior (LCP). El paciente se sometió a una cirugía de ligamentoplastia de LCP con aloinjerto por vía artroscópica. En el mismo acto quirúrgico y mediante un abordaje femoral medial se evidencia una rotación y retracción distal del fragmento óseo avulsionado con el LCM. Posteriormente se procede a su liberación y rein-

serción con anclajes óseos. En el postoperatorio se inmoviliza el paciente con una ortesis en extensión durante cuatro semanas.

Resultados: A las seis semanas de la cirugía comenzó la pauta de rehabilitación con carga progresiva. Al último control a los tres meses presentaba una balance articular libre de dolor de 0/100° sin clínica de inestabilidad ligamentosa. Una nueva RMN mostraba signos reparativos de LCM sin disrupción de sus fibras.

Comentarios y conclusiones: Hasta ahora, esta lesión curiosa no había estado previamente descrita. Corresponde a un subgrupo de lesiones del LCM que, a diferencia de las aisladas, puede beneficiar de un tratamiento quirúrgico precoz. Además pueden asociarse a lesiones de otras estructuras ligamentosas. Por lo tanto, delante la evidencia radiológica de la avulsión, pensamos indicada la RMN y, si se confirma el diagnóstico, realizar una reparación precoz incluyendo les lesiones ligamentosas asociadas.

CC-901. LESIONES DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL DE LA RODILLA

V. Jiménez Díaz, P. Guerra Vélez, F.B. Gutiérrez Narvarte, B. Bravo Giménez, A.M. Martín Fuentes y J.M. Cano Egea

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: El complejo ligamentoso medial (LCM) es la estructura más frecuentemente lesionada en la rodilla. En la mayoría de los casos se trata de lesiones leves aisladas; sin embargo, un pequeño porcentaje de pacientes presenta lesiones graves asociadas a daños en otras estructuras. El objetivo de nuestro estudio es evaluar los resultados clínico-funcionales de su reparación quirúrgica.

Material y método: Estudio retrospectivo de cuatro pacientes intervenidos en nuestro centro con una lesión combinada del LCM y LCA con un seguimiento medio de 48 meses (24-74 meses). Todos eran varones, con una edad media de 22 años (18-26 años). El mecanismo de producción fue en dos pacientes una lesión deportiva (valgo forzado en uno de los casos y luxación anterior de rodilla en el otro) y en los otros dos accidente de tráfico.

Resultados: Todos los pacientes presentaban rotura completa del LCM y del LCA; uno de los casos presentaba además lesión ósea asociada (arrancamiento de espina tibial anterior + fractura de meseta tibial medial). La técnica empleada fue la reconstrucción del LCA con plastia procedente de aloinjerto de cadáver en dos casos, plastia HTH en otro caso y reparación de la espina tibial anterior en el último. En dos de los casos se reconstruyó el LCM con plastia de aloinjerto de cadáver y en otros dos se procedió a su reparación primaria. Los resultados se valoraron siguiendo la escala Lysholm Knee Scoring Scale con una puntuación media de 88 puntos (85-92 puntos).

Comentarios y conclusiones: La reparación de LCA y LCM ofrece buenos resultados clínico-funcionales obteniendo una puntuación media de 88 puntos en la escala Lysholm.

CC-902. GONARTROSIS CON DEFORMIDAD FEMORAL ASOCIADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

V.M. Teruel González, J. de Pablos Fernández, E. Oncalada Calderón, M. Lizaso Uriondo, L.A. Paul García, A. Ramos Ugidos, M. Vicente Zuluaga y R. Sáinz Septién

Hospital Comarcal Santiago Apóstol. Álava.

Introducción y objetivos: En la gonartrosis que tengamos que implantar una prótesis total de rodilla con deformidad asociada de localización extraarticular, requiere una planificación adecuada con estudio de ejes mecánicos, anatómicos, ángulos epífiso-metafisarios, orientación articular y vértice de la deformidad. Analizamos un caso clínico de gonartrosis con deformidad extraarticular severa tratado en nuestro centro.

Material y método: Paciente varón de 76 años con antecedentes personales de HTA, tuberculosis y fractura de fémur derecho tratada ortopédicamente en la infancia. Presenta gonartrosis tricompartmental derecha con una desviación en varo del fémur de 23°.

Resultados: Se procede a intervención quirúrgica, en la que se realiza osteotomía de cuña externa a nivel del vértice de la deformidad (unión tercio medio y distal de diáfisis) y artroplastia total de rodilla derecha constreñida con vástagos a nivel tibial y femoral, este último actúa a modo de síntesis de la osteotomía. La consolidación de la osteotomía y la corrección de ejes fue correcta y el balance articular que se logró fue de -5° de extensión y 90° de flexión.

Comentarios y conclusiones: El objetivo terapéutico que perseguimos es la mejoría del dolor y de la función, una corrección mecánica del eje de la extremidad inferior y lograr unas articulaciones horizontales. En deformidades extraarticulares que tengan eje compensado, sean leves y yuxtaarticulares no será necesaria la osteotomía. Se requerirá osteotomía en deformidades de más de 10°, diafisarias y con síntesis endomedular. Se realiza revisión bibliográfica del proceso que nos atañe.

CC-903. CIRUGÍA DE REVISIÓN DE LCA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CAUSAS DE RERUPTURA

A. Jiménez Obach, J. Sánchez González, M. Gabarra Gabarra, J. Vilaró Angulo, J.M. Badia Sala, J. Gutiérrez Vidal, M. Pérez Abad y G. Lúcar López

Hospital de Mataró. Barcelona.

Introducción y objetivos: La ligamentoplastia primaria de LCA es una de las cirugías más frecuentes de nuestra especialidad. La reruptura de esta la convierte en un desafío quirúrgico pues son pocos los estudios publicados hasta la fecha. El objetivo es identificar el patrón y causas de ruptura del injerto tras cirugía primaria de LCA. Se pretende identificar otros factores asociados así como eventuales factores pronóstico.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de cohortes analizando los pacientes intervenidos tras fracaso en la reconstrucción de LCA mediante técnica monofascicular. Se estudiaron las variables: sexo, edad, tiempo transcurrido entre la reconstrucción y la reruptura, existencia de antecedente traumático. Otras variables fueron: técnica aplicada, tipo de injerto utilizado, posicionamiento de los túneles y existencia de lesiones asociadas. La variable principal fue el patrón de reruptura.

Resultados: Un total de 20 pacientes fueron incluidos en la revisión retrospectiva. La media de edad fue de 28,8 años. El patrón más frecuente fue la elongación, seguido de la ruptura proximal. Encontramos antecedente traumático en 53% casos. La técnica más común fue HTH, siendo el injerto autólogo el más frecuente. La media de posicionamiento de los túneles femorales fue de 68°.

Comentarios y conclusiones: El malposicionamiento del túnel femoral guarda relación con la ruptura de la plastia. Cuanto más tiempo pasa entre la ligamentoplastia primaria y la reruptura, más se parece al patrón de ruptura nativo.

CC-904. VALORACIÓN A LARGO PLAZO DEL ROUX-ELMSLIE-TRILLAT EN EL TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD ROTULIANA

B. García Medrano, M. Brotat Rodríguez, J.M. Cortés Villar, V. Luengos Peña, P. Beltrán de Heredia Rentería, J.L. Vasallo Prieto y T. Ruiz Valdivieso

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La inestabilidad crónica rotuliana es motivo de consulta por cuadro de sub/luxaciones rotulianas habituales o recurrentes. Presentamos los resultados de la revisión a 10 años tras ciru-

gía ortopédica por técnica Elmslie-Trillat en grupo de pacientes diagnosticados de inestabilidad rotuliana.

Material y método: Revisión retrospectiva, según protocolos del Comité de Ética local, de 35 pacientes, 12 pérdidas por traslado o rechazo, 23 que aceptaron el consentimiento. 83% mujeres, 23 años de media en fecha quirúrgica. Seguimiento a 1, 3, 6, 12 y 24 meses. Recogida de datos 10 años postoperatorios: revisión clínica (anamnesis, exploración, Knee Score, Lysholm Knee Scoring Scale) y radiológica (índice Insall, ángulo Q/articular rotuliano/del surco/de congruencia/de inclinación patelar, escala Kellgren).

Resultados: Retirada del tornillo de osteotomía en 92% de casos. Una reintervención. EVA actual 2,1 (0-6). Inestabilidad residual clínica 52%. Atrofia cuádriceps 33%. RAM 0-130°. Cepillo y Zhöllen+ 24%. Tensión alerón externo 0%. Dolor carilla articular 14%. Smillie+ 48%. Knee Score 82,7 (55-95). Escala Lysholm 72,2 (45-99) aceptable. Resultados radiográficos: ángulo Q 4,5 (1-12,2), diferencia -3,11 (-10; +4); Índice Insall 1,12 (0,75-1,56), variación prequirúrgica-actual 0,13 (0-0,3); ángulo articular rotuliano 18,2 (4,34-31,33), variación +2,83 (-14; +25), valor absoluto 10,5; ángulo del surco 131 (121-139); ángulo de congruencia 17,47 (4-37,3), variación +6,08 (-8; +22), valor absoluto 10,25; Ángulo de inclinación rotuliana 22,29 (7,2-30), variación -1,75 (-13; +13), media absoluta 6,08. Kellgren 2,4 (0-3), 52% tipo 2.

Comentarios y conclusiones: Nuestra serie, de acuerdo con actuales publicaciones, demuestra que el Roux-Elmslie-Trillat previene de luxaciones recurrentes, pero puede no influir en el desarrollo de cambios artrósicos a largo plazo, en rodillas con inestabilidad rotuliana crónica; habiendo observado síntomas clínicos en el 24% de los casos y signos radiológicos en el 42%.

CC-905. SELLADO DEL CANAL FEMORAL EN PTR. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO EN 193 PACIENTES

D. Pérez Prieto, S. Gil González, R. Torres Claramunt, X. Pelfort López, J. Leal Blanquet, F. Montserrat Ramón, L. Puig Verdí y P. Hinarejos Gómez

Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: Existe muy poca literatura que sugiera que el sellado del orificio de la guía femoral intramedular puede contribuir a reducir las pérdidas hemáticas después de prótesis total de rodilla (PTR), aunque existen discrepancias sobre si se obtiene menor sangrado, menores transfusiones o menor descenso de la hemoglobina. Objetivo: determinar la utilidad del sellado del canal femoral intramedular en términos hemáticos.

Material y método: Estudio prospectivo aleatorizado de 3 ramas simple ciego de 193 pacientes intervenidos de PTR durante el año 2011. Los pacientes fueron asignados de forma aleatorizada en uno de los tres grupos: no sellado o control (grupo 1: 60 pacientes), cemento (grupo 2: 67 pacientes) o hueso autólogo (grupo 3: 66 pacientes) según lista de aleatorización automática. Las variables analizadas fueron la hemoglobina (medida preoperatoriamente, postintervención inmediata, primer día y cuarto día), las pérdidas hemáticas en el recuperdor (a las 12 y 24h) y la necesidad de transfusión (autóloga o heteróloga). El análisis estadístico se realizó mediante el paquete SPSS 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) utilizando el test ANOVA, Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney y el test de Ji cuadrado o exacto de Fisher en función de las variables. En todos los casos se consideró como estadísticamente significativos valores de p menores de 0,05.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a sexo, edad, talla, peso, IMC, tiempo quirúrgico ni antecedente de antiagregantes por lo que consideramos los grupos comparables. Referente a la diferencia de hemoglobina entre el pre-

operatorio y el cuarto día, los pacientes del grupo 1 obtuvieron una bajada de 3,88 g/dl, 3,69 los pacientes del grupo 2 y finalmente 3,71 g/dl los pacientes con hueso autólogo, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,639$). Por lo que respecta a las pérdidas hemáticas por el redón, a las 24h después de la intervención, los pacientes sin sellado drenaron de media 268,17 ml, 247,01 ml los del grupo 2 y 276,59 ml los pacientes con hueso autólogo ($p = 0,968$). Finalmente 6 pacientes del grupo 1 requirieron transfusión sanguínea, 3 en el grupo 2 y 3 en el grupo 3 no siendo estas diferencias significativas ($p > 0,05$), así como tampoco se obtuvieron diferencias en cuanto a la necesidad de autotransfusión entre los grupos ($p > 0,05$).

Comentarios y conclusiones: El sellado del canal femoral tras utilizar guía endomedular con hueso autólogo de los cortes óseos es una maniobra ampliamente extendida a la que se le atribuye el mejorar la hemostasia y por tanto disminuir el sangrado posquirúrgico. Dado que en la literatura existente se encuentran discrepancias y posibles factores de confusión, en el presente estudio hemos analizado todos los factores que puedan influir en el sangrado, así como todas las variables relacionadas con las pérdidas hemáticas, sin encontrar diferencia en ninguna de ellas entre los tres grupos utilizados. Por ello, se puede concluir que el sellado del canal femoral en PTR con hueso o cemento no ofrece ninguna ventaja ni desventaja en términos de pérdidas hemáticas, ni si quiera en aquellos clínicamente relevantes como la necesidad de transfusión ni disminución de los niveles de hemoglobina.

CC-906. MANEJO EN NUESTRO SERVICIO DE LAS FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE RODILLA. A PROPÓSITO DE 19 CASOS

J.L. Mata Campos, I. García García, N. Moreno Moreu y A. Arbelo Rodríguez

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: El incremento del número de pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla esta desencadenando un aumento de la incidencia de fracturas alrededor del implante. Con mayor frecuencia se localizan en el fémur. Con este estudio analizamos las características de los pacientes así como el tratamiento efectuado.

Material y método: Estudio retrospectivo en el que se analizaron las características de los pacientes que sufrieron fractura periprotésica de rodilla en nuestro centro entre los años 2001 y 2011. El tamaño de la muestra fue de 19 pacientes (14 mujeres y 5 hombres) con una edad media de 73,7 años. De todas las fracturas sólo una correspondió a la tibia, localizadas el resto en fémur. Sólo se registro una fractura sobre prótesis constreñida, 18 sobre prótesis CR. El intervalo promedio desde la intervención hasta la fractura fue de 6,75 años. El tratamiento instaurado fue: clavo retrógrado 12, placa 6 y 1 se trató ortopédicamente. En 1 caso se realizó recambio protésico. La media de estancia hospitalaria fue de 7,26 días. Se valoró consolidación, complicaciones y estado actual del paciente.

Resultados: En todos los casos la fractura consolidó, siendo la media en deambular de 2,66 meses. 5 casos requirieron transfusiones, en 1 de los pacientes hubo un alojamiento posterior y se realizó recambio a prótesis constreñida y en 1 se produjo refractura requiriendo reosíntesis. El balance articular promedio alcanzado fue 0-100. 3 de los 19 pacientes han fallecido. No hubo casos de mortalidad intrahospitalaria.

Comentarios y conclusiones: El número de fracturas periprotésicas va en aumento aunque aún es bajo. La complejidad de las fracturas y las características de los pacientes se ve reflejada en los resultados obtenidos, lográndose una recuperación lenta.

CC-907. ES POSIBLE CORREGIR LA ALTURA DE LA LÍNEA ARTICULAR EN LAS PRÓTESIS TOTALES DE RODILLA NAVEGADAS

J. Baselga García Escudero y P.M. Hernández Trillos

Hospital Ruber Internacional. Madrid.

Introducción y objetivos: Evaluar la influencia que ejerce el nivel de la línea articular en la evolución de una prótesis total de rodilla reallizadas con sistema de navegación.

Material y método: Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal retrospectivo, con una cohorte de 145 pacientes que durante febrero de 2005 y abril de 2006 fueron sometidos a reemplazo total de rodilla, utilizando el mismo tipo de implante, con un seguimiento máximo de 5 años. Se determinó en nivel de la línea articular de la rodilla prequirúrgica y posquirúrgica según el método de Norman, Egund y Ekelud. Se recopiló el nivel corte de fémur y tibia en el plano lateral y frontal realizado durante la cirugía, y se analizó qué variables podrían influir para lograr un óptimo nivel de la línea articular, alineación de componentes y mejores resultados funcionales.

Resultados: El 26% fueron masculinos y 74% fueron femeninas con un promedio de edad fue de 72,1 años. En el control posquirúrgico 83 pacientes (57%) tuvieron un eje en neutro. El del ángulo de inclinación posterior de tibia en el eje axial fue de $2^\circ \pm 1,3^\circ$. El del ángulo del componente de fémur en el eje coronal fue de 90° ($p < 0,01$). 58 pacientes (40%) tuvieron un Índice vertical prequirúrgico dentro de lo normal. 116 pacientes (80%) presentaron un descenso de la línea articular luego de la cirugía, con un índice vertical de Norman, Egund y Ekelund medio de 0,14 (DE 0,09) y 29 pacientes (20%) presentaron una elevación de la línea articular luego de la cirugía, con un Índice Vertical medio de 0,28 (DE 0,01). Preoperatoriamente la escala de función KSS fue de 57 ± 13 (rango 35-75) comparada con 85 ± 16 (rango 50-100) en el postquirúrgico ($p < 0,05$).

Comentarios y conclusiones: La variación de la altura de la línea articular en cirugía navegada de reemplazo total de rodilla es una variable más a tener en cuenta en la buena evolución de la prótesis.

CC-908. COMPARACIÓN DE LA ESTABILIDAD Y RESULTADOS FUNCIONALES DE LA PLASTIA HTH AUTÓLOGA FRENTE AL ALOINJERTO EN LA RECONSTRUCCIÓN LCA

J.S. Ribas García-Peñuela, J. Balaguer Andrés, F. Espí Escrivá, C. Juandó Amores y D. Crespo González

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y objetivos: Aunque la plastia más utilizada para la reconstrucción del LCA es el autoinjerto HTH, el aloinjerto HTH es una alternativa a la plastia tanto en cirugía primaria como en casos de revisión. El objetivo del nuestro estudio es analizar y comparar los resultados clínicos y funcionales de las plastias HTH homólogas frente a las autólogas empleadas en nuestro hospital para la reconstrucción del ligamento cruzado anterior.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro hospital de una reconstrucción del LCA. Revisamos y comparamos los pacientes en los que se empleó una plastia HTH autóloga u homóloga, entre junio de 2008 y junio 2011. Se mide el balance articular, se utiliza el formulario IKDC y el test Lys-holm para la valoración clínica subjetiva, se valora el dolor en el postoperatorio, se mide estabilidad de la plastia mediante el artrómetro GeNouRoB® y se recogen las complicaciones perioperatorias.

Resultados: Se incluyen 17 pacientes en el grupo aloinjerto frente a 31 pacientes en el grupo del autoinjerto. No existen diferencias entre ambos grupos en cuanto a datos demográficos de edad media, rodilla intervenida y sexo de los pacientes. En el grupo aloinjerto un 29,4% se trataban de cirugías de revisión. El tiempo medio de seguimiento es de 18,5 meses (rango 8-49 meses). La puntuación promedia en el formulario IKDC 84,2% consideran su rodilla normal en el grupo aloin-

jerto frente a 82,7% en el grupo autoinjerto. La diferencia de traslación anterior media respecto a la rodilla sana medida con el artrómetro GeNouRoB® fue de 2,7 mm del grupo aloinjerto frente a 2,5 mm del grupo autoinjerto. El dolor en el postoperatorio fue menor en el grupo aloinjerto. No recogemos ninguna complicación mayor en ambos grupos.

Comentarios y conclusiones: La plastia alogénica para la reconstrucción del ligamento cruzado anterior nos proporciona resultados funcionales y estabilidad similares a los conseguidos con plastia autóloga y mejora y acorta el postoperatorio inmediato y evita las complicaciones en zona donante. Es por tanto una alternativa eficaz en cirugías de revisiones y también en cirugía primaria permitiendo una más rápida recuperación debido a un menor dolor postoperatorio.

CC-909. GONARTROSIS, DEFORMIDAD EXTRARTICULAR Y DÉFICIT DEL APARATO EXTENSOR. CORRECCIÓN INTRARTICULAR CON PTR Y ALOINJERTO

M. Panadero Moncusí, J.G. Bernal Vargas, F. Yáñez Siller, A. Masferrer Pino, M. Llauredó Poy, F. Aliaga Ortuña, J. Asencio Santotomas y J. Hernández Hermoso

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.

Introducción y objetivos: Tan sólo una de cada 1.000 PTR primarias se realizan con deformidad extrarticular. Se puede realizar una corrección extra o intrarticular y en uno o dos tiempos. Hay pocas referencias en la literatura que asocien además un defecto en el aparato extensor.

Material y método: Paciente de 64 años con antecedente de fractura de fémur asociada a lesión de LCA en la adolescencia. El fémur fue tratado de manera conservadora y se le realizó una plastia al LCA tipo HTH. Debido a una movilización forzada por rigidez sufrió ruptura del tendón rotuliano y reinserción quirúrgica del mismo. El paciente presentaba en la actualidad un genu varo con deformidad extrarticular asociada, y defecto del aparato extensor.

Resultados: Al paciente se le colocó una PTR primaria con corrección intrarticular con la ayuda de sistema de navegación asistida. El defecto de su aparato extensor fue solucionado con el uso de aloinjerto completo. El paciente a los dos años presenta una evolución satisfactoria con un balance articular activo de 0 a 85 grados con una autonomía a la deambulación de una hora.

Comentarios y conclusiones: La corrección intrarticular en un solo tiempo aumenta la dificultad y requiere una buena previsión prequirúrgica. Está indicada en deformidades leves o moderadas y respetando las inserciones ligamentosas. El uso de aloinjerto es una buena opción de rescate en disrupciones crónicas. Es necesario hacer estudios a largo plazo.

CC-910. EL ÁCIDO TRANEXÁMICO REDUCE EL SANGRADO EN LA CIRUGÍA PROTÉSICA DE REVISIÓN DE RODILLA

M. Almenara Fernández, X. Aguilera Roig, S. Videla Ces, J.C. González Rodríguez, M. Jordán Sales, J. Colomina Morales, F. Celaya Ibáñez y J.C. Monllau García

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: El número de artroplastias totales primarias de rodilla (ATR) realizadas en los últimos años en los países desarrollados ha aumentado y, en consecuencia, también el número de artroplastias totales de rodilla de revisión (ATR-rev). Este hecho se asocia al incremento de la esperanza de vida de la población, la longevidad del implante, la selección del paciente y el aumento del número de ATR en personas más jóvenes. Por esta razón, se espera que la demanda de procedimientos de ATR-rev crezca sustancialmente en los próximos años. La ATR-rev es un procedimiento quirúrgico agresivo, asocia-

do a una pérdida ósea y gran pérdida sanguínea que, en ocasiones, requiere de transfusiones sanguíneas. Todo ello es motivo de gran preocupación para el cirujano ortopédico y el anestesiólogo. La efectividad del ácido tranexámico (AT, fármaco antifibrinolítico) en los requerimientos de las transfusiones en las ATR-rev se desconoce. El objetivo de este estudio retrospectivo es demostrar la efectividad de la administración de AT en la pérdida sanguínea de los pacientes sometidos a una ATR-rev.

Material y método: Entre abril de 2006 y febrero de 2010, 68 pacientes fueron incluidos en el estudio, que cumplían el criterio de presentar un aflojamiento aséptico que requirió una revisión de los componentes protésicos, y en los que el procedimiento quirúrgico se realizó en un solo tiempo. Se dividieron en 3 grupos: grupo control, pacientes no tratados con AT, aunque no estaba contraindicado, grupo de AT, pacientes, tratados con AT, y grupo de no-AT, pacientes no tratados con AT, por contraindicación del mismo.

Resultados: La muestra estaba formada por 68 pacientes, 19 varones y 49 mujeres, con una media de edad de 74 años. Veintiocho pacientes en el grupo control, 19 en el grupo de AT y 21 en el grupo de no-AT. Pacientes transfundidos: 54%, 32% y 62%; número de concentrados de hematies transfundidos [media (rango)]: 2 [1-4], 2 [2-2] y 2,5 [1-5] ($p = 0,057$); pérdida de sangre total estimada (mL): 1.693 (689), 1.196 (665) y 2.454 (2.166) ($p = 0,015$). No se evidenciaron complicaciones.

Comentarios y conclusiones: El AT parece ser un tratamiento efectivo, seguro, fácil de emplear y económico para contribuir a la reducción de los requerimientos de pérdida sanguínea y transfusión de concentrados de hematies en las artroplastias totales de revisión de rodilla.

CC-911. EXPERIENCIA EN FRACTURAS DE MESETA TIBIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO ENTRE 2010 Y 2011

T. Beteta Robles, S. González González, S. González González, C. Jiménez Salanova, A. Guijarro Valtueña, C. Zorzo Godes y A. Ortega Briones

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de tibia proximal afectan a una articulación de carga y son lesiones graves que provocan importantes anomalías funcionales. Las fracturas articulares o de meseta tibial representan un 1% de las fracturas en la población general y el 8% de las fracturas en ancianos. La mayoría se producen por accidentes de alta energía, viéndose afectado con más frecuencia el platillo tibial externo. Gracias a las mejoras de la técnica y de los implantes quirúrgicos la tendencia actual es hacia el tratamiento quirúrgico de estas fracturas.

Material y método: Se realizó una revisión retrospectiva de las fracturas de meseta tibial que ingresaron en nuestro hospital entre enero de 2010 y diciembre de 2011 y tenían indicación quirúrgica. Se encontraron 43 pacientes. De ellos 4 casos no pudieron ser intervenidos debidos a su mal estado general. Se analizaron datos epidemiológicos y terapéuticos así como las complicaciones aparecidas en el primer año de seguimiento. Se utilizó la clasificación de Schatzker para subdividir las fracturas.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo o la lateralidad de la fractura. El 62% de los pacientes tenían entre 20-50 años y el 38% más de 50 años. La mayoría de las fracturas se produjeron por accidentes de alta energía y se acompañaron de otras fracturas en el 30% de los casos. La fractura más frecuente fue el tipo II de Schatzker. En los tipos I, II y III el tratamiento preferido fue osteosíntesis con tornillos canulados con control artroscópico, utilizando sustitutivo óseo en el 48,2% de los casos, mientras que en los tipos IV, V y VI se prefirió la osteosíntesis mediante placas. Los resul-

tados fueron satisfactorios en el 85% de los casos e iniciaron la movilización en una media de 3 semanas tras la intervención y la carga efectiva en 12 semanas. Hubo complicaciones en el 13% de los pacientes, coincidiendo con las fracturas tipo V y VI de Schatzker.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de meseta tibial son fracturas relativamente frecuente en la población general, la mayoría consecuencia de accidentes de alta energía. La meseta externa es la que se ve afectada con más frecuencia. La reducción y osteosíntesis con tornillos canulados es el tratamiento preferido obteniéndose buenos resultados en la mayoría de los casos.

CC-912. OSTEOTOMÍA VALGIZANTE DE RODILLA EN UN CASO DE LUXACIÓN DE RODILLA

S. González González, T. Beteta Robles, C. Jiménez Salanova, M.S. González González, A. Guijarro Valdueña, B.C. Zorzo Godes, A. Ortega Briones y J. Jiménez Cristóbal

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: La osteotomía valgizante de tibia en el tratamiento del genu varo es una técnica segura con una tasa de 80% de buenos resultados. Entre sus contraindicaciones absolutas clásicamente se incluye la inestabilidad ligamentosa moderada o grave y entre sus contraindicaciones relativas la subluxación tibiofemoral.

Material y método: Se expone un caso clínico con apoyo iconográfico y se realiza revisión de la literatura a propósito de dicho caso.

Resultados: Se presenta un caso de un varón de 50 años que trabaja en la construcción y sufre una lesión traumática de rodilla con diagnósticos de rotura inestable de cuerno posterior de menisco interno, de ligamentos cruzados anterior y posterior y del complejo posteroexterno. Se interviene de meniscectomía parcial, de plastias con aloinjerto hueso-tendón-hueso en ambos ligamentos cruzados y en el ligamento lateral externo. Se trata con ortesis 3 meses y descarga 6 semanas y posterior rehabilitación intensa. En el seguimiento a los 9 meses presenta dolor en la interlínea interna sin signos de inestabilidad ni dolor femoropatelar. En las pruebas de imagen se aprecia una integridad cartilaginosa, ausencia del ligamento lateral externo, subluxación medial femorotibial y una desviación en varo de 3,50°. Se decide tratamiento con una osteotomía valgizante de tibia y síntesis con placa para corregir 5°. Se mantiene en descarga 3 semanas y posterior carga parcial. En el seguimiento al año y medio presenta ausencia de dolor en interlíneas y leve molestia femoropatelar.

Comentarios y conclusiones: La laxitud lateral no es una contraindicación para la osteotomía valgizante (Yasunaga 1996). Paley en 1995 propuso el retensado del ligamento lateral externo junto con la osteotomía, aunque la mayoría de autores no lo indiquen y prefieran realizar una hipercorrección.

CC-913. ARTROPLASTIA DE REVISIÓN DE RODILLA CON IMPLANTE OPTETRAK: NUESTRA EXPERIENCIA

A.A. Rodríguez León, J.J. Hidalgo Díaz, I. Menéndez Quintanilla, M. Nagib Raya, M. Álvarez Blanco y L. Fernández García

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Los avances técnicos han provocado un aumento de la cirugía protésica y un subsiguiente aumento de cirugía de revisión protésica. De las diferentes opciones en nuestro Servicio se utiliza la prótesis Optetrak para las cirugías de revisión. El objetivo de este trabajo es valorar los resultados que dicho implante arroja en nuestra experiencia quirúrgica.

Material y método: Pacientes sometidos a artroplastia de revisión, desde el 01.01.09 hasta el 31.04.11 (mínimo de 12 meses de segui-

miento). Implantación de prótesis Optetrak de revisión. Muestra de 13 pacientes: Edad media 69,55 años, rango de 44 a 85 años. Distribución por sexos: 3 hombres (23,1%) y 11 mujeres (76,9%). Lateralidad: 7 intervenciones sobre rodilla derecha (53,84%) y 6 sobre rodilla izquierda (46,16%). Causa artroplastia primaria: gonartrosis: 11 pacientes (84,61%). Artritis reumatoide: 2 pacientes (15,39%). Causa artroplastia revisión: infección: 4 pacientes (30,79%). Movilización aséptica: 8 pacientes (61,52%). Inestabilidad (subluxación prótesis): 1 paciente (7,69%).

Resultados: 4 pacientes: recambios en segundo tiempo. 9 pacientes: revisión en un tiempo: 8 pacientes: recambio femoral + tibial + polietileno*. 1 paciente: recambio componente tibial + polietileno. Todos los pacientes fueron intervenidos de forma programada. Estancia media: 18 días (11-56 días). Tiempo quirúrgico medio: 150 minutos (120-260 minutos). Complicaciones: Intraoperatorias: Lesión arteria poplítea: by-pass poplítea-poplíteo. Fractura tibial: cerclaje con doble cincha. Postoperatorias: Infección H^a Qx: tto antibiótico.

Comentarios y conclusiones: Seguimiento mínimo 12 meses. Deambulaban 100%. WOMAC media: 85 puntos. Todos los pacientes se declaran subjetivamente satisfechos. Debe conservarse hueso, restablecer interlinea y ojo balance articular. Multitud de implantes en el mercado, elegir el que más se ajuste. El cirujano no termina el trabajo con la última grapa. Hasta el momento, las revisiones de pacientes con fracaso de ATR primaria mediante implantación de Optetrak de revisión arrojan un resultado favorable en nuestro medio.

CC-914. PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. ¿INFLUYE EL TIPO DE SIERRA?

A. Arroyo Dorado, C. Esteve Balzola, I. Loyola García Forcada, M.I. Elías Payán, E. Blanch Gironès y J. Giné Gomà

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: La prótesis total de rodilla (PTR) es un procedimiento quirúrgico complejo en el que intervienen los cortes óseos y el balance de las partes blandas. Uno de los factores principales para conseguir un buen resultado funcional y aumentar la supervivencia de las prótesis es la posición adecuada de los implantes. Nuestro objetivo es comparar dos tipos de sierra en la precisión en el corte tibial y femoral distal, y la necesidad de realizar cortes sucesivos en caso de que el primero no haya sido correcto.

Material y método: Estudio prospectivo comparativo aleatorizado sobre 60 pacientes divididos en dos grupos: Grupo 1: 30 pacientes, cortes óseos realizados con sierra oscilante Stryker System 6°. Grupo 2: 30 pacientes, cortes óseos realizados con sierra oscilante Stryker Precision°. Las prótesis utilizadas han sido PFC Sigma (Depuy®) y Columbus (Aesculap®) navegadas ambas. Análisis estadístico por un observador independiente, considerando estadísticamente significativo un nivel de $p < 0,05$.

Resultados: En cuanto a resultados globales, el corte tibial es “perfecto” en relación al varo-valgo en 14 casos (5 Precision®, 9 System 6°). Si hablamos de espesor de corte, el corte tibial es exacto al calculado con el navegador en 9 casos (1 Precision®, 8 System 6°). En referencia al slope, el corte tibial es exacto al calculado en 12 casos (6 Precision®, 6 System 6°).

Comentarios y conclusiones: El nivel de precisión es mayor en la osteotomía tibial con la sierra Precision® y en la femoral con la sierra estándar System 6° ($p > 0,05$). Con la sierra estándar System 6° se ha necesitado mayor número de modificaciones de la osteotomía tibial ($p > 0,05$). El tiempo quirúrgico es menor en el grupo de la sierra Precision® ($p > 0,05$). Las diferencias no son estadísticamente significativas en ningún caso.

CC-915. RESULTADOS A MEDIO PLAZO DE LAS SUTURAS MENISCALES MEDIANTE TÉCNICAS ALL INSIDE

A.M. Martín Fuentes, L. García Lamas, F.B. Gutiérrez Narvarte, M. Mellado Romero, B. Bravo Giménez, C. Martín López, J.M. Cano Egena y J. Vilà Rico

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Analizamos los resultados clínico-funcionales de las roturas meniscales mediante técnica all-inside comparando aquellas suturas aisladas y asociadas a ligamentoplastia del LCA.

Material y método: Estudio retrospectivo de 34 pacientes con 36 reparaciones meniscales realizadas en el Hospital 12 de Octubre entre 2008-2011 con seguimiento mínimo de 12 meses. Criterios de inclusión: lesiones verticales mayores de 10 mm en zonas roja-roja o roja-blanca. Se reconstruyeron 19 LCAs en la misma intervención. Evaluación realizada con la Escala de Lysholm y Nivel de actividad de Tegner.

Resultados: En G1 la Escala de Lysholm mejoró de 62,47 a 88,60 puntos (26,13), 8 pacientes (53%) tuvieron un resultado excelente y 5 (33%) bueno. En G2 se pasó de 54,47 a 88 puntos (33,53), 11 pacientes (58%) con resultado excelente y 5 (26%) bueno. La tasa de mejoría en el grupo 2 fue mayor de forma estadísticamente significativa. La escala de Tegner mejoró de 2,86 a 4,53 (1,67) en el G1 y de 3,52 a 5,47 (1,95) en G2. Hubo 5 fracasos de reparación (2 G1 y 3 en G2) y una neuroapraxia del nervio safeno posquirúrgica.

Comentarios y conclusiones: Las técnicas all inside ofrecen buenos resultados en las roturas meniscales. La mejoría clínica es mayor en el grupo de suturas asociadas a ligamentoplastias de LCA de forma significativa.

CC-916. EL ÚLTIMO ESCALÓN: LA ARTRODESIS DE RODILLA

A.D. González Pérez, R. Fuster Acebal, J.M. Barceló Bañuls, D. Ruiz Picazo, A. Blanco Parreño y L.E. Hernández Castillejo

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: La artrodesis de rodilla se ha utilizado y se utiliza, como procedimiento de salvamento en pacientes con rodillas no reconstruibles, con pérdida masiva de tejidos, infección, inmunodeficiencias, lesiones irreparables del aparato extensor y en la artroplastia de rodilla fallida. Para realizarla, se han empleado múltiples técnicas quirúrgicas: clavo intramedular, placas de compresión y fijación externa. El objetivo de este trabajo es: la valoración clínica y la evolución de los pacientes tratados con una artrodesis de rodilla en nuestro centro durante los últimos 10 años.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados con una artrodesis de rodilla entre enero de 2001 a junio de 2011, con un seguimiento mínimo de 24 meses. Se evaluaron a 16 pacientes a los cuales se les había realizado dicha técnica. Las causas por las cuales llegaron a ese procedimiento fueron variadas, incluyéndose fracasos de artroplastias rodilla séptica y aséptica, miembro afecto de poliomieltis y artritis postraumática.

Resultados: De los 16 casos, 8 fueron tratados con fijación externa (en todos los casos monoplares), 7 casos fueron tratados con clavo intramedular y uno de ellos con placas a compresión. Se consiguió la consolidación primaria en 13 de los casos (81%), con un tiempo medio de consolidación de 7,5 meses. Los otros tres casos requirieron una nueva cirugía de rescate. Los pacientes consiguieron una buena funcionalidad de dicho miembro, consiguiendo una deambulación eficiente en todos ellos y una disminución del dolor, valorado con la escala EVA.

Comentarios y conclusiones: La artrodesis de rodilla es un procedimiento de salvamento efectivo ante lesiones complejas de miembro inferior, pudiendo conseguir una extremidad funcional y no dolorosa, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

CC-917. DISMINUCIÓN DE LAXITUD DE PLASTIA DE ISQUIOTIBIALES CON MANIOBRA DE CAJÓN POSTERIOR DURANTE LA FIJACIÓN

C. López-Orosa, M. Gil de Rozas López, S. Pastor García, S. Pascual del Hoyo, P. Benavente Rodríguez, M. Coco Velilla, A. Orois Codesal y F.J. García Lázaro

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: Una de las desventajas atribuidas a la utilización de isquiotibiales como plastia de sustitución del ligamento cruzado anterior es la laxitud evolutiva objetivada a pesar de ser asintomática. Con el objetivo de disminuir dicha laxitud aumentamos la tensión de la plastia en el momento de fijación tibial aplicando cajón posterior en máxima extensión. Presentamos nuestra experiencia con esta maniobra

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo de casos (pacientes en los que se fijó la plastia de cruzado con cajón posterior) y controles (fijación de la plastia sin cajón posterior). Se recogen 30 pacientes, intervenidos de reconstrucción artroscópica del ligamento cruzado anterior en el Hospital de Fuenlabrada entre los años 2008 a 2011. Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo cirujano, se utilizó como plastia los tendones Semitendinoso y Gracilis, técnica Retrobutton. Quedan excluidos aquellos pacientes con sutura meniscal concomitante. Todos los pacientes siguieron el mismo protocolo rehabilitador sin ortesis articulada. Se compara la percepción subjetiva postoperatoria del paciente, Lachman postoperatorio realizados por el cirujano y medico rehabilitador y el balance articular al mes, 3 y 6 meses.

Resultados: Se obtuvieron 17 casos, edad media 26 años, y 13 controles edad media 28 años. Mientras que en los controles la percepción subjetiva del cirujano fue de menor estabilidad respecto a los casos, solo un paciente, dentro de los casos, mostró un Lachman positivo, con sensación de tope, durante el postoperatorio tanto a la exploración por el cirujano, como por el rehabilitador, pero sin repercusión clínica y con RNM de control negativa. El resto de parámetros no mostraron diferencias en ambos grupos, ni se observaron complicaciones en ambos grupos.

Comentarios y conclusiones: En nuestra experiencia creemos que esta maniobra disminuye considerablemente la incidencia de laxitud evolutiva, objetivada con el test de Lachman, cuando utilizamos isquiotibiales como plastia de sustitución, sin repercutir el balance articular y la recuperación del paciente. Este trabajo queda limitado por la imposibilidad de usar un KT-1000, en el postoperatorio.

CC-918. ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA REALIZADA CON PLANTILLAS FIJAS PREDETERMINADA POR TAC. ESTUDIO PRELIMINAR

C. Villamil Gallego, J. Ramon Solé, J. Villalba Modol y P. Torner Pifarré

Hospital de Sabadell. Barcelona.

Introducción y objetivos: En los últimos años se ha observado la incorporación de nuevas técnicas a la hora de realizar una artroplastia total de rodilla. Las plantillas preconformadas son guías elaboradas con base en estudios radiológicos precisos del paciente. En España se han realizado artroplastias basándose en imágenes de resonancia magnética previas a la intervención. Presentamos los primeros casos realizados en nuestro medio utilizando plantillas predefinidas con tomografía axial computarizada de miembros inferiores.

Material y método: Se realiza una serie inicial de ocho pacientes con antecedentes de artrosis de rodilla avanzada candidatos para realizar una artroplastia total de rodilla y operados en nuestro hospital durante los meses de febrero y marzo del 2012. Se le realizó previamente

un estudio tomográfico de extremidades inferiores y se obtuvieron unas plantillas fijas preconformadas para que guiaran las osteotomías a realizar durante la intervención. En el seguimiento postoperatorio del paciente se le realiza una valoración seriada mediante escalas funcionales y controles con imágenes radiográficas.

Resultados: Los resultados postquirúrgicos son satisfactorios. No se aprecian complicaciones ni intra ni postoperatorias. Se observa disminución del tiempo quirúrgico y una adecuada colocación del implante en estudios radiográficos. Se evidencia una buena recuperación funcional en las primeras semanas postoperatorias según los resultados de las escalas funcionales.

Comentarios y conclusiones: Las plantillas fijas realizadas por TAC para la colocación de artroplastia total de rodilla muestran unos resultados satisfactorios en las primeras semanas postoperatorias. Hay que tener en cuenta que el seguimiento es corto y es necesario un seguimiento a largo plazo para valorar su evolución.

CC-919. EVALUACIÓN DE LA POSICIÓN DEL TÚNEL FEMORAL EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LCA: TÉCNICA TRANSTIBIAL FRENTE A TÉCNICA ANTEROMEDIAL

C. Yela Verdú, I. Clarés Moreno, J.L. Cabré Serres, D. Mateu Vicent, S. Sabatés Mallorques, R. Torres Romaña y F. Anglès Crespo

Hospital Universitario Mútua Terrassa. Barcelona.

Introducción y objetivos: La reconstrucción de LCA mediante la técnica del portal anteromedial pretende conseguir una mayor horizontalización del túnel femoral. Esto permite una colocación más exacta y anatómica del túnel con el consiguiente mayor control de la estabilidad rotacional de la rodilla. El objetivo del estudio es demostrar que, la técnica anteromedial, en comparación con la técnica transtibial, permite una mayor horizontalización del túnel femoral.

Material y método: Estudio retrospectivo con 50 pacientes intervenidos de LCA según técnica transtibial y 50 pacientes intervenidos según técnica anteromedial. Utilizando una proyección anteroposterior de radiografía simple podemos valorar la posición del túnel femoral mediante el cálculo del ángulo femoral. El ángulo femoral es el ángulo formado entre el eje anatómico diafisario del fémur y el eje del túnel femoral en una radiografía simple anteroposterior.

Resultados: Los pacientes intervenidos mediante la técnica anteromedial tienen un ángulo femoral medio de 40,4° ($\pm 9,8^\circ$) mientras que los pacientes intervenidos mediante la técnica transtibial tienen un ángulo femoral medio de 19,0° ($\pm 8,3^\circ$).

Comentarios y conclusiones: La reconstrucción de LCA mediante la técnica del portal anteromedial permite una mayor horizontalización del túnel femoral, en comparación con la más clásica técnica transtibial tras calcular el ángulo femoral en radiografías postoperatorias.

CC-920. RUPTURA PATOLÓGICA BILATERAL DEL TENDÓN ROTULIANO

E. Alcántara Vila, J.P. García de la Fuente, M. Maireles Pérez, M.A. Fernández Suárez, C. Jorge Santos, A. Dealbert Andrés, M. Garriga Santamaría y L. Mateo Olivares

Hospital Fundació Sant Camil. Barcelona.

Introducción y objetivos: La ruptura bilateral del tendón rotuliano es una lesión poco frecuente y que suele presentarse en pacientes con antecedentes de enfermedades sistémicas y tratamiento corticoide de larga evolución.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 61 años, con antecedentes de artritis reumatoide de mal controlada, asma bronquial e HTA, que sufre una ruptura de ambos tendones rotulianos sin traumatismo previo. Confirmado el diagnóstico clínico

mediante exploraciones de imagen, se procede a la intervención quirúrgica realizando la reparación tendinosa con técnica que varía en función de la zona de ruptura (termino-terminal o reinserción rotuliana), con refuerzo mediante plastia de tendones isquiotibiales autólogos en ambos casos.

Resultados: Tras el período de rehabilitación, los resultados funcionales son correctos tras un seguimiento de 6 meses.

Comentarios y conclusiones: A raíz de este caso, procedemos a una revisión de esta patología infrecuente en relación al efecto sobre los tendones en casos de enfermedades sistémicas y, sobre todo, al tratamiento con corticoides.

CC-921. TRATAMIENTO DE FRACTURAS PERIPROTÉSICAS SUPRACONDÍLEAS DE RODILLA CON ENCLAVADO INTRAMEDULAR RETRÓGRADO

H.M. García Robledo, M. Aroca Peinado y L. Díez Berrio

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas periprotésicas supracondíleas de rodilla suelen ser difíciles de tratar debido a la osteoporosis y avanzada edad de los pacientes. Debido que la prótesis de rodilla es una intervención que se realiza cada vez con más frecuencia, junto con el envejecimiento de la población portadora, explica que la frecuencia de las fracturas periprotésicas supracondíleas de rodilla vaya en aumento siendo actualmente las fracturas periprotésicas más frecuentes. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia del enclavado intramedular retrógrado para el tratamiento de este tipo de fracturas.

Material y método: Se revisaron retrospectivamente todas las fracturas periprotésicas supracondíleas de rodilla desde enero de 2002 hasta abril de 2012 tratadas con enclavado intramedular retrógrado con clavo Trigen (Smith-Nephew) en pacientes mayores de 65 años, sin aflojamiento del componente femoral, con una escotadura intercondilar adecuada y en las que la conminución del fémur distal permita la inserción estable de al menos 2 tornillos de bloqueo distal.

Resultados: La consolidación radiográfica se obtuvo en todos los pacientes. El rango promedio de movimiento fue similar al que presentaban previamente a la fractura. El acortamiento femoral y desviación axial promedios fueron tolerables. No se observaron lesiones vasculares o nerviosas, infección posoperatoria, osificación heterotópica sintomática, migración del clavo intraarticular, ni aflojamiento de los componentes y no fue necesaria una revisión en ningún caso.

Comentarios y conclusiones: Con clavos intramedulares retrógrados se obtuvieron una consolidación de la fractura excelente y buena recuperación funcional en pacientes con fracturas supracondíleas periprotésicas. La técnica es relativamente sencilla realizar y mejora la curación de la fractura, proporcionando estabilidad adecuada con mínima lesión de tejidos blandos, ya que tienen la ventaja teórica de no desperdiciar el hueso en la zona de fractura, por todo ello puede ser una opción terapéutica en este tipo de fracturas.

CC-922. FRACTURAS PERIPROTÉSICAS TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA. NUESTRA EXPERIENCIA

J.F. Muñoz González, J.A. Diáñez Raimúndez, C. Argüelles Rodríguez, R. Iglesias Pañeda, S. Ramos García, S. Antón García, J.M. Fernández-Valdés Fernández y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Valorar resultados radiológicos y funcionales tras la estabilización de fracturas periprotésicas de rodilla en fémur distal mediante placas y clavos intramedulares, y compararlos con los recogidos en la literatura actual.

Material y método: Estudio retrospectivo de 25 pacientes diagnosticados de fractura periprotésica de rodilla, entre los años 2008 y 2011, 18 mujeres y 7 hombres con edades comprendidas entre los 68 y 85 años. Seguimiento mínimo de 12 meses. Revisión sistemática de historias y de los pacientes en la consulta. Se recogen los datos en un protocolo y se tipificaron las fracturas según la clasificación de Neer y de DiGioia y Rubash. Evaluación de los resultados radiológica y funcionalmente.

Resultados: En nuestra serie, 17 pacientes (68%) fueron tratados mediante enclavado retrógrado, en 6 casos (24%) se realizó osteosíntesis con placas y en 2 (8%) se optó por tratamiento conservador. En 4 casos se complementó la osteosíntesis con injerto. De los evaluados hasta este momento, el promedio de consolidación fue de 15 semanas. En cuanto a la función, el arco de flexo-extensión medio fue de 85 a 0 grados, con tres casos de pérdida de extensión completa. En todos los casos se logró devolver a los pacientes un estado funcional satisfactorio.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas periprotésicas proximales a prótesis totales de rodilla pueden tratarse de diversas formas. Teniendo en cuenta que a día de hoy ninguna de ellas es de elección, es importante entender cuáles son las mejores opciones terapéuticas para cada tipo de lesión. Es primordial la planificación preoperatoria, conocer el componente protésico implantado y definir si está o no aflojado. Habrá que tener en cuenta además la cantidad de hueso disponible. El clavo retrógrado representa una técnica útil en las fracturas extraarticulares, mientras que las placas serían de elección en las que comprometen el componente protésico femoral. El tratamiento conservador tiene indicaciones muy limitadas.

CC-923. COMPARACIÓN DE LA INYECCIÓN INTRAARTICULAR DE PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETAR (PRGF) Y ÁCIDO HIALURÓNICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS DE RODILLA. ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO

J.M. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, G. Mora Gasque, I. Crespo Culler, A. Valentí Azcárate, P. Díaz de Rada Lorente y J.R. Valentí Nin

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Aunque la artrosis afecta a una gran proporción de la población, no existe, sin embargo, una terapia médica que permita modificar claramente el curso natural de la enfermedad. Nuestro objetivo es comparar la eficacia clínica del PRGF frente a ácido hialurónico en pacientes con artrosis de rodilla en distintas fases radiológicas de artrosis.

Material y método: Estudio prospectivo con 2 ramas de tratamiento que contará con un total de 80 pacientes según el siguiente esquema: Grupo I: 40 pacientes. 3 Infiltraciones (una cada semana) de PRGF (8 ml) intraarticular a nivel de la rodilla. Grupo II: 40 pacientes. 1 infiltración de ácido hialurónico (Hyalone®). Todos los pacientes del estudio son evaluados según criterios de inclusión y exclusión con radiografía de rodilla (anteroposterior, Rosenberg y lateral) antes del tratamiento. Clínicamente los pacientes son valorados con la escala KOOS, WOMAC y VAS antes del tratamiento y a los 6 meses del mismo.

Resultados: Presentamos los resultados preliminares sobre 32 pacientes con seguimiento de 6 meses, con un total de 16 pacientes por cada línea de tratamiento. Todos los pacientes presentan un grado radiológico de Kellgren Lawrence mayor de 2, con una media de edad de 61,5 en el grupo de ácido hialurónico y 61,5 años en el de PRGF.

Comentarios y conclusiones: Presentamos la conclusiones preliminares del estudio, en el uso clínico de la inyección intraarticular de plasma rico en factores de crecimiento plaquetar en comparación con el ácido hialurónico.

CC-924. TRATAMIENTO DE FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS DE FÉMUR EN ANCIANOS MEDIANTE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. NUESTRA EXPERIENCIA

J.A. Porcel Vázquez, E. Castellet Feliu, N. Joshi Jubert, J. Minguell Monart, G. Duarri Lladó, M. Casaccia Distefano, E. Cáceres Palou y J. Nardi Vilardaga

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas supracondíleas en ancianos son difíciles de tratar, y de forma habitual la osteosíntesis es el tratamiento de elección. Debido al aumento de la esperanza de vida de la población se estima que la incidencia de este tipo de fracturas en los próximos años sea mucho más elevada, por lo que nuevas alternativas de tratamiento como la artroplastia total de rodilla son una alternativa válida.

Material y método: Presentamos 3 casos de mujeres de edad avanzada, con una media de 91 (89-93) años de edad, que presentan fracturas supracondíleas de fémur tras traumatismos de baja energía. Se realizaron estudios de radiología simple inicial en el servicio de urgencias, clasificando las fracturas como 33A-C según la clasificación de la AO. Se completó el estudio mediante tomografía computarizada (TC) para una correcta planificación perioperatoria. Se inmovilizó a las pacientes mediante tracción blanda y se realizó un protocolo de analgesia endovenosa preoperatoria.

Resultados: En el análisis preoperatorio mediante TC se evidenciaban fracturas supracondíleas de fémur tipo C según la clasificación de la AO. Presentaban una gran osteoporosis y conminución, además de signos degenerativos articulares, por lo que se decidió realizar la artroplastia total de rodilla como tratamiento de elección ya que la reconstrucción anatómica se antojaba dificultosa desde un principio. Se intervino a las pacientes mediante prótesis total de rodilla de bisagra rotacional Endo-model (Link) incluyendo la protetización de la patela. En todos los casos se cementaron todos los componentes mediante cemento con antibiótico (Vancogenx). Todas las intervenciones se realizaron con isquemia para minimizar la pérdida sanguínea y así reducir las complicaciones postoperatorias. En todas las pacientes se colocaron redones, que se retiraron a las 24 horas, momento en el cual se inició la sedestación. La bipedestación con ayuda de auxiliares se inició a las 48 horas. Una de las pacientes desarrolló un hematoma postquirúrgico, por el que se volvió a intervenir. Otra de las pacientes presentó una dehiscencia a nivel de la herida quirúrgica, que se resolvió de forma espontánea sin presentar ningún signo de infección. La tercera paciente presentaba dificultades para la movilización debido a sus comorbilidades y a otras fracturas concomitantes.

Comentarios y conclusiones: La artroplastia total de rodilla es una alternativa razonable en los pacientes con fracturas supracondíleas de fémur con elevado grado de conminución, donde la reconstrucción anatómica es difícil, y la osteoporosis avanzada, ya que no permite realizar una síntesis estable. Permiten un balance articular precoz a nivel de la rodilla y un inicio más rápido de la deambulación.

CC-925. PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA Y OSTEOTOMÍA EN CÚPULA TIBIAL EN UN TIEMPO. NUESTRA EXPERIENCIA

J.F. Sánchez Soler, F. Montserrat Ramón, S. Gil González, C. Lozano Álvarez, R. Claramunt Torres, J. Leal Blanquet, P. Hinarejos Gómez y L. Puig Verdier

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: La osteotomía tipo "dome" (en cúpula) descrita por Maquet es una técnica quirúrgica válida para corregir grandes deformidades de varo-valgo en la tibia proximal ya que nos permite un mayor rango de grados de corrección que las osteotomías de sustracción y apertura habituales. Se trata de una intervención poco frecuente con escasas series de casos publicados en la literatura. No

hemos encontrado referencias de la asociación de este tipo de osteotomía y la realización de una artroplastia en un solo tiempo. Presentamos dos casos en los cuales asociamos ambos procedimientos.

Material y método: Caso 1. Mujer de 71 años sin antecedentes de interés que presenta artropatía medial degenerativa con genu varo de la rodilla D a la que se le realiza inicialmente una osteotomía valgizante de sustracción de tibia y fijación con tornillo y grapa. Por un retraso de consolidación se reinterviene realizándose cruentación del foco y osteosíntesis con placa presentando una infección aguda que obliga a realizar desbridamiento y retirada del material. A los 2 años nos encontramos una rodilla dolorosa con limitación funcional, sin signos de infección y con una deformidad en valgo por callo vicioso de 10° en la tibia proximal. Se planifica y programa la intervención quirúrgica en la que se realiza una osteotomía varizante tipo dome de tibia proximal fijada con 2 grapas asociada a la implantación de prótesis en un tiempo (Insall/Burstein PS Zimmer). Caso 2. Hombre de 60 años, con sobrepeso como único antecedente de interés, genu varo bilateral, al cual se le realiza una osteotomía valgizante de sustracción tibial de la rodilla I fijada con 2 tornillos y una buena evolución. Al año de esta intervención se realiza la osteotomía contralateral. A los 4 meses esta última osteotomía presenta un colapso con deformidad en varo y un eje mecánico de 163°, dolor y limitación funcional. Se planifica y realiza intervención asociando una osteotomía en cúpula correctora valgizante fijada mediante 2 grapas asociada en un tiempo a una artroplastia de rodilla primaria con vástago tibial (Nexgen LPS Zimmer).

Resultados: Caso 1. La evolución es satisfactoria. Tras 16 años de seguimiento la paciente tiene una función correcta (KSS 100/100), sin dolor, eje mecánico 179° y sin signos de aflojamiento protésico. Caso 2. A los 2 meses postoperatorio el paciente presenta una evolución adecuada, sin dolor, correcto estado de cicatrización, balance articular 0-0-95°, rodilla estable, signos de consolidación de la osteotomía e inicia la carga sin incidencias.

Comentarios y conclusiones: La osteotomía de tibia proximal tipo dome o en cúpula de Maquet asociado a implantación de prótesis de rodilla en un tiempo es un recurso quirúrgico no descrito en la literatura médica que, aunque presenta una elevada complejidad técnica, puede utilizarse con éxito en la corrección de grandes deformidades varo-valgo de tibia proximal, evitando cortes tibiales excesivos y controlando el balance ligamentoso en estos casos complejos.

CC-927. ETIOPATOGENIA Y METODOLOGÍA EN RECAMBIOS ASÉPTICOS DE RODILLA

L. Casadevall García, J. Santillana Ruiz, K. Ramón López y M.A. Valero Queralt

Hospital Vinarós. Castellón.

Introducción y objetivos: Aportar la experiencia del servicio en una serie de recambios asépticos de rodilla, recopilados durante los años 1993-2010. Se ha hecho un estudio retrospectivo de la PTR primaria, evolución y causa del fracaso de la misma.

Material y método: La serie consta de 40 casos que corresponden a 37 pacientes, tres de ellos bilaterales. Como metodología se han utilizado las prótesis semiconstreñidas tipo Waldemar-Link en los casos de grandes defectos óseos o ligamentarios y prótesis de deslizamiento de revisión con suplementos y vástagos en el resto.

Resultados: Se ha seguido el protocolo de valoración de resultados (KSS). Observando una mejoría media de unos 30 puntos en la escala de valoración y cerca de un 65-70% entre excelentes y buenos resultados.

Comentarios y conclusiones: Como primera causa de revisiones a corto plazo han aparecido, los problemas rotulianos y a medio-largo plazo, el deterioro de los componentes de polietileno de 1ª generación. Se constata que a pesar de ser una cirugía difícil, si se realiza

una buena planificación preoperatoria y se selecciona bien al paciente, los resultados obtenidos son casi superponibles a los de una PTR primaria.

CC-928. TRATAMIENTO DE LESIONES CONDRALES: MOSAICOPLASTIA

M. Brotat Rodríguez, B. García Medrano, A. León Andriano, F. Yagüe Solís, V. García Virto y A. Vega Castrillo

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La regeneración del cartílago articular es uno de los retos más importantes en traumatología. En los últimos años muchos tratamientos han sido utilizados para solucionar los defectos condrales y osteocondrales en espera de encontrar la solución definitiva para la reconstrucción de la superficie articular. La mosaicoplastia consiste en la transferencia de un número de cilindros de cartílago extraídos de zonas donde no se realiza carga a la zona lesionada, siendo la única técnica que aporta cartílago articular a la lesión. Sin embargo, las diferentes propiedades biomecánicas y topográficas del sitio donante y receptor han provocado problemas de congruencia articular y morbilidad en la zona donante.

Material y método: Estudio retrospectivo en 7 pacientes diagnosticados inicialmente de condritis/osteocondritis mediante resonancia magnética e intervenidos quirúrgicamente en el HCUV desde el 2008 al 2011 con un seguimiento medio de 28,28 meses. Se incluyen pacientes mayores de 18 años intervenidos mediante mosaicoplastia asociada o no a otras técnicas. 71,43% varones y el 28,57% mujeres. Se valora EVA, historia clínica, estudio radiológico pre y post-operatorio.

Resultados: Edad media varones 37,25 años y mujeres 34. 66,6% lesiones asociadas (meniscopatía, roturas LCA o genu valgo). Área media del fragmento: 1,49 cm². Localización: CFI 71,42%, CFE 14,28% y escudo femoral 14,28%. Número medio de cilindros: 1,57. EVA preop 7,85, EVA actual 1,14. Tiempo sin apoyo de la extremidad afecta: 8 semanas. No complicaciones postoperatorias. RMN control: correcta integración de cilindros.

Comentarios y conclusiones: El propósito del tratamiento de este tipo de lesiones es conseguir una articulación sin dolor, móvil y resistente que se mantenga a lo largo del tiempo. La mosaicoplastia es la única técnica que transfiere cartílago a la lesión condral/osteocondral e incrementa la vascularización del hueso subcondral. Es importante tener en cuenta las diferentes propiedades biomecánicas entre la zona donante y la receptora. El grosor del cartílago donante no tiene que ser igual que el de la zona receptora, sin embargo la diferencia respecto al cartílago que lo rodea puede provocar fallos prematuros e incongruencia articular. A pesar de los buenos resultados obtenidos, el hecho de ser una técnica muy demandante, la morbilidad de la zona donante y casos de incongruencia articular provocan controversia en su uso.

CC-929. RESULTADO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO A MEDIO PLAZO DE LA OSTEOTOMÍA TIBIAL VALGIZANTE DE ADICIÓN

M.D. Villalba González, D.M. Valdez, E. González Pedrouzo, I. Córcoles Martínez, J. Calmet García y J. Giné Gomà

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Introducción y objetivos: La incidencia de la osteotomía ha disminuido tras la introducción de la artroplastia de rodilla, sin embargo la osteotomía continúa siendo una opción viable en algunos casos. La clave del éxito en la osteotomía es la selección del paciente adecuado y la realización de una buena técnica quirúrgica. El objetivo de nuestro estudio es evaluar a medio plazo los resultados clínicos y radiológicos de los pacientes tratados mediante osteotomía tibial valgizante de adición.

Material y método: Estudio retrospectivo descriptivo de 19 pacientes entre 2002 y 2010. La edad media fue de 43,12 años (21-60) con predominio del sexo masculino (76,47%). La rodilla más frecuente afectada fue la derecha (52,64%) y predominó el grado II de Ahlback (88,23%). La indicación quirúrgica fue: 14 genu varo secundario a gonartrosis, 1 pseudoartrosis posterior a una osteotomía de sustracción, 4 asociadas a plastia del LCA. El eje mecánico preoperatorio medio fue 172,47° (169°-178°). La técnica quirúrgica consistió en la realización de una osteotomía tibial valgizante de adición con injerto de cresta iliaca o hidroxiapatita y osteosíntesis con placa PUDDU en todos los casos excepto en uno que se realizó osteosíntesis con placa tomofix.

Resultados: La muestra de nuestro estudio se basa en 17 pacientes, de los 19 pacientes iniciales 2 se rescataron con reemplazamiento protésico. El seguimiento medio fue de 67,88 meses (20-125). Se realiza una valoración clínica mediante las escalas WOMAC y KSS y radiológica con radiografías simples (grado de Ahlback) y telemétricas (eje mecánico). En tres casos se realizó una EMO (17,65%) (dos secundarias a infección y una por molestias de la placa).

Comentarios y conclusiones: La osteotomía tibial valgizante de adición sigue vigente como parte del tratamiento ortopédico cuando está bien indicada. Produce disminución del dolor y mejora la calidad de vida del paciente. La adecuada selección de los pacientes favorece los resultados, encontrando una evolución satisfactoria similar a los resultados descritos en la literatura.

CC-930. LIGAMENTOPLASTIA LCA: COMPARACIÓN DE 2 TÉCNICAS DE FIJACIÓN FEMORAL EXTRATÚNEL

M.A. Sánchez Carrasco, J.F. Abellán Guillen, F.J. Carrillo Julia, D. Bo Rueda, J. Andrés Grau, F.F. Arroyo Rodríguez, F. Peñalver Aguirre y J.E. Gil Gómez

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y objetivos: Valorar los resultados clínicos de la ligamentoplastia del LCA en función de la técnica de fijación femoral empleada.

Material y método: Estudio retrospectivo, comparativo, con un ciego para el observador. De 92 pacientes intervenidos entre enero de 2006 y diciembre de 2010, se incluyeron 41. La media de edad fue de 35 años (18-48), 37 varones y 4 mujeres. Dieciséis pacientes mediante técnica de fijación femoral cortical (Retrobutton®) y 25 mediante técnica de fijación cortico-esponjosa (Transfix®). El periodo de evolución medio en el momento de la valoración ha sido de 40 meses (12-72). Los resultados fueron evaluados según: balance articular (BA), test de Lachman, test de Pivot shift y escalas IKDC y Tegner-Lysholm.

Resultados: La valoración objetiva de los pacientes (Lachman, Pivot-shift, IKDC) mostró mejores resultados en términos de estabilidad en el grupo de pacientes intervenidos mediante Transfix®. Estas diferencias no se reflejaron en la valoración del nivel de actividad (Tegner-Lysholm) donde ambos grupos mostraron los mismos resultados, (entre 80 y 87%).

Comentarios y conclusiones: Nuestros resultados muestran que la técnica Transfix® proporciona una mayor estabilidad a medio-largo plazo frente al Retrobutton®. Sin embargo, esta diferencia no se relaciona con peores resultados funcionales ni una disminución en el nivel de actividad.

CC-931. ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL DE RODILLA. NUESTRA EXPERIENCIA

S. Pineda Diéguez, J.C. Ballesteros Prieto, J.M. Pascual Espinosa, M.J. Pozo García, C. Pérez Grandal y A. Calero Luis

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: La artroplastia unicompartmental de rodilla es un procedimiento cada vez más utilizado para pacientes con

osteoartritis de compartimento medial de rodilla. Su indicación está siendo incrementada incluso en situaciones consideradas clásicamente como indicación dudosa. El objetivo es aportar resultados clínicos y funcionales a corto y medio plazo de pacientes sometidos a una artroplastia unicompartmental de rodilla.

Material y método: Se revisan 20 pacientes intervenidos en nuestro servicio entre 2010 y 2011 de artroplastia unicompartmental medial por técnica mínimamente invasiva. Se utilizó la Oxford Knee Score para valorar la calidad de vida y satisfacción obtenida a corto-medio plazo.

Resultados: La mayoría de nuestros pacientes fueron diagnosticados de gonartrosis unicompartmental medial aislada, un porcentaje menor asociaba artrosis patelofemoral y necrosis de cóndilo femoral medial. El 85% de nuestros pacientes presentan una disminución clara del dolor, el rango de flexión fue de 90-100° (55%) y más 110° (45%), presentando una marcha independiente a los 7 días (95%). El grado de satisfacción fue del 95%. No se presentaron complicaciones.

Comentarios y conclusiones: La artroplastia unicompartmental de rodilla mínimamente invasiva ofrece un total alivio del dolor en pacientes bien seleccionados y con una técnica quirúrgica adecuada, aportando excelentes resultados funcionales, baja morbilidad, corta estancia hospitalaria y rápida recuperación.

TRAUMA (CC-932-CC-1055)

CC-932. A PROPÓSITO DE UN CASO: MALROTACIÓN DE FÉMUR TRAS CLAVO ANTERÓGRADO

A. Sánchez García-Ortega, M. Contreras Joya, A. Jiménez Martín, F. Santos Yubero, R. Méndez Durán y M.P. Carrasco Fernández

Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción y objetivos: Mostramos el caso clínico de un varón de 53 años, tratado con un clavo T2 anterógrado sin bloqueo proximal ni distal, tras fractura de fémur derecho del tercio proximal por accidente de tráfico, tratado en su Hospital de referencia y remitido a Mutua Laboral a los 17 días de evolución. En la primera consulta el paciente muestra una actitud de rotación externa del miembro afecto.

Material y método: Varón de 53 años que presenta una malunión de fractura de fémur en rotación externa tras ser tratado con un clavo T2 sin cerrojar. Al mes se decide una cirugía desrotatoria con bloqueo del calvo original, consiguiéndose una buena alineación. El paciente es controlado en Consultas Externas, al mes de la cirugía se comprueba que el miembro permanece en rotación externa y limitación de la movilidad (-15°; 40°). Se decide observación y Rehabilitación.

Resultados: A los tres meses de la cirugía se comprueba un aumento de la rotación externa del miembro inferior izquierdo, que dificulta la marcha. Se realiza medición de la rotación de la cadera sana 30°/ enferma 0°, rotación externa rodilla derecha 45°, sana 15°. Se realiza TAC: retroversión de la cadera operada de 45° y consolidación de la fractura. Se decide reintervenir para corregir la retroversión con osteotomía del foco, despegamiento del aparato extensor que este adherido y colocación de un clavo gamma largo, para conseguir una fijación de la rotación de la cadera. Se obtienen buenos resultados, se sigue al paciente en consulta a los 9 meses y se decide artroscopia artroscópica por limitación del BA (0°-40°). Se realiza artroscopia consiguiendo una flexión 120°. Al alta el paciente mantiene una alineación correcta del MID y un BA (0°-80°), reincorporándose a su trabajo.

Comentarios y conclusiones: Es muy importante comprobar la buena alineación del miembro a la hora de la colocación del material de

osteosíntesis. En fracturas de fémur es muy importante la clasificación para una buena decisión del tratamiento. En este caso se trata de una fractura peritrocantérea larga que paso desapercibida en un primer momento, al tratarse con un clavo que no fijaba la rotación del cuello se produjo la retroversión de la cadera.

CC-933. TRATAMIENTO DE FRACTURA PERIPROTÉSICA DE RODILLA CON PRÓTESIS TUMORAL

A. Amate Rivas, F. Rodríguez Vázquez, S. Álvarez Campos, A. Lázaro González, F. Montilla Jiménez, E. Prada Chamorro, M.D. Zambrano Jiménez y G. Garcés Redondo

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Entre el 0,6 y el 2,5% de los portadores de una prótesis total de rodilla tienen una fractura de fémur distal. Presentamos un paciente con prótesis de rodilla (con cajetín intercondíleo), que tras caída fue diagnosticado fractura periprotésica. Debido a sus antecedentes personales, en la cirugía de revisión se realizó el recambio con una prótesis tumoral.

Material y método: Varón 45 años, AP: insuficiencia renal en diálisis, amputación pierna izquierda (tromboangeítis obliterante), patología cardíaca. Intervenido de prótesis rodilla derecha. Tras sufrir caída casual acude a puerta de urgencias con dolor importante e impotencia funcional en rodilla derecha. Se solicita Rx convencional, en la que se aprecia claramente una fractura supracondílea periprotésica.

Resultados: En un primer tiempo se inmoviliza el miembro afecto con una férula inguinopédica, para posteriormente ser intervenido; se extrae la prótesis primaria implantada años antes para posteriormente colocar una prótesis tumoral. Los resultados radiológicos son, prácticamente, inmejorables así como los funcionales, adquiriendo aproximadamente 90° de flexión activa de la rodilla afecta.

Comentarios y conclusiones: 1. El tipo de tratamiento, sea conservador o quirúrgico, necesita una previa valoración cuidadosa de la anatomía de la fractura y de la situación global del paciente. 2. Es muy importante valorar previamente el tipo de implante. Si éste posee un cajetín intercondíleo el enclavado no resulta posible pero también resulta muy dificultosa la placa.

CC-934. LESIÓN NEUROVASCULAR EN FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

A. Amate Rivas, S. Álvarez Campos, F. Rodríguez Vázquez, A. Liñán Padilla, P. García Parra y A. Lázaro González

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las fracturas de húmero proximal representan la segunda fractura más frecuente de la extremidad superior y, probablemente, la tercera, después de la extremidad proximal de fémur y distal de radio en mayores de 65 años, dada su clara base osteoporótica. Una de las complicaciones más graves es el daño neurovascular del paquete axilar que comprometen seriamente la viabilidad del miembro afecto.

Material y método: Presentamos dos casos clínicos de fractura del húmero proximal con daño del plexo braquial y arteria axilar, que obligaron a intervenir quirúrgicamente de forma inmediata conjuntamente con el equipo de cirugía vascular.

Resultados: En ambos casos la intervención quirúrgica se realizó de forma emergente con un primer tiempo en el que se estabilizó la fractura humeral (un caso con AK y otro con placa y tornillos) y un segundo tiempo de cirugía vascular en el que se restableció la circulación del miembro mediante by pass axilo-braquial con autoinjerto de vena safena.

Comentarios y conclusiones: 1. La lesión neurovascular en estas fracturas no es infrecuente, por lo que siempre hay que tenerla en cuen-

ta y realizar una adecuada exploración al paciente. 2. Ante la sospecha de lesiones vasculares debe realizarse una arteriografía de forma urgente y plantear la intervención quirúrgica con los cirujanos vasculares sin la menor demora, fijando la fractura. 3. Si la lesión del nervio o plexo está presente en el momento de una fractura cerrada el pronóstico de recuperación es bueno y está indicada la observación.

CC-935. TORNILLOS ILIOSACROS PERCUTÁNEOS COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO EN FRACTURAS "H" DE SACRO

A. Amate Rivas, D. Serrano Toledano, S. Álvarez Campos, F. Rodríguez Vázquez, S. Rincón Cardoso y P. Cano Luis

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las fracturas de sacro y rupturas de articulaciones sacroilíacas son una entidad escasamente frecuente que presenta controversia en cuanto a su tratamiento. Los estudios publicados hasta el momento son de escasa validez científica, bien por ser retrospectivos, presentar naturaleza de las fracturas muy heterogéneas, o reportar casos aislados. Dentro de la baja frecuencia de las fracturas de sacro -1% de todas las fracturas vertebrales-, las fracturas en "H" son las menos frecuentes. El objetivo de este trabajo consiste en estudiar la evolución de 5 pacientes con fractura de sacro en "H", tratadas mediante reducción y osteosíntesis percutánea con tornillos iliosacros.

Material y método: Se realiza un estudio prospectivo de todos los pacientes con fractura de sacro en "H", ingresados en nuestro Hospital, desde enero de 2011 hasta febrero de 2012. Un total de 5 pacientes han sido intervenidos mediante reducción y osteosíntesis percutánea con tornillos iliosacros, según la técnica de Nork. Esta técnica refiere que existe una zona de seguridad para la introducción de los tornillos formada anteriormente por la rampa alar, y posteriormente por el agujero sacro de la raíz nerviosa S-1. Tomando estos límites anterior y posterior, y bajo control con escopia con el paciente en decúbito supino, se introducen los tornillos canulados desde el iliaco posterolateral hasta el sacro anteromedial. En todos los pacientes se evalúan datos epidemiológicos, índice de discapacidad de Oswestry (ODI) y de calidad de vida (SF-36), así como complicaciones intra y postoperatorias, y secuelas.

Resultados: Los 5 pacientes fueron varones, con una edad media de 37 años. El mecanismo lesional fue en 2 pacientes precipitación de gran altura, 2 accidentes de tráfico y en el último paciente un aplastamiento por maquinaria pesada. El 80% de los pacientes recuperaron su ocupación profesional, y en un paciente se observaron lesiones neurológicas residuales. Ninguna complicación postoperatoria fue descrita, iniciándose la carga se realizó entre las 4 y 6 semanas tras la intervención. El ODI medio en la última consulta fue de 21% (12-40). En 3 pacientes se objetivaron unos valores de todas las subescalas del SF-36 similares a la media poblacional española, mientras que en los 2 restantes este resultado fue muy inferior. Sin embargo, comparando estos resultados del SF-36 con los publicados para pacientes con las consiguientes patologías añadidas (fractura de pilón un paciente y conminuta de calcáneo el otro), son sensiblemente mejores los de nuestro estudio, con fractura de sacro añadida.

Comentarios y conclusiones: Existe controversia respecto a la actitud terapéutica ante fracturas de sacro en "H". Los objetivos principales del tratamiento quirúrgico son estabilización, realineación iliosacra y minimizar la comorbilidad. La fijación percutánea con tornillos canulados permite reducir las fracturas en "H" de sacro con una excelente estabilización y mínimo sangrado. Esto permite una actuación precoz, incluso en pacientes con grave estado general, disminuyendo así las complicaciones (hemodinámicas y neurológicas principalmente) por demora de la reducción. La dificultad técnica en obesos, la sobredimensión del sacro en Rx y el riesgo de lesión neurológica (sobre todo

de raíces de L5) son algunos de los inconvenientes de esta técnica. Los resultados funcionales de esta técnica percutánea son buenos, asociándose problemas neurológicos residuales a la mala reducción. Las complicaciones postoperatorias son mínimas, debido a la escasa agresión de partes blandas. El cirujano ha de estar familiarizado con las variaciones anatómicas del sacro, así como la técnica radioscópica, donde la proyección lateral del sacro ha de ser lo más precisa posible.

CC-936. HOMBRO FLOTANTE EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

A. Núñez Medina, P. Aragonés Maza, A. Fernández Fernández-Arroyo, A.M. Salgado Rodrigo, S.M. Mota Blanco y C. Ruiz Jueretckhe

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: El hombro flotante es una patología poco frecuente, que puede definirse como una disrupción simultánea de dos o más elementos del complejo suspensor del hombro, siendo la clavícula el de mayor estabilidad. Se producen por traumatismos de alta energía, y se asocian a lesiones torácicas y craneoencefálicas.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 49 años, que tras ser atropellado fue trasladado al hospital de referencia, en cuya exploración se apreció una importante inflamación en el hombro izquierdo con limitación funcional así como inflamación y crepitación en la pierna izquierda. Tras estudio radiológico completo, se diagnosticó una fractura de la tabla externa de la región occipital del cráneo, una fractura distal desplazada de la clavícula y del cuerpo y cuello de la escápula asociada a seis fracturas costales, todas en el lado izquierdo. Se observó moderado neumotórax y discreto neumomediastino. Además se diagnosticó una fractura bifocal del tercio distal de tibia y una fractura del peroné en miembro inferior izquierdo.

Resultados: Se decidió intervención quirúrgica de urgencias, que tras la colocación de un tubo de tórax de drenaje, se realizó reducción cerrada de la fractura bifocal de tibia y enclavado intramedular, así como la reducción abierta de la fractura de la clavícula y osteosíntesis por medio de una placa de bajo perfil. El paciente evolucionó de forma favorable durante su estancia hospitalaria con resolución completa del neumotórax, y recuperación de la capacidad deambulatoria.

Comentarios y conclusiones: El hombro flotante supone una importante causa de inestabilidad del hombro. En caso de fracturas de clavícula desplazadas con fracturas de cuello de escápula asociadas, la mejor opción quirúrgica es la osteosíntesis clavicular aportando buena estabilidad al hombro y obteniendo buenos resultados funcionales. Al ser una patología por traumatismos de alta energía debemos descartar lesiones torácicas y craneales asociadas para prevenir posibles complicaciones.

CC-937. LUXACIÓN POSTERIOR DE LA ARTICULACIÓN CARPOMETACARPIANA ASOCIADA A HOMBRO FLOTANTE IPSILATERAL

A. Núñez Medina, G. de Cabo Tejerina, A. Núñez García, P. Aragonés Maza, C. Ruiz Juretschke y A. Rodrigo Alonso

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de un paciente que sufrió una luxación carpometacarpiana asociada a una fractura de clavícula y escápula junto con múltiples fracturas costales ipsilaterales. Las luxaciones carpometacarpianas que afectan a más de dos articulaciones tienen una baja frecuencia, al igual que las lesiones denominadas hombros flotantes, ambas debidas a traumatismos de alta energía.

Material y método: Paciente varón de 33 años que sufrió un accidente de tráfico, siendo valorado en la sala de emergencias del hospital

apreciándose inflamación y deformidad de la mano izquierda, con limitación funcional, así como dolor e inflamación en el hombro ipsilateral.

Resultados: Se solicitaron radiografías simples y estudio con tomografía computarizada, diagnosticándose una luxación pura metacarpofalángica, fractura del tercio medio de clavícula en tres fragmentos, fractura de la escápula y 9 fracturas costales, todas ipsilaterales. El paciente fue intervenido de urgencias procediéndose a la reducción cerrada de la luxación y osteosíntesis percutánea con dos agujas de Kirschner; y de forma diferida la fractura de clavícula mediante reducción abierta y osteosíntesis con placa y tornillos.

Comentarios y conclusiones: La reducción urgente de la luxación carpometacarpiana y la fijación de la misma presenta buenos resultados, así como la estabilización del hombro flotante mediante la fijación clavicular. Por otro lado se aprecia una elevada incidencia de fracturas costales asociadas a fracturas del miembro superior.

CC-938. TRATAMIENTO DE LA PSEUDOARTROSIS RECALCITRANTE DE HÚMERO EN EL ANCIANO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

A. Tejero Ibáñez, F.J. Repáraz Padrós, A. Castaño Serrano, A.J. Garbayo Marturet e I. Eraso Lara

Complejo Hospitalario de Navarra "A". Pamplona.

Introducción y objetivos: La pseudoartrosis de húmero supone un reto importante al cirujano. Si a ello le sumamos la particularidad de ser en un paciente anciano con patología, una calidad ósea mala e intervenido en múltiples ocasiones, supone una situación límite para el médico que la trata. Presentamos un caso de pseudoartrosis de húmero en una paciente anciana intervenido en cuatro ocasiones, y exponemos cual fue el método que consiguió la curación de la paciente.

Material y método: Paciente mujer de 79 años de edad que sufrió fractura de húmero que fue tratada con haz de Hacketall que fracasó. Posteriormente fue intervenida en tres ocasiones más, con unas condiciones que cada vez eran más desastrosas. Fue en la cuarta intervención que se consiguió la consolidación de la fractura tras colocar una placa bloqueada con injerto.

Resultados: El resultado con las malas condiciones del hueso, la edad avanzada, múltiples intervenciones y la pluripatología ha sido bueno tras colocar una osteosíntesis con placa bloqueada con injerto.

Comentarios y conclusiones: En la pseudoartrosis de húmero en ancianos con hueso osteoporótico, las placas bloqueadas han demostrado que proporcionan una fijación estable y duradera, superior a la de las placas tradicionales a compresión. En nuestra experiencia hay que considerarlas también como una opción válida en situaciones de máxima precariedad ósea y biológica, como sucede en las pseudoartrosis recalcitrantes.

CC-939. COMPLICACIÓN TRAS ENCLAVADO FEMORAL: PSEUDOQUISTE POPLÍTEO SECUNDARIO A OSTEOMIELITIS CRÓNICA

A.A. Rodríguez León, I. Menéndez Quintanilla, M. Marfil Romero, M. Álvarez Blanco, I. Tamimi Mariño, D. González Quevedo y F. Villanueva Pareja

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso singular: pseudoquiste femoral secundario a osteomielitis endomedular por *Klebsiella rhinoscleromatis* y *Staphylococcus species coagulasa* negativo metilicilina resistente (SAMR), en paciente con antecedente de enclavado endomedular tras fractura cerrada de fémur.

Material y método: Mujer de 55 años que sufre accidente de circulación con traumatismo craneoencefálico y fractura cerrada de fémur que precisa ingreso en unidad de cuidados intensivos, se realiza enclavado

femoral, es dada de alta 2 meses tras traumatismo inicial. Seis años después consulta por presentar induración progresiva a nivel de hueso poplíteo.

Resultados: En la exploración física se aprecia tumoración de consistencia blanda en zona súper-externa del hueso poplíteo. La paciente sufre empeoramiento clínico consistente en aumento del perímetro femoral, dolor que se incrementa al elevar el miembro y sensación distérmica intermitente. En analítica de control se observa anemia de trastornos crónicos (microcítica-hipocroma) y VSG de 50 mm. Se realiza punción extrayendo 400 cc de líquido serohemático que se remite a microbiología para cultivo; siendo positivo para *Klebsiella rhinoscleromatis*. Se realiza retirada de clavo endomedular con drenaje de colección, toma de muestra para cultivo y limpieza profusa del canal medular. El cultivo es positivo para *Staphylococcus species coagulasa* negativo metilicilina resistente, por lo que se instaura tratamiento antibiótico con linezolid y cefuroxima. Diagnóstico: pseudoquiste femoral secundario a osteomielitis endomedular por *Klebsiella rhinoscleromatis* y *Staphylococcus species coagulasa* negativo metilicilina resistente (SAMR) Evolución: la paciente precisa tratamiento antibiótico durante 12 semanas, en ese intervalo precisa drenaje de colección quística en una ocasión. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Comentarios y conclusiones: Las infecciones por SAMR se relacionan directamente con el tiempo de estancia hospitalaria. Su tratamiento supone un reto terapéutico que requiere un abordaje multidisciplinar. No hemos encontrado en la bibliografía la existencia de pseudoquistes secundarios a osteomielitis.

CC-940. ROTURA PARCIAL DE TRÍCEPS BRAQUIAL DISTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Orois Codesal, M. Gil de Rozas, J.A. Oteo Maldonado, S. Pascual del Hoyo, C. López Orosa, P. Benavente Rodríguez, M. Coco Velilla y F.J. García Lázaro

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: La rotura del tríceps braquial distal es una patología muy poco frecuente, con poca repercusión en la bibliografía. El objetivo de este caso es presentar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de dicha patología.

Material y método: Varón de 44 años, que trabaja como técnico de ascensores, con hipotiroidismo en tratamiento farmacológico, que sufre una rotura parcial distal del tríceps braquial (rotura de vientre superficial) tras caída casual con miembro en extensión. A su llegada a urgencias, muestra un defecto palpable en el trayecto del tendón tricipital, limitación funcional en el codo, extensión contra gravedad de 2-3/5 y flexión completa dolorosa.

Resultados: Con la sospecha clínica de rotura del tríceps, se realiza una ecografía que muestra una rotura parcial del tendón con una separación de 1,98 cm. Dada la limitación funcional, edad del paciente y demanda funcional alta, se decidió tratamiento quirúrgico: reparación tendinosa con dos puntos de Krackow y sutura transósea en olécranon. Inmovilización postoperatoria con férula braquial articulada (0°-30°) durante 6 semanas y ejercicios según pauta de rehabilitación. Seguimiento de 5 meses, presentando al alta clínica y laboral: flexión completa, extensión -5°, pronosupinación completa y extensión contra gravedad 5/5.

Comentarios y conclusiones: La rotura distal del tríceps braquial es una patología rara de diagnóstico clínico. No existen criterios fijos para la indicación o no de tratamiento quirúrgico, aunque se acepta que una rotura aguda que engloba menos de un 50% del tendón requerirá tratamiento conservador, mientras que el tratamiento quirúrgico se reserva a roturas mayores del 50%, personas con alta demanda funcional y roturas completas; sin embargo la decisión terapéutica debe individualizarse. El tratamiento quirúrgico ofrece un retorno a la funcionalidad previa con bajo riesgo de pérdida de movilidad. Es

importante el seguimiento estrecho en el postoperatorio de forma multidisciplinar.

CC-941. FRACTURAS DE ESTRÉS EN SACRO Y PUBIS DURANTE EL EMBARAZO

A.I. Simón Carrascal, B. Ruiz Nieto, R. de los Santos de la Cruz, J.V. Peralta Molero, T.A. Sanz Gómez, H. Mínguez Pérez, C.K. Fernández Valencia Kettunen y O.E. Pérez Simancas

Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: Las consultas por dolor lumbar y pélvico durante el último trimestre del embarazo son frecuentes y se explican por lesiones de partes blandas debidas a cambios hormonales. Sin embargo desde 1997 hay descritas fracturas de estrés en sacro como posibles agentes etiológicos. Algunos factores de riesgo de lesiones óseas en gestantes son: aumento excesivo de peso y de la lordosis lumbar, actividades deportivas intensas, bebé macrosómico, parto vaginal rápido o maniobras obstétricas agresivas.

Material y método: Mujer de 46 años que consulta, en su primer día postparto, por dolor de 2 semanas de evolución en región lumbo-sacra derecha e inguinal izquierda con impotencia funcional sin traumatismo previo. Tras un embarazo de alto riesgo (fecundación in vitro en paciente añosa, hipotiroidea, fumadora que gana 20 kg y desarrolla diabetes gestacional) el parto vaginal es inducido a las 37 semanas por la clínica lumbar referida. Recién nacida sana. Presenta dolor al comprimir las articulaciones sacroilíacas y movilizar las caderas (FABER test positivo). Marcha lenta y antiálgica precisando muletas. No signos de radiculopatía. Se sospecha osteoporosis transitoria del embarazo pero la RMN y la TC muestran fracturas de estrés en ala sacra derecha tipo I de Dennis y rama iliopubiana izquierda.

Resultados: La paciente recibe tratamiento conservador con reposo, analgésicos, calcitonina, calcio y vitamina D3. Comienza la movilización precoz y progresivamente sin precisar tratamiento rehabilitador. La evolución es favorable recibiendo el alta tras tres meses de seguimiento.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de estrés en sacro (asociadas o no a fracturas de ramas pubianas) son una posibilidad etiológica poco frecuente pero que debemos considerar en el diagnóstico diferencial de dolor lumbar durante el embarazo y el puerperio. La RMN es la prueba diagnóstica de elección, sensible al edema óseo. En el puerperio puede confirmarse con TC. Con tratamiento conservador la evolución resulta satisfactoria en los casos publicados.

CC-942. PLACA DESLIZANTE TRANSILÍACA POSTERIOR EN FRACTURA LONGITUDINAL DE SACRO. UNA ALTERNATIVA A LOS TORNILLOS SACROILÍACOS

A. Mejía Casado, J. Riego Fernández, N. Rodríguez Casas, S. García Cabanas, J.R. Fernández Barriales, A. Rozado Castaño y L.A. Quevedo García

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción y objetivos: Las fracturas longitudinales desplazadas de sacro están asociadas frecuentemente a inestabilidad pélvica. El tratamiento quirúrgico de lesiones posteriores inestables del anillo pélvico es controvertido y no hay consenso sobre qué técnica es la más adecuada. Lo que se pretende es reducir la fractura, proteger las estructuras neurológicas y dotar de suficiente estabilidad para permitir la movilización precoz facilitando la recuperación y mejorando el pronóstico. **Objetivo:** presentar el caso de un paciente politraumatizado con fractura de pelvis en libro abierto unilateral (diástasis púbica y fractura longitudinal de sacro) tratado quirúrgicamente con placa deslizante transiliaca posterior como alternativa a la fijación con tornillos sacroilíacos.

Material y método: Varón de 30 años atendido en el Servicio de Urgencias tras accidente de tráfico Hemodinámicamente estable, se diagnostica entre otros: fractura diafisaria de fémur, fractura de tercio distal de tibia y proximal de peroné ipsilaterales, fractura conminuta de extremidad distal de radio. Fractura de pelvis en libro abierto (diástasis púbica con fractura longitudinal desplazada de sacro) con afectación parcial de raíces L5 a S2, más fractura de ceja posterior de cotilo con luxación postero-superior de cadera.

Resultados: Las fracturas, femoral y tibial se estabilizaron con enclavado endomedular y se colocó un yeso bipolar en radio distal. En un segundo tiempo se realizó osteosíntesis con placa pública para la diástasis, osteosíntesis con placa de reconstrucción para ceja posterior de cotilo, y osteosíntesis mínimamente invasiva con placa deslizante transiliaca posterior. Lográndose una aceptable reducción y estabilidad pélvica.

Comentarios y conclusiones: La lesión de pelvis posterior, asocia una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Las lesiones de sacro pueden alterar la estabilidad mecánica de la pelvis y provocar alteraciones neurológicas. Las fracturas de sacro longitudinales transforaminales suelen relacionarse con lesión de la pelvis anterior, con inestabilidad pélvica y con alteraciones neurológicas; aunque son numerosas las alteraciones neurológicas se pasan por alto en el examen inicial debido a que muchos pacientes están inconscientes o intubados. El tratamiento de las lesiones inestables de la pelvis posterior es controvertido, aunque se aboga por la fijación interna, no habiendo consenso sobre qué técnica es la más adecuada. El tratamiento quirúrgico debe estar enfocado a la estabilización del anillo pélvico, recuperar la función neurológica, para permitir la movilización y deambulación precoz, y prevenir complicaciones. La técnica mínimamente invasiva de fijación mediante placa deslizante posterior transiliaca es relativamente simple, con un amplio espectro de indicaciones; menos exigente, que evita el riesgo que tiene la técnica de los tornillos sacroilíacos de una mala reducción y posible lesión iatrogénica, proporcionando estabilidad suficiente como para movilizar al paciente de manera precoz facilitando la recuperación y mejorando el pronóstico, suponiendo una buena alternativa.

CC-943. COMPLICACIONES INFRECIENTES EN OSTEOSÍNTESIS DE CLAVÍCULA

A. Méndez Gil, J.M. Rodríguez Roiz, G. Sotorres González, S. Sastre Solsona y L. Peidro Garcés

Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción y objetivos: La fractura de tercio medio de clavícula es una entidad frecuente habitualmente tratada de manera conservadora. La incidencia de pseudoartrosis tras este tipo de tratamiento oscila entre el 1 y 4%, si bien puede llegar al 15% cuando el desplazamiento es importante. Tanto la fractura como la pseudoartrosis suelen tratarse con osteosíntesis con placa con buenos resultados si la ejecución técnica es apropiada. El error más frecuente en la osteosíntesis de la clavícula es la colocación de una placa demasiado corta, lo que puede conllevar un aflojamiento precoz de la síntesis. Sin embargo, presentamos un caso en el que las complicaciones se derivan de la colocación de tornillos excesivamente largos.

Material y método: Mujer de 48 años acude a nuestras consultas en 2009 por dolor en región periclavicular derecha con edema, parestias y pérdida de fuerza en dicha extremidad de dos años de evolución. Refiere fractura de clavícula en 2006 que evolucionó a pseudoartrosis y que fue tratada mediante osteosíntesis con placa en 2007. A la exploración física se apreció discreto edema residual del miembro superior derecho, con presencia de circulación colateral en cara anterior del hombro. La movilidad pasiva y activa era completa, a excepción de la antepulsión que era dolorosa y limitada a 130°. La exploración neurológica era normal y el pulso arterial presente y simétrico.

La radiología simple mostraba fractura de clavícula consolidada con placa de osteosíntesis. Llamaba la atención la protrusión inferior de varios de los tornillos, con presencia de una muesca en la coracoides. Con la sospecha clínica y radiológica de protrusión inferior de la osteosíntesis y compromiso vascular venoso, se realizó TAC y flebografía. En éstas se aprecia contacto de un tornillo con la apófisis coracoides y obstrucción del segmento corto de la vena subclavia derecha con presencia de circulación colateral periescapular y paracervical. En el electromiograma no se aprecian lesiones neurológicas.

Resultados: Se procedió a la retirada programada del material de osteosíntesis sin incidencias. Presentó mejoría progresiva de su déficit funcional, si bien, visitada por última vez en 2011, la movilidad era completa pero con persistencia de edema residual y disestesias en el miembro superior afecto.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de las fracturas y pseudoartrosis de clavícula suele realizarse mediante síntesis con placa si bien puede utilizarse otros sistemas de fijación como el enclavado intramedular. Las actuales placas de clavícula presentan un diseño que se adapta correctamente aconsejando 6 corticales a cada lado del foco de fractura. El espacio normal entre el paquete neurovascular y el borde posteroinferior de la clavícula es, en promedio, de 9,3 mm, lo que conlleva que complicaciones derivadas de la fractura o su tratamiento pueda presentar grandes repercusiones clínicas. Habitualmente se traduce en dolor y adormecimiento en el territorio cubital por compresión del tronco secundario anteromedial o, en caso de afectación vascular, dolor, cianosis y edema de la extremidad. Para evitar estas complicaciones la síntesis debe ser cuidadosa, con colocación de tornillos que no sobrepasen en exceso las segundas corticales y protegiendo las partes blandas inferiores a la clavícula en el momento del brocado.

CC-944. COLGAJO DE COBERTURA EN HÉLICE EN FRACTURA ABIERTA DE PILÓN TIBIAL

A. Ernest, M. Molina Martos, A. Cruchaga Celada, F. Labayru Echevarria, O. Sáez de Ugarte Sobrón, L. Gorostiola Vidaurrezaga, J.M. Moreta Suárez y J.L. Martínez de los Mozos

Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: El concepto de colgajos basados en vasos perforantes ha evolucionado a partir del conocimiento de la perfusión arterial de los mismos. El colgajo fasciocutáneo en hélice, basado en una arteria perforante de la tibia posterior, permite la cobertura de defectos del tercio distal y medial de la extremidad inferior. Describimos el caso de un varón con defecto de cobertura por fractura abierta de pión tibial.

Material y método: Presentamos el caso de un varón politraumatizado de 60 años que presenta fractura abierta IIIA de pión tibial izquierdo, fractura persubtrocanterea de cadera izquierda, fractura subcapital cadera derecha y fractura abierta IIIB supracondilea de fémur derecho. Se realiza osteosíntesis de extremidad inferior izquierda con clavo Gamma largo fémur y fijador externo de tibia; y en extremidad inferior derecha con DHS cadera y clavo retrogrado fémur. El paciente evoluciona con infección del pión tibial izquierdo con gran defecto de cobertura en la zona medial (12 x 5 cm). Se realiza colgajo pediculado, en hélice de arteria perforante de la tibia posterior, favoreciendo la resolución de la infección. En un segundo tiempo se realiza aporte de injerto óseo de cresta iliaca.

Resultados: El paciente presenta consolidación de la fractura del pión tibial, resolución de la infección y buena cobertura cutánea.

Comentarios y conclusiones: La cobertura de defectos en tobillo siempre ha sido complicada debido al escaso tejido remanente. Se han descrito colgajos libres para cubrirlos, técnicamente más exigentes y que suponen mayor morbilidad. Este colgajo en hélice es una alterna-

tiva con muchas ventajas, dada su buena vascularización, su amplio arco de rotación y que permite una reconstrucción con mínima morbilidad.

CC-945. FRACTURA-AVULSIÓN DE LA TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

A. Canalias Bages, A. Alavedra Massana, J. Ramoneda Salas, A. Sánchez González, J. Gual Beltran y R. Oliver Vilàs

Hospital de Terrassa. Barcelona.

Introducción y objetivos: El arrancamiento de la TTA es un tipo de fractura muy poco frecuente, que afecta mayoritariamente a pacientes jóvenes en contexto de práctica deportiva y a menudo en relación con el salto. Aunque no va asociado, habitualmente, a traumatismos de alta energía, la afectación de tejidos blandos no es infrecuente.

Material y método: Presentamos dos pacientes, de 15 y 17 años de edad, que sufrieron fractura- avulsión de TTA (ambos tipo III-A de la clasificación de Odgen) en contexto deportivo (fútbol). Se efectuó tratamiento quirúrgico consistente en reducción abierta y fijación con tornillos, proximal y distal a la fisitis tibial proximal, sin atravesarla.

Resultados: Ninguno de ellos presentó complicaciones posquirúrgicas inmediatas. Inicialmente se efectuó inmovilización con calza de yeso durante 6 semanas y, posteriormente, iniciaron rehabilitación. A los 3 meses, presentaban una consolidación completa y un balance articular de rodilla completo. Se reinició, de forma progresiva, la actividad deportiva a partir de los 5 meses. A los 18 meses postintervención no se ha evidenciado ninguna complicación.

Comentarios y conclusiones: El arrancamiento de TTA en adolescentes es una fractura muy poco frecuente. Existen diferentes técnicas quirúrgicas descritas, coincidiendo todas ellas en evitar la afectación fisaria proximal de la tibia. La osteosíntesis con tornillos, respetando la zona fisaria tibial proximal, parece proporcionar buenos resultados. La afectación de partes blandas puede ser severa, precisando, en algunos casos, de fasciotomía en el compartimento anterior para evitar el síndrome compartimental.

CC-946. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y EVOLUCIÓN DE LA PSEUDOARTROSIS RADIOCUBITAL CON ATRAPAMIENTO DE NERVIOS CUBITAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.D. Jover Mendiola, J. Sous Sánchez, C.E. Cobo Cervantes, K. Bajszczak y J.A. Velasco Medina

Hospital de Torrevieja. Alicante.

Introducción y objetivos: La pseudoartrosis postraumática de las diáfisis radiocubital es poco frecuente. Existen casos congénitos descritos asociados a enfermedades como neurofibromatosis y displasia fibrosa.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 40 años, derivado de otro Centro Sanitario por una deformidad postraumática de 15 años de evolución en antebrazo, con antecedentes de neuropatía crónica en fase de secuela de nervio cubital de grado moderado-severo por afectación a nivel del antebrazo. Presentaba deformidad en antebrazo con curvatura radial muy pronunciada y atrofia de la musculatura intrínseca de la mano. Signos de pseudoartrosis del cúbito izquierdo con paresia del nervio cubital izquierdo. No se detectaron signos de afectación de nervios mediano ni radial izquierdo en el antebrazo.

Resultados: La intervención constató de una osteotomía en cuña del radio con acortamiento y fijación con placa de osteosíntesis de titanio. En segundo lugar se intervino la pseudoartrosis cubital con escisión de la porción ósea afectada y fijación con otra placa de osteosín-

tesis de titanio e injertó matriz ósea desmineralizada junto con factores de crecimiento. Al año la recuperación de rango de movimientos a nivel tanto de antebrazo como de mano fue satisfactoria, sin llegar a la recuperación total.

Comentarios y conclusiones: En el tratamiento quirúrgico de las pseudoartrosis de los huesos del antebrazo no sólo es importante conseguir la consolidación, sino también recuperar la relación de forma y longitud entre el radio y el cúbito. Es una cirugía laboriosa cuya finalidad no solo se limita a la corrección radiológica de la lesión, sino conseguir una recuperación funcional mínimamente aceptable. Es preferible realizar acortamientos si la resección no afecta significativamente a la longitud de ambos huesos. La necesidad de la implantación de injerto óseo es un tema que suscita discusión.

CC-947. CODO FLOTANTE: TRATAMIENTO INTEGRAL

A. Gadañón García, D. Bertrand Álvarez, J.A. Martínez Álvarez, S. Ramos García, C. Argüelles Rodríguez, J.A. Diáñez Raimúndez, J.F. Muñoz González y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Término introducido por Stanitski y Micheli para pacientes con fractura ipsilateral de fracturas supracondíleas de Húmero y de antebrazo. En la literatura existen muy pocos casos descritos tanto de la lesión como del resultado del tratamiento. El tratamiento es condicionado por la lesión de tendidos blandos y el estado neurovascular de la extremidades.

Material y método: Paciente politraumatizado tras accidente de tráfico con choque frontal contra otro vehículo, traumatismo torácico y abdominal leve. Fractura de paleta humeral izquierda grado III-A, fractura diafisaria tercio medio cúbito y radio desplazada. Se realiza de urgencia ostentis de fractura trocánterea y fijación externa de fractura de húmero. Se inicia tratamiento antibiótico con augmentine y gentamicina. En un segundo tiempo se realiza una síntesis de la fractura de húmero con dos placas para paleta humeral así como injerto estructurado debido a una pérdida de sustancia metafísica de 4 cm. Osteotomía del olecranon y abordaje de las fracturas diafisarias de radio y cubito con 2 placas de reconstrucción e injerto de hueso esponjoso.

Resultados: Al alta hospitalaria, con el brazo izquierdo inmovilizado y deambulando con ayuda de 1 muleta y una persona. Se añade al tratamiento ralenato de estroncio y calcio. A los 2 meses la evaluación radiográfica muestra consolidación completa de las fracturas del antebrazo y signos de consolidación en la de húmero y cadera, el paciente deambula con ayuda de una muleta y se encuentra en programa de rehabilitación para aumentar rango de movilidad articular.

Comentarios y conclusiones: Muy importante movilización precoz para intentar conservar el mayor rango de movilidad posible pseudoartrosis buena osteosíntesis y aplicaciones de suplementos metabólicos. Calcio y ralenato de estroncio. Es una patología que aún necesita analizar series más grandes de pacientes que sirvan como guía para comprender la patología y el manejo de estos pacientes en el futuro.

CC-948. LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RODILLA. COMPLICACIONES A CORTO, MEDIO Y LARGO PLAZO

B. García Medrano, M. Brotat Rodríguez, F. del Canto Iglesias, R. Hernández Ramajo, A. Vega Castrillo y T. Ruiz Valdivieso

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La incidencia es dudosa por los casos de reducción espontánea. El 33% son posteriores, por mecanismo de alta energía, típicas de lesiones por salpicadero. El LCP es el principal

estabilizador posterior de la tibia, roto en el 100% de los casos. Se asocia a riesgo vascular.

Material y método: Luxación posterior de rodilla izquierda en mujer de 29 años. Reducción urgente e inmovilización en quirófano. RMN informa de rotura de ligamentos cruzados, complejo capsuloligamentoso interno y desinserción periférica del menisco interno. A los 10 días, se programa la reparación de partes blandas: sutura LCP con puntos transósseos, reinserción meniscal con anclajes, sutura y reanclaje proximal de LLI. Tras 2 meses con ortesis, se moviliza la rodilla bajo anestesia logrando por artrolysis 0-130°, junto a artroscopia exploratoria.

Resultados: A los 20 meses, regresa por dolor anteromedial, refiriendo fallos articulares; flexión 20° menor y extensión completa; laxitud lateromedial+/+++, signo de Lachman+, signos meniscales -. La radiología muestra gonartrosis fémoro-patelar interna grado III sobre genu varo de 1,35°. Con RMN de rotura parcial del LCA y defecto cartilaginoso en faceta externa. A los 28 meses, se descarga el compartimento interno mediante osteotomía valgizante.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento ortopédico genera resultados inferiores a la reparación quirúrgica. Problemas postquirúrgicos, dolor continuo y pérdida de movimiento. El pronóstico se asocia al momento de la cirugía y al tratamiento de elección. La reconstrucción debe posponerse 2-3 semanas, hasta que recupere el rango de movimiento. La técnica quirúrgica, importancia marginal frente a la experiencia y trabajo en equipo.

CC-949. REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE LESIÓN DE LA ARTERIA AXILAR TRAS LUXACIÓN GLENOHUMERAL ANTERIOR

C. Argüelles Rodríguez, S. Antón García, J.A. Diáñez Raimúndez, J.F. Muñoz González, A. Gadañón García, D. Bonilla Díez, J. Pena Vázquez y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La lesión de la arteria axilar es una complicación rara de la luxación glenohumeral. Es más frecuente en los ancianos y en casos de luxaciones recidivantes. Anteriormente este tipo de lesiones habrían requerido una exploración y reparación abierta de la arteria axilar asociada a un riesgo de lesiones iatrogénicas tanto de la vena axilar como del plexo braquial.

Material y método: Una mujer de 70 años acude a Urgencias tras traumatismo a nivel del hombro derecho. Ante la sospecha de luxación glenohumeral anterior se realiza una radiografía que confirma la lesión sin fracturas asociadas. No se palpan pulsos distales y los dedos están fríos y cianóticos, sin apreciarse mejoría tras la reducción cerrada. Se realiza un angioTC urgente apreciándose una lesión de la arteria axilar derecha y un gran hematoma de partes blandas con varios puntos de sangrado activo. De manera urgente los cirujanos vasculares realizan una reparación endovascular de la arteria, guiada desde la arteria femoral derecha. Posteriormente se drena el hematoma a nivel del hombro realizando hemostasia.

Resultados: Tras la cirugía el pulso radial es normal, pero la paciente presenta una paresia del plexo braquial que afecta a los nervios mediano, radial y cubital, en relación con el hematoma. El cabestrillo se mantiene durante 3 semanas. Tras dos meses de evolución la paciente presenta una movilidad completa de toda la extremidad superior, habiéndose recuperado por lo tanto de la lesión del plexo.

Comentarios y conclusiones: Es muy importante realizar una adecuada exploración neurovascular tanto antes como después de una luxación glenohumeral. En caso de sospecha de lesión vascular asociada, la realización de un angioTC urgente nos ofrece un diagnóstico rápido y certero. El manejo endovascular de estas lesiones ha demostrado ser efectivo y evita muchas de las morbilidades de una cirugía abierta.

CC-950. LESIÓN DE LA ARTERIA CORONA MORTIS SECUNDARIA A UNA FRACTURA ESTABLE DE PELVIS

C. Peña Rodríguez, J. Garrido Gómez, A. Martínez Calzón y P. Hernández Cortes

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: Mujer de 70 años edad que sufre una caída casual, presentando una fractura estable de pelvis (ramas), que 72 horas más tarde ingresa por shock hipovolémico, en la tomografía se revela un hematoma cercano a una fractura de rama ileopubiana. Posterior arteriografía selectiva que identifica el sangrado y embolización arterial, estabilizando hemodinámicamente a la paciente.

Material y método: Estudio de un caso clínico, todos los datos, imágenes, tratamiento, se recogió de la historia clínica que se encuentra en la base de datos perteneciente al Hospital Universitario San Cecilio de Granada.

Resultados: La mayoría de muertes por shock hipovolémico producidas en fracturas de pelvis, son debidas fracturas inestables, Solo se han reportado 4 casos de shock hipovolémico producido por fracturas aisladas de ramas pubianas en individuos mayores, por mecanismos de baja energía, en todos los casos el sangrado se presenta en las primeras 6 horas después de la fractura, y especialmente en el paciente anticoagulado. En nuestro caso, la hemorragia apareció a las 72 horas de un traumatismo de baja energía, en un paciente sin antecedentes de anticoagulación ni antiagregación plaquetaria.

Comentarios y conclusiones: Se recomienda la observación hemodinámica intrahospitalaria por un periodo de 24 horas, después de una fractura estable de la pelvis en el paciente mayor, especialmente si está en tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes.

CC-951. FRACTURA DE FÉMUR DISTAL IATRÓGENA INTRAOPERATORIA TRAS ENCLAVADO ENDOMEDULAR. RESOLUCIÓN DE UN CASO

C. Hernández Galera, A. Cortés Suárez, P. de Lucas y Cadenas, M. del Cura Varas, M.C. Sanz Pascual, J.C. Gutiérrez Gómez, H. Gómez Santos y T. del Olmo Hernández

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: El enclavamiento endomedular en el tratamiento de fracturas de huesos largos es una técnica con relativa poca dificultad y abordaje mínimo. Sin embargo no está exenta de complicaciones tanto extra como intraoperatorias. El objetivo del presente poster es presentar nuestra experiencia con un caso con una complicación intraoperatoria mientras se sintetizaba una fractura mediante enclavado.

Material y método: Revisión retrospectiva de una historia clínica de una mujer de 81 años que presenta fractura subtrocantérea tras caída casual. Se realiza reducción cerrada correcta y osteosíntesis con clavo intramedular con clavo gamma largo. Intraoperatoriamente al introducir el clavo, en la parte distal la dirección en el plano anterior-posterior fue muy cerca de la cortical anterior y se produjo fractura fémur distal no desplazada. Tras la colocación del clavo, se realiza un abordaje lateral desde cóndilo femoral lateral y se sintetiza la fractura con una placa y tornillos, con buena estabilidad.

Comentarios y conclusiones: Seguimiento posterior de 5 meses con buena recuperación funcional. Se inició movimientos pasivos de rodilla en los primeros días posquirúrgicos. La carga de permitió a las 6 semanas. Deambulación con ayuda externa. Ausencia de dolor residual en la rodilla y rango de movilidad de rodilla aproximadamente 105°. Presentó buenos resultados tanto en el Neer Score como en el HSS Knee Score. La movilidad de la cadera sin limitaciones e indolora.

CC-952. ATRAPAMIENTO DE ARTERIA GLÚTEA SUPERIOR EN UNA FRACTURA DE ACETÁBULO. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Muñoz Muñoz, J. Quintero Quesada, A. Abenza Sánchez y J. Garrido Torrejón

Hospital de Antequera. Málaga.

Introducción y objetivos: Las fracturas acetabulares se producen habitualmente en el contexto de traumatismos de alta energía. En alrededor del 50% de los casos, estas fracturas traen aparejadas consecuencias graves como shock hemorrágico, lesiones nerviosas, vasculares, y pueden asociarse a fracturas femorales, entre otras. El objetivo del presente trabajo es mostrar un tipo de complicación vascular que puede aparecer en las fracturas de la columna posterior del acetábulo, y de la que existen pocos casos descritos en la literatura científica.

Material y método: Presentamos el caso clínico de un varón de 50 años que sufrió un accidente laboral con traumatismo directo sobre rodilla izquierda, con resultado de luxación posterior de cadera asociada a fractura de la columna posterior del acetábulo y rotura ligamentaria del pivote central y ligamentos colaterales de dicha rodilla. De forma urgente se procedió a la reducción cerrada de la luxación de cadera. En un segundo tiempo quirúrgico se realiza la osteosíntesis de la fractura acetabular mediante un abordaje posterior de Kocher-Langenbeck. Durante la intervención se pudo constatar el atrapamiento de la arteria glútea superior en el foco de fractura, y no siendo posible su liberación sin riesgo elevado de hemorragia, se procedió a su ligadura.

Resultados: La reducción y estabilización de la fractura fue satisfactoria, evolucionando el paciente satisfactoriamente en la actualidad.

Comentarios y conclusiones: La localización anatómica de la arteria glútea superior en la escotadura ciática mayor, la expone a sufrir laceraciones por los fragmentos óseos de las fracturas acetabulares que afectan a la columna posterior. Aunque, como se ha expuesto anteriormente, es una complicación que no se describe con frecuencia en la literatura científica, sí que está recogida en mayor medida la posibilidad de su lesión en el abordaje quirúrgico posterior. Sea cual sea el origen de la lesión, ésta puede provocar un importante sangrado retroperitoneal e incluso un síndrome compartimental y agravar así la situación del paciente.

CC-953. CIRUGÍA SIN SANGRE EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

C. Santos Ledo, M.I. Pérez Núñez, T. Rodríguez López, I. González Ruiz, M.A. de la Red Gallego, A. Alfonso Fernández, S. García Granja y J. Hernández Elena

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

Introducción y objetivos: Estudiamos el manejo y las complicaciones de un paciente politraumatizado que rechaza transfusiones sanguíneas.

Material y método: Varón de 21 años, testigo de Jehová que rechaza cualquier tipo de hemoderivado. Trasladado desde otro centro tras accidente de tráfico cuatro días antes. Presenta fractura-luxación de Monteggia abierta grado I en codo izquierdo, fractura conminuta de diáfisis femoral izquierda, fractura abierta diáfisis de tibia izquierda grado IIIA y fractura de varios metatarsianos del pie derecho. A su ingreso en UCI presenta fijador externo en tibia izquierda, tracción transtibial izquierda, inmovilización con cabestrillo de miembro superior izquierdo con paresia del nervio interóseo posterior y paresia del nervio ciático poplíteo externo izquierdo.

Resultados: A su llegada a nuestro centro se realiza reducción e inmovilización del codo izquierdo y fijador externo en fémur. Posteriormente se realiza tratamiento con eritropoyetina, y 14 días más tarde osteosíntesis femoral izquierda mediante enclavado endome-

dular con clavo largo sin fresar y osteosíntesis con placa del cúbito izquierdo. Veintiún días tras el accidente se retira el fijador externo de tibia y se inmoviliza con férula; tras periodo ventana y cultivos negativos se realiza osteosíntesis de tibia con placa LCP de 4,5" mediante técnica mínimamente invasiva por rigidez de rodilla y reintervención de codo izquierdo por subluxación de la cabeza del radio. El paciente es dado de alta a las 6 semanas con cifras de hemoglobina de 10,5 g/dl.

Comentarios y conclusiones: La cirugía sin sangre en paciente que rechaza los hemoderivados presenta un alto índice de complicaciones, elevada estancia hospitalaria, necesidad de múltiples reintervenciones con controles periódicos de hemoglobina; así como mayor índice de rigidez articular secundaria.

CC-954. A PROPÓSITO DE 2 CASOS DE LUXACIÓN ABIERTA DE RODILLA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

C. Santos Ledo, M.I. Pérez Núñez, S. García González, C. Arbona Jiménez, Sergio García Granja, L. Estellés Marcos de León, J. Manso Pérez-Cosío y J. Hernández Elena

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

Introducción y objetivos: Las luxaciones abiertas traumáticas de rodilla son lesiones infrecuentes pero que conlleva un alto índice de complicaciones agudas y a largo plazo. Presentamos dos casos tratados en nuestro servicio y actualización de literatura.

Material y método: Presentamos dos casos de luxación abierta de rodilla. Ambos accidentes de alta energía y con patología asociada pélvica y vertebral. El primer paciente sufre aplastamiento postero-anterior con paca de heno presentando fractura estallido de T12 con invasión del 80% del canal medular que conlleva lesión medular completa y plejía de extremidades inferiores y fractura-luxación abierta de rodilla izquierda con herida de 10 cm en hueso poplíteo, sangrado venoso, inestabilidad posterior y pulsos distales ausentes. El segundo paciente sufrió un accidente de moto, con traumatismo directo contra un muro, presentando contusión bilateral pulmonar con fracturas costales múltiples, fractura de pelvis Tile B1, luxación cerrada de codo derecho y luxación abierta de rodilla derecha con lesión del aparato extensor y paresia CPE.

Resultados: La primera paciente fue intervenida de urgencia con un fijador externo Hoffman II puenteando rodilla, reinserción tendón poplíteo y gemelo interno. Presentaba sección total de la segunda porción de la arteria poplíteica que requirió by-pass con injerto de safena contralateral y fasciotomías. Posteriormente se realizó doble abordaje a nivel vertebral con corporectomía T12 y artrodesis instrumentada T11-L1. El segundo paciente precisó cirugía de urgencia con fijadores externos Hoffman II supra-acetabular, y puenteando rodilla derecha, Friederich anterior de rodilla y reducción-inmovilización del codo. Posteriormente se realiza RAFI de sínfisis púbica y tornillos sacroiliacos, reinserción LLI, cubital anterior y transposición nervio cubital del codo; escarectomía proximal tibia derecha que precisó colgajo; reconstrucciones ligamentosas de ambos cruzados, LLE y tendón rotuliano con aloinjertos. El paciente presentó bacteriemias e infecciones de la herida que requirieron tratamiento antibiótico. Cinco meses después presentó infección de rodilla que requirió extirpación de plastias y fijador externo con espaciador de gentamicina. Finalmente se realizó PTR tipo MUTANS diez meses tras el accidente.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones abiertas de rodilla presentan complicaciones vasculonerviosas graves, Es necesario tener presente posibles infecciones, inestabilidades y artrofibrosis que condicionan los resultados funcionales.

CC-955. LESIÓN DE LA ARTERIA ILÍACA INTERNA EN PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA ACETABULAR TRAS TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA

C. Justo Astorgano, H. Gómez Santos, C. Hernández Galera, C. de la Cabada Orta, M. Sanz Pascual y T. del Olmo Hernández

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas de acetábulo en el anciano constituyen el 10% de las fracturas de la pelvis. Tienen un amplio espectro de presentación dependiendo de la intensidad del traumatismo y el grado de osteopenia presentado por el paciente. La existencia de graves lesiones asociadas y complicaciones, hacen que su asistencia y toma de decisiones deba ser multidisciplinaria. Presentamos el caso de un paciente que tras caída de su propia altura presenta fractura acetabular con lesión de una rama dependiente de la arteria ilíaca interna.

Material y método: Paciente de 81 años que tras caída de su propia altura presenta dolor en cadera derecha. Durante su estancia en la urgencia comienza con inestabilidad hemodinámica y hematuria; requiriendo perfusión de dopamina y administración de plasma + 2 concentrados de hematies. Se realiza TAC de pelvis donde se objetiva fractura de acetábulo que afecta a la columna anterior con extensión superior sin desplazamiento y sangrado activo de una rama dependiente de la arteria ilíaca interna derecha con hematoma en músculos obturadores y líquido libre en pelvis de alta densidad.

Resultados: Se procede a embolización del punto sangrante por parte del radiólogo intervencionista de forma satisfactoria, permaneciendo el paciente estable hemodinámicamente. La hematuria es tratada mediante sondaje y lavados manuales con buena evolución, retirándose la sonda a las 5 semanas. Se opta por tratamiento conservador de la fractura acetabular realizándose control radiológico mediante TAC de la evolución del hematoma con evolución satisfactoria.

Comentarios y conclusiones: Las complicaciones vasculares en las fracturas acetabulares representan un 2% del total de complicaciones de las fracturas de pelvis. Su sospecha clínica, la realización de angio-TAC o angiografía para su diagnóstico y el tratamiento precoz mejora la perspectiva de la recuperación clínica y funcional del paciente.

CC-956. FRACTURAS ABIERTAS DE TIBIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Martínez Ogalla, J.C. Arenaza Merino, I. Cearra Guezuraga, E. Castrillo Carrera, M. Abeal López, M. Rotinen Díaz, R. Alonso Vidal e I. Gorostiaga Mendia

Hospital de Basurto. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Caso de una mujer de 53 años, con antecedentes de obesidad (IMC = 41), hipotiroidismo, hipercolesterolemia, tabaquismo e histerectomía, en tratamiento con Eutirox 75, que presenta una fractura abierta (Gustilo grado II) y compleja de pilón tibial con fractura de diáfisis peroneal asociada, tras torsión de tobillo. Se interviene a la paciente en dos tiempos, estabilizándose la fractura de peroné con placa 1/3 tubo y tornillos bicorticales y la fractura de pilón tibial con fijador externo híbrido en un primer tiempo, y estabilizando el maléolo anterior con tornillo de esponjosa en un segundo tiempo. Se objetiva desplazamiento secundario del foco de fractura (pilón tibial) transcurrido un mes del postoperatorio, manteniéndose criterios para continuar tratamiento con estabilización con fijador externo, manteniendo la extremidad en descarga. Se retira el fijador externo transcurridas 16 semanas desde la fractura objetivándose limitación importante de la movilidad de la articulación tibioperoneo-astragalina, subastragalina y mediotarsiana. Se autoriza deambulación asistida con ortesis (Walker) y bastones ingleses a las 18 semanas. Transcurridas 8 semanas desde inicio de deambulación asistida, muy limitada por dolor y rigidez, se objetiva en radiología simple y en TC de la extremidad, desplazamiento de foco de fractura tibial y pero-

neo, que se encuentran en pseudoartrosis, y rotura de material de osteosíntesis (placa peroné). Se decide reintervenir a la paciente, 8 meses tras traumatismo inicial, para retirada de placa de peroné, curetaje de foco de fractura de tibia y peroné, injerto de hueso sintético y osteosíntesis con placa de tibia distal y placa diafisaria en peroné.

Material y método: Se realiza revisión bibliográfica del manejo y clasificación de las fracturas abiertas de tibia. Revisión del tratamiento urgente y definitivo de las fracturas abiertas, indicación de fijación externa y los distintos tipos de fijación interna. Manejo de la antibioterapia indicada según las características de las lesiones. Nociones básicas de desbridamiento quirúrgico en las fracturas abiertas.

Resultados: Actualmente en seguimiento, presenta consolidación de la fractura.

Comentarios y conclusiones: La incidencia de fracturas abiertas ha disminuido en los últimos tiempos, asociada a un descenso de los traumatismos de alta energía. Sin embargo no se debe olvidar el manejo de las mismas pues un mal enfoque terapéutico puede tener consecuencias desastrosas para el paciente. Debe evitarse el sufrimiento innecesario de partes blandas, procediendo a la reducción y estabilización de las fracturas en el menor tiempo posible, disminuyendo así el riesgo de complicaciones. El lavado copioso y un desbridamiento exhaustivo, asociado a la antibioterapia precoz, disminuyen el riesgo de complicaciones infecciosas. La fijación externa debe limitarse a casos de contaminación severa o riesgo vital, siendo el enclavado endomedular la técnica de fijación que obtiene mejores resultados.

CC-957. LESIÓN RADIAL POR FIJACIÓN EXTERNA PERCUTÁNEA EN FRACTURAS HUMERALES

D. Barastegui Fernández, J.A. Porcel Vázquez, P. Solé Florensa, J. Tomás Hernández, D. Pacha Vicente, V. Molero García, J. Nardi Vilardaga y E. Càceres Palou

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: El uso de fijador externo en el miembro superior es una técnica útil aunque su uso se encuentra limitado habitualmente a fracturas con gran conminución o bien fracturas abiertas con un grado importante de contaminación. La fijación externa percutánea a nivel de la extremidad superior debe ser una técnica cuidadosa debido a la presencia de estructuras neurovasculares. El objetivo de este estudio es la exposición de una serie de casos donde la fijación con pines percutáneos a nivel humeral ha ocasionado lesiones del nervio radial y la propuesta de recomendaciones para evitarlas.

Material y método: Presentamos un serie de 2 casos que se han presentado en el servicio por fracturas conminutas abiertas de diáfisis humeral distal tratadas mediante la fijación externa percutánea que presentaron postoperatoriamente un déficit funcional de la musculatura distal por lesión del nervio radial a nivel de la situación de los pines distales del fijador.

Resultados: Uno de los dos pacientes presentó una correcta evolución espontánea en las semanas posteriores del déficit sensitivomotor, por lo que se decidió una actitud conservadora respecto a la lesión nerviosa, manteniendo el fijador como tratamiento definitivo con una correcta evolución posterior. En el segundo caso, intraoperatoriamente e objetivó la sección parcial del nervio por los pines del fijador, por lo que al realizar la síntesis definitiva de las lesiones óseas, se practicó una exoneurolisis del radial. Actualmente el paciente se encuentra a las 8 semanas de evolución, persistiendo la paresia a dicho nivel.

Comentarios y conclusiones: La utilización de fijación externa en el miembro superior es rara, pese a ello, la posible lesión de estructuras vasculonerviosas, en especial el nervio radial por los pines distales, hace recomendable un abordaje mínimo a dicho nivel para asegurar la fijación al hueso sin lesionar otras estructuras.

CC-958. FRACTURA TRANSVERSA DE COTILO BILATERAL TRAS TRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA

D. Serrano Toledano, N. Ammari Sánchez-Villanueva, J.M. Martínez Salas, R. López Lobato, F. Mendoza Rebollo y G. Arias Rodríguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las fracturas del anillo pélvico suelen ser lesiones complejas, resultantes de una elevada transmisión de energía y frecuentemente acompañadas de otras lesiones en el contexto de pacientes politraumatizados. La afectación de partes blandas, el sangrado y la complejidad anatómica de la zona contribuyen a dificultar su abordaje terapéutico, que representa un reto para los traumatólogos y cirujanos ortopédicos. Presentamos el caso de un paciente con fractura transversa de cotilo bilateral tras accidente de tráfico en el que se llevo a cabo combinación entre cirugía abierta y percutánea.

Material y método: Paciente varón de 46 años derivado a nuestro centro tras sufrir accidente de tráfico. Las pruebas complementarias demuestran fractura transversa de ambos cotilos que precisan tratamiento quirúrgico. Se lleva a cabo un abordaje tipo Kocher-Langenbeck y fijación con placa y tornillos de la columna posterior y fijación percutánea ambas columnas anteriores con tornillos de rama isquiopubiana.

Resultados: La evolución posquirúrgica del paciente es excelente, tras 48 meses de seguimiento el paciente se encuentra libre de dolor, se ha reincorporado al ámbito laboral y los resultados funcionales y radiológicos pueden ser catalogados como excelentes.

Comentarios y conclusiones: La reducción anatómica a cielo abierto con fijación interna es el tratamiento de elección de las fracturas desplazadas del acetábulo. El objetivo del tratamiento quirúrgico es lograr la reducción anatómica de la superficie articular y evitar, a la vez, las complicaciones. Este tratamiento restablece el área de contacto entre la cabeza femoral y el acetábulo, crea una articulación de cadera estable e indolora, y maximiza la posibilidad de supervivencia de la cadera a largo plazo. La evolución clínica del paciente se correlaciona con la calidad de la reducción articular.

CC-959. TORNILLO ISQUIÁTICO COMO TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE FRACTURA TRANSVERSA DE COTILO. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Serrano Toledano, A. Amate Rivas, S. Álvarez Campos, F. Rodríguez Vázquez y J. Garcés Castillo

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las fracturas del anillo pélvico suelen ser lesiones complejas, resultantes de una elevada transmisión de energía y frecuentemente acompañadas de otras lesiones en el contexto de pacientes politraumatizados. La reducción abierta y fijación interna ha sido el estándar de tratamiento de este tipo de fracturas, al permitir una reducción casi anatómica y una fijación efectiva mediante placas y tornillos. Sin embargo las complicaciones asociadas a la exposición de campo quirúrgica han derivado la atención hacia alternativas menos invasivas, como la reducción cerrada y fijación percutánea. Presentamos una fractura compleja de cotilo tratada de forma percutánea con un excelente resultado funcional y radiológico pasados 3 años.

Material y método: Varón de 57 años derivado a nuestro centro tras sufrir caída casual (precipitación desde escalera). Presenta fractura transversa en T de cotilo izquierdo con mínima conminución. Se lleva a cabo tratamiento percutáneo de la fractura fijando la columna posterior mediante técnica percutánea del tornillo isquiático y fijación de la columna posterior con tornillo percutáneo retrógrado de rama ilio-pubiana.

Resultados: Tras 48 horas de estancia hospitalaria el paciente evoluciona favorablemente. Tras 36 meses de seguimiento se ha reincorporado

rado a la vida laboral sin limitaciones y realiza ejercicio físico sin dolor. Los resultados funcionales y radiológicos pueden ser catalogados como excelentes.

Comentarios y conclusiones: La osteosíntesis percutánea ofrece unas supuestas ventajas frente a la reducción abierta y fijación interna. En primer lugar permite el tratamiento de las lesiones sin realizar abordajes amplios, reduciendo así el sangrado y el tiempo quirúrgico. La lesión de partes blandas es mínima al tiempo que permite la estabilización quirúrgica de las fracturas sin descomprimir el hematoma, reduciendo el sangrado adicional.

CC-960. LESIÓN DE ARTERIA GLÚTEA SUPERIOR SECUNDARIA A TORNILLO ILIOSACRO

D. Serrano Toledano, J. Herrera Cobos, J.F. Lirola Criado, S. Tejero García y M.A. Giráldez Sánchez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El tornillo iliosacro está considerado como la técnica de elección en las lesiones de la región sacroiliaca. Describimos un caso de lesión iatrogénica de la arteria glútea superior durante la inserción de un tornillo iliosacro en el tratamiento de una fractura pélvica.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 32 años politraumatizado en el contexto de intento de autólisis con fractura pélvica tipo C1 de la clasificación de Tile tratada de forma percutánea con tornillo iliosacro al cuerpo de la primera vértebra sacra. Durante el postoperatorio inmediato el paciente presenta cuadro de inestabilidad hemodinámica asociado a sangrado de herida que precisa arteriografía urgente objetivando lesión de arteria glútea superior en su fase recurrente que es embolizada. Posteriormente se lleva a cabo la retirada del tornillo y síntesis de fractura con dos nuevos tornillos iliosacos.

Resultados: La evolución del paciente tras la embolización y la sustitución del material de osteosíntesis fue muy satisfactoria. Tras dos años de evolución el paciente deambula sin ayuda y se encuentra libre de dolor en la región pélvica.

Comentarios y conclusiones: La fijación percutánea de las lesiones posteriores del anillo pélvico se ha convertido en una técnica muy utilizada, reduciendo el tiempo operatorio y el sangrado durante la intervención. El riesgo de estas técnicas es generalmente iatrogénico, bien por la falta de experiencia del cirujano en el uso de esta técnica o por la dificultad para obtener las proyecciones radiológicas necesarias.

CC-961. LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

E.J. Salvador González, L.A. Cordero García, M. Torres Coscoyuela, J.M. Nieto Carrizosa, J. Suárez Fernández, A. de Paz Nieves, P. García Ibáñez y A. Sanz Laguna

Hospital de Móstoles. Madrid.

Introducción y objetivos: La luxación de la articulación esternoclavicular es una entidad que representa un pequeño porcentaje dentro de las lesiones que acontecen en torno a la cintura escapular. Presentamos un caso de luxación anterior de dicha articulación que acudió nuestra urgencia tras un traumatismo. Nuestro objetivo es explicar los distintos tipos de luxación que pueden acontecer en esta articulación y sus posibles tratamientos.

Material y método: Se ha realizado una revisión bibliográfica de esta patología a raíz de encontrarnos con este caso en nuestra sala de urgencias.

Resultados: Tras el diagnóstico se llevó a cabo un intento de reducción incruenta mediante la maniobra correspondiente que no fue

satisfactorio. Tras el mismo se decidió no realizar más intentos de reducción y tratar únicamente la sintomatología del paciente junto con revisiones periódicas para ver la evolución tanto del dolor como de la movilidad. La evolución del paciente ha sido satisfactoria presentando una movilidad completa sin ningún tipo de sintomatología al realizar tanto sus actividades cotidianas en casa y en el trabajo como actividad deportiva.

Comentarios y conclusiones: La luxación esternoclavicular representa un 3% de las lesiones que acontecen en la cintura escapular. La luxación anterior es entre dos y tres veces más frecuente que la posterior siendo esta entidad mucho más grave al asociarse a lesiones de grandes vasos y afectación mediastínica y traqueal. Para distinguirlas es necesario una correcta exploración clínica así como unas proyecciones radiológicas (anteroposterior y en serendipia) bien realizadas. Ante cualquier duda de la existencia de luxación o del tipo de ésta es necesaria la realización de un TAC. Mientras que la luxación anterior se trata mediante reducción cerrada, siendo asumible dejar dicha articulación luxada si el intento no es satisfactorio, en la luxación posterior es necesaria una reducción abierta inmediata y una fijación interna debido a las graves lesiones con las que se asocia; por ello es fundamental distinguir entre una luxación anterior y una posterior. La recuperación funcional completa y la ausencia de sintomatología suele ser habitual tras sufrir una luxación anterior de la articulación esternoclavicular dejando como única secuela una mínima deformidad estética a ese nivel.

CC-962. LUXACIÓN GLENOHUMERAL BILATERAL ANTERIOR BILATERAL

E. Rodrigues Ribeiro, B. Pereira Alpoim, A.F. José, P. Gomes Sá, P. Costa Marques, C. Fernandes Oliveira y M. Costa Leal

Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Portugal.

Introducción y objetivos: La luxación glenohumeral unilateral es la forma más común de luxación de una articulación. Sin embargo, su forma bilateral es una ocurrencia rara.

Material y método: Mujer de 82 años, acude a Urgencias tras una caída accidental por dolor intenso en ambos hombros y limitación funcional. El examen físico reveló las dos extremidades superiores en rotación externa y abducción, tumefacción anterior e signo del surco presente en ambos hombros. Sin déficit neurovasculares de las extremidades superiores. En Rx anteroposterior se verificó la existencia de luxación glenohumeral anterior bilateral, sin signos aparentes de fracturas. Se llevó a cabo la reducción de la luxación mediante la técnica de Milch con éxito.

Resultados: El control radiológico confirmó el buen posicionamiento de las estructuras articulares y fueron excluidos posibles trazas de fracturas ocultas, por primera vez, o que puedan surgir durante las maniobras de reducción. La paciente fue dado de alta con inmovilización de las extremidades superiores en aducción y rotación interna durante 3 semanas. Empezó movimientos pendulares según la tolerancia a partir de entonces.

Comentarios y conclusiones: La luxación glenohumeral bilateral es una entidad clínica poco frecuente. La luxación bilateral posterior es la más común. En cuanto a la etiología, estas pueden ser causadas por contracciones musculares violentas (49%), que incluyen convulsiones, electrocución y el ejercicio, de origen traumático (23%), incluyendo las caídas y los movimientos violentos de tracción, las causas atraumáticas (36%), que incluyen enfermedades neuromusculares y hiperlaxidez. En la literatura hay menos de 50 casos de luxación glenohumeral anterior bilateral, en su mayoría procedentes de contracciones musculares violentas (convulsiones) o un traumatismo directo. Una vez obtenido el diagnóstico es obligatorio llevar a cabo la reducción articular tan pronto como sea posible dado el riesgo de compromiso neurovascular.

CC-963. FRACTURA TRIPLANAR DE TOBILLO: UNA LESIÓN QUE PUEDE PASAR DESAPERCIBIDA

E. García Castro, R. Goñi Robledo, P. Igado Insa, A. Argoitia Ituarte y A.P. Borja Jara

Hospital Txagorritxu. Álava.

Introducción y objetivos: Las fracturas triplanas de la extremidad distal de la tibia representan una lesión infrecuente pero que debe tenerse en cuenta para evitar un diagnóstico erróneo que pueda conducir a secuelas importantes a largo plazo. Se les han denominado fracturas transicionales al producirse durante la transición desde el tobillo esqueléticamente inmaduro hasta el tobillo esqueléticamente maduro. Presentan un patrón complejo en cuanto a la orientación espacial del trazo de fractura, el cual se dirige en tres planos (coronal, sagital y axial), de ahí que deba realizarse una TAC para determinar la configuración de la fractura. Puede estar formada por dos, tres o incluso más partes. Están causadas por una fuerza de rotación externa actuando sobre la fisis distal de la tibia.

Material y método: Se expone el caso de una paciente de 11 años, que reconoce una torsión de tobillo en rotación externa y en la que se logra una reducción óptima de manera cerrada, con un desplazamiento inferior a 2 mm y una buena congruencia articular.

Resultados: Se muestran las pruebas de imagen realizadas en el momento agudo y la evolución meses después.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas triplanas de la extremidad distal de la tibia representan una lesión infrecuente pero que debe tenerse en cuenta para evitar un diagnóstico erróneo que pueda conducir a secuelas importantes a largo plazo.

CC-964. SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO EN MUSLO TRAS TRAUMATISMO CERRADO. A PROPÓSITO DE UN CASO EN UN FUTBOLISTA

F. Aranda Romero, J.C. Gutiérrez Gómez, C. Justo Astorgano, J.J. Sánchez Rúas, C. de la Cavada Orta y M. Sanz Pascual

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: El síndrome compartimental agudo es una situación muy infrecuente en el muslo y generalmente aparece en presencia de fractura, sin embargo puede aparecer tras traumatismo directo o incluso tras la realización de ejercicio.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 17 años que acude a urgencias por dolor y tumefacción en muslo derecho tras presentar traumatismo directo durante un partido de fútbol. El paciente había acudido por dicho motivo a un centro privado y ante la evolución tórpida del cuadro se remite a nuestro hospital 24 horas después. Durante su estancia en el servicio de urgencias el paciente desarrolla un empeoramiento paulatino de la sintomatología, refiriendo parestesias en la extremidad. En la exploración presentaba tumefacción y empastamiento así como aumento del perímetro del muslo con respecto al contralateral, dolor más intenso en el compartimento anterior, neurovascularización distal normal. La extensión de la rodilla era completa y la flexión estaba limitada a 40 grados. Se realiza angioTC sin objetivarse lesiones vasculares, y se evidencia un marcado aumento del tamaño de la musculatura del compartimento anterior. Ante la sospecha clínica de síndrome compartimental se decide realizar fasciotomía lateral del muslo en quirófano con descompresión de los compartimentos lateral y posterior.

Resultados: El paciente presenta durante su estancia en la planta de hospitalización una recuperación del cuadro procediéndose al cierre cutáneo de la herida a los 7 días de la primera intervención.

Comentarios y conclusiones: Presentamos este caso debido a que la aparición de un síndrome compartimental no asociado a fractura es poco frecuente y su diagnóstico no es fácil ya que clínicamente puede confundirnos y diagnosticarlo como un traumatismo grave. Su diagnós-

tico precoz y tratamiento descompresión con fasciotomía es crucial, ya que si pasa desapercibido o se retrasa su diagnóstico las secuelas pueden ser importantes y permanentes.

CC-965. FRACTURA ABIERTA POR EXPLOSIÓN. TRATAMIENTO CON FIJADOR EXTERNO HÍBRIDO

F.J. Carrillo Piñero, C. Salcedo Cánovas, A. Valcárcel Díaz, J.P. García Paños, J. Martínez Ros, J.J. López Martínez, S. Illán Franco y M. López Antón

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Las fracturas abiertas con pérdida de sustancia de miembros inferiores suelen ser resultado de accidentes de alta energía. El estado de la piel y las partes blandas es uno de los factores principales que condiciona el tratamiento y pronóstico de estas lesiones. Por ello se debe dar mucha importancia a solucionar el defecto cutáneo así como su evolución. Presentamos caso clínico con fractura abierta de tibia por explosión de artefacto pirotécnico.

Material y método: Paciente gestante de 30 semanas con múltiples alergias; sulfamidas, penicilina, AINE y AAS. Es remitida a urgencias tras sufrir explosión de un petardo cerca de la pierna derecha. A la exploración física se observa herida de 15 cm de diámetro con importante pérdida de sustancia en cara anterior de tercio proximal de pierna derecha que abarca desde región inferior de rodilla hasta tercio medio de tibia, con severa afectación de partes blandas. Exploración neurovascular distal conservada. Exploración obstétrica normal. En la radiografía se muestra fractura conminuta extraarticular de tercio medio-proximal de tibia. Con el diagnóstico de fractura abierta grado III B de Gustilo de extremo proximal de tibia derecha se decide intervención quirúrgica de urgencia realizando lavado profuso más osteosíntesis de la fractura con fijador externo híbrido con el siguiente montaje: marco circular con tres agujas en metáfisis de tibia, unido mediante tres barras a tres fichas en diáfisis de tibia tercio medio distal. Se realiza Friedrich de los bordes de la herida más cura local de la misma con apósito biológico al no poder cerrar la misma. Se pauta tratamiento antibiótico con ceftazidima más clindamicina según protocolo hospitalario. Durante su ingreso se siguen controles ecográficos por parte del servicio de Ginecología y Obstetricia con resultados normales.

Resultados: Se realizan curas locales de herida con buena evolución de la misma lo que permite que 11 días después se realice en quirófano programado desbridamiento de lecho de herida y cobertura con colgajo muscular gemelo interno e injerto libre de piel parcial. No es necesario modificación de fijador externo. Tras 25 días se observa el injerto prendido satisfactoriamente por lo que se decide alta y control ambulatorio. La paciente dio a luz sin complicaciones y tras 20 semanas con el fijador externo se procede a la retirada del mismo tras la adecuada consolidación de la fractura y con balance articular completo.

Comentarios y conclusiones: Consideramos que la utilización de fijador externo híbrido como osteosíntesis definitiva en fracturas abiertas con importante pérdida de sustancia es una buena opción terapéutica. Esta permite una osteosíntesis estable de la fractura con mínima agresión a las partes blandas en un solo tiempo. El abordaje multidisciplinar de este tipo de lesiones es fundamental para obtener unos resultados satisfactorios.

CC-966. OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURA PERIPROTÉSICA DE FÉMUR DISTAL MEDIANTE PLACA LISS DE TIBIA ADAPTADA. CASO CLÍNICO

F. Rodríguez Vázquez, P. García Parra, S. Álvarez Campos y A. Amate Rivas

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El aumento de la esperanza de vida en nuestro medio conlleva un incremento de patologías degenerativas,

como la gonartrosis. Esto conlleva un aumento de cirugía protésica y complicaciones derivadas de ellas.

Material y método: Presentamos un caso de fractura periprotésica femoral de una prótesis total de rodilla, en una paciente de 76 años tras sufrir un traumatismo de baja energía. En la radiografía se apreciaba un valgo con hipertrofia a nivel del cóndilo externo femoral, lo que dificultaba la correcta adaptación de placas estándares de fémur distal tipo LISS. Asimismo, consideramos que por las características de la fractura y la dificultad para la flexión que presentaba dicha paciente, estaba más indicado una osteosíntesis con placa que enclavado retrógrado por amplia artrotomía.

Resultados: Se realizó reducción mediante MIPO y osteosíntesis con placa LISS de tibia del lado contralateral. La disposición anatómica de la zona fracturada permitía una mejor y correcta adaptación del material de osteosíntesis diseñado de la tibia en vez del fémur, y del lado contralateral. Tras la revisión de la literatura, no hemos encontrado ningún caso en el que se realizase la misma técnica, si bien está descrito la osteosíntesis con placa como técnica de elección para este tipo de fracturas.

Comentarios y conclusiones: En la resolución de las complicaciones a medio-largo plazo de la artroplastia de sustitución de rodilla, como la fractura periprotésica, no siempre son sencillas de realizar las técnicas quirúrgicas con materiales convencionales, no sólo por la mala calidad del hueso y complejidad de las fracturas, sino también por la deformidad del mismo. La capacidad de innovación es importante, ya que se están presentando cada vez con mayor frecuencia en nuestro medio.

CC-967. FRACTURA ABIERTA DIAFISARIA DE TIBIA III-B. A PROPÓSITO DE UN CASO

H. Gómez Santos, J.A. Almodóvar Delgado, C. Justo Astorgano, P. Crespo Hernández, M.C. Sanz Pascual, C. Hernández Galera, T. del Olmo Hernández y P. García Medina

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas abiertas de tibia suponen el 3% del total de fracturas y el 25% de las fracturas de tibia, debido a la naturaleza subcutánea de la tibia. Su principal agente causal son los accidentes de tráfico. Este tipo de lesiones asocian elevados riesgos de infección, así como otras posibles complicaciones-síndromes compartimentales, consolidaciones viciosas, retardos de la misma.

Material y método: Paciente de 17 años, sin antecedentes personales de interés, que sufre una fractura abierta diafisaria de tibia y peroné tipo IIIB de Gustilo, tras accidente de moto, con desvitalización muscular extensa, que requirió un colgajo para la cobertura de los huesos y el cierre de los tejidos blandos. A su llegada se le administro VAT y antibioterapia precozmente. Fue intervenido de urgencias realizando lavado abundante, desbridamiento amplio y estabilización de la fractura mediante osteosíntesis con enclavado endomedular tibial. A las 48h se realizó nuevo lavado quirúrgico, sin requerir desbridamiento adicional, procediendo 24h más tarde a su cobertura de partes blandas mediante colgado libre pediculado de dorsal ancho.

Resultados: Presentó desde el momento inicial una pérdida tendinosa completa del compartimento anterior y lateral de la pierna, a excepción del tibial anterior, sin lesión vasculonerviosa, a excepción de NPS. En el postoperatorio inmediato se le colocó una ortesis antiequino y se inició un programa de fisioterapia controlado. Posteriormente se realizó una dinamización secundaria del clavo, mediante extracción de un tornillo de bloqueo. Actualmente el paciente deambula en carga, con déficit moderado para la eversión del tobillo, sin haber presentado complicaciones adicionales.

Comentarios y conclusiones: Los objetivos en el tratamiento de las fracturas abiertas debería ser principalmente preservar la vida, preservar el miembro y preservar la función, pero también prevenir la

infección, la estabilización de fractura y la cobertura de los tejidos blandos.

CC-968. IVP DE RESCATE POR COMPLICACIÓN DE FRACTURA HUMERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

H. Gómez Santos, C. Justo Astorgano, S. Alonso Güemes, M.C. Sanz Pascual, C. Hernández Galera, P. García Medina, T. del Olmo Hernández y D. Jiménez García

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: El injerto vascularizado de peroné se viene utilizando desde hace más de 25 años con buenos resultados. El peroné tiene como ventajas ser una estructura bastante similar al radio, cúbito y húmero; tiene suficiente longitud para la reconstrucción de defectos grandes del miembro superior, siendo además los vasos peroneos largos y fáciles para la reparación microvascular.

Material y método: expongo el caso de un varón de 40 años con evolución tórpida de una fractura humeral diafisaria de trazo espiroideo, tras sufrir una caída casual. Fue intervenido en el momento inicial realizando osteosíntesis con enclavado endomedular, evolucionando posteriormente hacia la pseudoartrosis, precisando nueva intervención quirúrgica para RAFI con placa aportando injerto autólogo de cresta ilíaca. Trece años después, tras ser intervenido en una ocasión más para nueva síntesis, se le diagnostica de pseudoartrosis infectada atrofica recalcitrante de húmero, con defecto óseo segmentario. Se realiza desbridamiento e injerto autólogo intercalar de peroné vascularizado. Un año más tarde sufre una fractura del injerto tras caída, precisando osteosíntesis. Nuevamente presenta otra fractura adicional y pseudoartrosis de la previa, requiriendo nueva reintervención.

Resultados: A día de hoy, el paciente se encuentra sin dolor, realiza sus actividades diarias teniendo libres ambas articulaciones subyacentes pero sin carga autorizada. Permanece inmovilizado con un Brace termoplástico alterno para prolongar la inmovilización, intentando evitar nueva refractura hasta la consolidación completa. Radiográficamente he tenido una progresiva consolidación de ambos extremos del injerto y las fracturas, hasta considerarse actualmente la consolidación casi completa.

Comentarios y conclusiones: El trasplante de peroné microvascular es una excelente opción para resolver pérdidas óseas segmentarias en nuestro medio. Es una técnica efectiva para reemplazar defectos óseos mayores de 6 cm; las complicaciones pueden reducirse con el dominio de la técnica y con la protección del hueso afectado con una férula hasta que consolide para evitar una fractura por fatiga.

CC-969. RESCATE (VULPIUS + COLGAJO) TRAS FRACASO DE OSTEOSÍNTESIS EN FRACTURA DE CALCÁNEO

H. Gómez Santos, C. Justo Astorgano, P. de Lucas Cadenas, D. Jiménez García, M.S. del Cura Varas, M.C. Sanz Pascual, P. García Medina y J. Díaz Heredia

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas extraarticulares de calcáneo representan entre el 25 y el 30% de las fracturas de calcáneo. Las fracturas de la tuberosidad pueden estar causadas por un fuerte estiramiento del tríceps sural o por un traumatismo directo. El desplazamiento del fragmento debido a su localización subcutánea, puede dañar la piel y producir escarificación. Debe realizarse un seguimiento minucioso desde el principio, pues puede producirse un desplazamiento, que si no es detectado puede ser causa de deterioro en la piel, discontinuidad del tendón de Aquiles y alteración de la arquitectura del calcáneo.

Material y método: Paciente intervenida 6 meses antes tras fractura extraarticular de calcáneo tipo pico de pato, mediante reducción

cerrada y fijación percutánea con tornillo canulado y arandela, que presenta fracaso aséptico de osteosíntesis, con avulsión del fragmento, dehiscencia y ulceración cutánea con exposición ósea. La paciente requiere reintervención quirúrgica mediante escisión del fragmento y alargamiento aquileo, empleando un colgajo de deslizamiento con técnica Vulpius, reanclaje tranóseo de su extremo distal, y cobertura cutánea mediante técnica reconstructiva con un colgajo cutáneo pediculado.

Resultados: La paciente permaneció posteriormente inmovilizada con una férula inguinopédica en equino, que fue sustituida por una ortesis articulada tipo Walker, consiguiendo una dorsiflexión progresiva hasta 90° con carga asistida. Tras un periodo de seguimiento de un año, la paciente presenta una recuperación funcional completa -se encuentra asintomática, sin alteraciones para la marcha ni sus actividades previas-, sin haber presentado ninguna complicación adicional. Atendiendo a las escalas clínico-funcionales Leppilahti y ATRS presenta un resultado excelente.

Comentarios y conclusiones: En estos casos, con un defecto muy amplio del Aquiles tras la escisión, puede emplearse la técnica descrita por Abraham y Pankovich, que permite realizar una sutura termino-terminal mediante un colgajo V-Y sin necesidad de plastias de refuerzo. Estas fracturas requieren para su síntesis frecuentemente tornillos grandes, pero es necesario manipular minuciosamente las partes blandas puesto que son muy frecuentes los problemas derivados de la cicatrización de las heridas. Asimismo también requieren un seguimiento estrecho pues un desplazamiento del foco y/o del material de osteosíntesis pueden originar problemas.

CC-970. NEUROPATÍA DEL NERVO MUSCULOCUTÁNEO TRAS FRACTURA HUMERAL

I. Sancho González, T. Martínez Jiménez, D. Manrique Cuevas, M. Ercilla Oyarzábal, J. Mondragón Rubio, M. Menéndez García, F.J. González Arteaga e I. Rey Urdiain

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: Las fracturas de la diáfisis humeral suponen el 2% de todas las fracturas y por lo general no ofrecen problemas de consolidación ni resultados funcionales.

Material y método: Mujer de 72 años consulta por dolor y deformidad en la extremidad superior derecha tras caída accidental. El examen neurológico distal resulta normal. La radiografía muestra una fractura desplazada espiroidea de la diáfisis humeral. Se indica un tratamiento ortopédico de la fractura con una ortesis tipo Brace. La evolución durante la inmovilización es adecuada. A partir del tercer mes de evolución y coincidiendo con la aparición de signos radiológicos de consolidación de la fractura, la paciente refiere dolor de reposo intenso a nivel del foco de fractura, sin otros síntomas. La palpación del callo y porción larga del bíceps resultan dolorosas, así como la flexión del codo. Se realizan varias infiltraciones locales con resultado parcial. Una RM muestra tendinopatía degenerativa del manguito y PLB. La TAC descarta la pseudoartrosis sin mostrar más hallazgos. Ante el empeoramiento progresivo del dolor se decide, 1 año después de sufrida la fractura; explorar quirúrgicamente el foco.

Resultados: Se realiza primeramente una exploración artroscópica en el hombro derecho encontrándose una porción larga del bíceps sin aparente sufrimiento por lo que se respeta. Se aborda después de forma abierta el foco fractuario identificándose fibras del nervio musculocutáneo y del músculo braquial anterior englobadas en el callo de fractura. Se procede a la liberación de dichas estructuras. La paciente, desde la primera consulta postoperatoria refiere una completa mejoría de la clínica, satisfecha por el resultado de la cirugía.

Comentarios y conclusiones: La neuropatía por atrapamiento del nervio musculocutáneo en fracturas de la diáfisis humeral es una compli-

cación rara aunque resulta conveniente pensar en ella ante la persistencia de dolor en el foco ulterior a la consolidación ósea.

CC-971. TRANSPORTE ÓSEO E INJERTO HETERÓLOGO PARA EL TRATAMIENTO DE DEFECTO ÓSEO TRAS UNA FRACTURA ABIERTA IIIB DE TIBIA DISTAL

I. Martín Concepción, M.A. Vidal Folgar, P. Fernández Bisbal, G. Salmerón Vélez y J.L. Jumilla Carrasco

Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: El tratamiento de las grandes pérdidas de sustancia ósea, es uno de los problemas que más dificultades ha planteado al cirujano ortopédico. El transporte óseo y otros métodos de distracción-compresión con fijadores externos en el tratamiento de defectos óseos segmentarios en los huesos largos del esqueleto, son técnicas actualmente bien conocidas y ampliamente aceptadas por la comunidad ortopédica internacional. El transporte óseo consiste, en la movilización progresiva de un segmento óseo, obtenido tras corticotomía, con el fin de rellenar una pérdida de sustancia, basándonos en los principios de la osteogénesis distraccional, y se utiliza en caso de pérdidas de sustancia superiores a 4 cm.

Material y método: Paciente mujer de 49 años sin antecedentes personales de interés que sufre accidente de moto con traumatismo en tobillo derecho. Diagnóstico: Fractura abierta de tibia-peroné derechos grado IIIB de Gustilo con pérdida de hueso diafiso-metafisario distal de unos 10 cm de longitud. Tratamiento: reducción de la fractura con fijador externo y lavado profuso. La evolución de las partes blandas fue satisfactoria en todo momento por lo que se decide al mes del ingreso reintervenir para colocar el transportador óseo Orthofix monolateral. Siguiendo intervención 9 meses después: retirada del fijador externo, injerto estructural de donante vaciado y relleno de injerto autólogo de cresta iliaca homolateral y osteosíntesis con placa LCP de pilón tibial con aporte de factores plaquetarios autólogos.

Resultados: La paciente se encuentra actualmente en evolución, comenzando la consolidación radiográfica de la fractura y empezando con apoyo parcial.

Comentarios y conclusiones: Los métodos de distracción-compresión utilizando fijadores-distractores externos monolaterales constituyen una alternativa real y eficaz en el tratamiento de los defectos óseos segmentarios sobre todo cuando son masivos. Estas técnicas promueven una excelente osteogénesis cuantitativa y cualitativamente, con un aceptable índice de complicaciones dada la complejidad de los casos. Las lesiones asociadas son frecuentes y, sobre todo las fracturas articulares, juegan un papel crucial en la evolución de estos pacientes. La necesidad de refrescar el foco o de añadir injerto óseo autólogo o heterólogo es frecuente para conseguir la consolidación.

CC-972. RADICULOPATÍA PRODUCIDA POR TORNILLO ILIOSACRO

J. Mondragón Rubio, M. Menéndez García, P. Mateo Sebastián, J. Ruiz Ruiz, T. Martínez Jiménez, D. Manrique Cuevas e I. Rey Urdiain

Complejo Hospitalario de Navarra B. Pamplona.

Introducción y objetivos: La inestabilidad sacroiliaca es mayoritariamente debida a traumatismo de alta cinética. En la actualidad dicha inestabilidad es manejada mediante los siguientes métodos de fijación interna: barras iliosacras, tornillos iliosacros percutáneos, placas. El anillo pélvico está conformado por dos componentes anterior y posterior, que se comportan como una estructura sinérgica, es por ello que la inestabilidad de un componente afecta directamente al otro.

Material y método: Mujer de 35 años que sufrió accidente de alta cinética en otra comunidad autónoma produciéndose múltiples lesiones, destacando entre ellas: Fractura conminuta de ala sacra izquier-

da con focos presacros (Tile B2) y fractura per/subtrocanterea femoral y reborde acetabular izquierdo. Fue tratada mediante 1 tornillo percutáneo en rama iliopubiana izquierda + 2 iliosacros izquierdos y RAFI con LCP de fractura de cadera. Traslada a nuestro servicio a las 2 semanas con seroma y posible lesión CPE tratada con férula antiequino. Al ingreso la paciente presenta pérdida de fuerza motora en extremidad inferior izquierda y refiere hipoestesias en pie y dolor neuropático en región S1. En radiografía de control se aprecia desmontaje de Osteosíntesis de cadera. Se decide realizar TAC por sospecha de que uno de los tornillos sacroiliacos este dañando raíz nerviosa y se confirma la ocupación de agujero de conjunción correspondiente al primer agujero sacro en el lado izquierdo, por donde discurre la raíz S1. Se decide intervenir a la paciente retirando dicho tornillo y retirando placa de cadera y se realiza nueva osteosíntesis con placa DHS + PST.

Resultados: A la semana de la reintervención disminución del dolor neuropático. Tras mes y medio de descarga comenzó la carga y la deambulación con muletas. Recuperación progresiva de la fuerza y de la sensibilidad (sin ser completa en última revisión). A los 3 meses la paciente era capaz de mantenerse de puntillas y comenzó deambulación sin muletas.

Comentarios y conclusiones: La técnica de fijación con tornillos percutáneos de fracturas del anillo pélvico inestable ha demostrado ser muy útil. Hay que tener en cuenta la dificultad de la técnica y la variabilidad de la anatomía del sacro. Cabe destacar la importancia de una buena visión con intensificador de imágenes en quirófano. Ante la sospecha de afectación neurológica es indispensable la realización de un TAC para asegurarnos la correcta fijación de los tornillos.

CC-973. LUXACIÓN VOLAR INVETERADA DEL SEMILUNAR

J. Mondragón Rubio, L. Alzueta Zubiri, J. Ruiz Ruiz,
I. Sancho González, D. Manrique Cuevas, M. Ercilla Oyarzábal,
P. Mateo Sebastián e I. Goñi Zubiri

Complejo Hospitalario de Navarra B. Pamplona.

Introducción y objetivos: La luxación pura del semilunar es una patología poco frecuente y en ella el semilunar es extruido hacia el canal carpiano permaneciendo el resto del carpo alineado con el radio. Alrededor del 25% de estas lesiones pasan desapercibidas de manera aguda por fallo diagnóstico inicial. Esto se debe a que una luxación perilunar no reducida puede tolerarse sobre todo desde el punto de vista de la movilidad.

Material y método: Varón de 60 años que tras accidente en bicicleta acude a urgencias por dolor y tumefacción en muñeca izquierda. Se realizan radiografías AP y L de muñeca. Se diagnostica de posible fisura de estiloides radial por el servicio de urgencias y es tratado con férula antebraquial. Debido al dolor y parestesias acude a consulta en tres ocasiones. Pasando desapercibida la luxación en nuevas radiografías. Se deriva a rehabilitación consiguiendo una movilidad más que aceptable pero persiste el dolor y dudosa afectación del n. mediano. A los 3 meses en RMN se diagnostica la luxación. Se decide realizar intervención: Abordaje dorsal, capsulotomía y reducción cuidadosa de la luxación. Objetivándose buen aspecto de del cartilago de carillas articulares. Reparación y sutura capsuloligamentaria. Estabilización con 2 KW escafolunar y grandepiramidal. Yeso 6 semanas.

Resultados: A los 6 meses desaparición del dolor y de la afectación del n. mediano. Movilidad similar a muñeca contralateral. Las proyecciones radiológicas (estudio funcional) muestran posición correcta del semilunar aunque existe cierta rarefacción ósea por lo que se va a realizar gammagrafía para descartar compromiso vascular.

Comentarios y conclusiones: En todas las radiografía realizadas antes del diagnóstico se observan los signos clásicos de la luxación del semilunar, pero ha pasado desapercibida a personas poco habituadas a la patología esquelética de la mano. Nos parece importante la for-

mación del personal de urgencias en este sentido, y sospecharlo en cuadros de dolor exagerado y clínica de afectación del n. mediano. El diagnóstico tardío ensombrece mucho el pronóstico (rotura de tendones flexores, necrosis avascular...) Para concluir, decir que el tratamiento quirúrgico de las luxaciones inveteradas del semilunar, reparación reconstructiva o cirugía paliativa depende sobre todo del estado del cartilago articular más que del tiempo transcurrido.

CC-974. FRACTURAS DIAFISARIAS DEL TERCIO DISTAL DE TIBIA CON PERONÉ DISTAL ASOCIADO. EL ENCLAVADO TIBIAL AISLADO SUELE SER SUFICIENTE

J. Bustillo Badajoz, E. Valero Iglesias, S. Ponce Pico, R. Fole López
y R. Antón Mateo

Hospital de la Princesa. Madrid.

Introducción y objetivos: El tratamiento de las fracturas del tercio distal de tibia que asocian fractura de peroné al mismo nivel es motivo de controversia en traumatología en base a la inestabilidad que puede producir la fractura del peroné sobre la articulación del tobillo y la posibilidad de producir fallos en la consolidación. Se postulan como posibles el tratamiento ortopédico, fijador externo, dos placas y la utilización de enclavado para la tibia acompañándose o no de fijación con placa del peroné.

Material y método: Presentamos 3 casos de fracturas de tercio distal de tibia con peroné a la misma altura que fueron tratados mediante estabilización con clavo con dos bloqueos proximales y dos distales sin actuación quirúrgica sobre peroné distal. Dos fueron fresados y el tercero no por tratarse de una mujer largo tiempo encamada por proceso tumoral vertebral. En los tres casos tras el enclavado de la fractura tibial se comprobó la estabilidad tibioperoneastragalina mediante maniobras de estrés bajo escopia.

Resultados: Los tres pacientes evolucionaron correctamente clínica y radiológicamente sin producirse retardos de consolidación ni consolidaciones con angulaciones no aceptables. En todos se retrasó la carga entre 4 y 6 semanas por el riesgo de consolidación con mala alineación coronal. En dos de los pacientes se propuso utilización de un Walker ortopédico para iniciar el apoyo aunque finalmente sólo lo empleó uno durante las tres primeras semanas.

Comentarios y conclusiones: La fijación fibular es considerada fundamental por muchos cirujanos en el tratamiento de fracturas que asocian tibia y peroné en su tercio distal. Otros como Robinson postula que no es necesario fijar el peroné en las fracturas de metafisis tibial distal con mínima afectación de tobillo tratadas con enclavado. En nuestra experiencia consideramos que la comprobación bajo escopia de la estabilidad en stress del tobillo tras el enclavado tibial es la clave para actuar o no acto quirúrgicamente sobre el peroné en estas fracturas.

CC-975. FRACTURAS-LUXACIONES DEL 5.º CARPOMETACARPIANO O BABY-BENNETT. A PROPÓSITO DE 3 CASOS TRATADOS MEDIANTE REDUCCIÓN CERRADA Y AGUJAS

J. Bustillo Badajoz, E. Valero Iglesias, R. Fole López,
A. Dudley Porras, R. Martín García y M. Vecino López

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas intraarticulares de la articulación entre ganchoso y quinto metacarpiano son relativamente frecuentes y se producen por una fuerza longitudinal sobre el 5º metacarpiano. Suelen asociarse a subluxación proximal y dorsal del metacarpiano por acción del extensor y flexor cubital del carpo a través del ligamento pisimetacarpiano y del abductor del meñique, quedando un fragmento de la base unido al 4º metacarpiano. La similitud con la lesión descrita por Bennett da origen al sobrenombre

Baby-Bennett. Las radiografías habituales pueden ser insuficientes requiriendo proyecciones en 60° supinación. El tratamiento es objeto de discusión variando desde escayola hasta reducción abierta y fijación interna.

Material y método: Presentamos 3 pacientes con fracturas intraarticulares de quinto metacarpiano con diferentes grados de subluxación respecto al ganchoso, uno de ellos luxación carpometacarpiana completa. Fueron tratados mediante reducción cerrada y fijación con agujas Kirschner al cuarto metacarpiano y ganchoso más férula de protección hasta interfalángica proximal.

Resultados: Las agujas se mantuvieron cuatro a seis semanas según grado de desplazamiento inicial. Los tres pacientes evolucionaron bien clínica y radiológicamente con reincorporación inmediata tras retirada de agujas a su vida habitual y laboral, y sin referir debilidad en prensión ni dolor a los 3 meses.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de las fracturas intraarticulares del quinto metacarpiano sigue siendo objeto de discusión. Existen autores que defienden la simple reducción cerrada e inmovilización con escayola. Sin embargo, la discapacidad residual secundaria a estas fracturas es la debilidad y dolor con la prensión que parecen deberse a aparición de artrosis. Ésta vendría provocada por una reducción no anatómica, por lo que la fijación de fractura podría minimizar esta pérdida de reducción. Por otra parte, la fijación con agujas aporta mayor seguridad para permitir cierta movilidad de falanges media y distal evitando la rigidez posterior. Consideramos la reducción abierta en casos de imposibilidad de reducción cerrada satisfactoria o fracaso secundario de reducción.

CC-976. FRACTURA-LUXACIÓN POSTERIOR DE CADERA TRAS TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Ruiz Ruiz, M. Ercilla Oyarzábal, T. Martínez Jiménez, M. Menéndez García, P. Mateo Sebastián, D. Manrique Cuevas, I. Sancho González e I. Goñi Zubiri

Complejo Hospitalario de Navarra. Centros B y D. Pamplona.

Introducción y objetivos: La gran mayoría de las luxaciones de cadera se producen por traumatismos de alta energía en accidentes de tráfico. Entre los demás mecanismos se incluyen caídas, peatones atropellados por automóviles o accidentes laborales. Las luxaciones posteriores se producen aproximadamente 9 veces más frecuentemente que las anteriores. El mecanismo típico de la luxación posterior es un accidente cuando se está frenando y en el que la rodilla del ocupante golpea el salpicadero cuando la rodilla y la cadera están flexionadas.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 35 años que es trasladado en ambulancia al Servicio de Urgencias por dolor e impotencia funcional en extremidad inferior izquierda que comenzó mientras jugaba a fútbol. El paciente no sufrió ningún traumatismo sino que el dolor comenzó al realizar un movimiento brusco en hiperextensión y rotación interna forzadas de la cadera al intentar controlar un balón. A la exploración física se apreciaba acortamiento de la extremidad inferior izquierda con actitud en rotación interna de la cadera. La movilización fue imposible por dolor. No existían déficits neurovasculares distales. En la radiología simple se apreciaba una luxación posterior de la luxación femoro-acetabular asociada a una fractura paracelular de la cabeza femoral (lesión tipo Pipkin) y fractura de la ceja acetabular posterior. Se realizó reducción cerrada bajo anestesia general que resultó dificultosa por la inestabilidad articular y la contractura muscular. Se colocó una tracción transtibial para asegurar el mantenimiento de la reducción articular.

Resultados: Se mantuvo la tracción durante 5 semanas. Tras ese tiempo se inició el proceso de rehabilitación realizando movilización activa de la articulación y carga progresiva. En la actualidad, 6 meses después de la lesión y 4 meses y medio después de la retirada de la tracción, el paciente refiere dolor ocasional con determinados movi-

mientos. Camina sin muletas y todavía persiste cierta limitación para realizar algunas actividades exigentes, si bien ya se ha producido la reincorporación a su puesto de trabajo. En la radiología se aprecia buena evolución de las fracturas hacia la consolidación.

Comentarios y conclusiones: Se trata de un mecanismo poco frecuente para la luxación de la cadera, ya que no se asocia a ningún traumatismo de alta energía. Letournel demostró que una menor aducción y rotación interna en el momento de la lesión favorecen la aparición de una fractura-luxación, que puede producirse por con una rotura de la pared posterior y o una fractura por cizallamiento de la cabeza femoral al golpear la cabeza con la pared posterior.

CC-977. FRACTURA DE CUELLO DE ASTRÁGALO HAWKINS TIPO I TRATADO DE FORMA QUIRÚRGICA CON TORNILLOS CANULADOS, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Yrayzoz Fuentes, M.M. Villanova López, F.L. Poletti Serafini y A. Borrás Verdera

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las fracturas de astrágalo son poco frecuentes pero graves. Prevalencia: 1% de las fracturas en general y 3% de las fracturas del pie en particular; las fracturas del cuello del astrágalo representan el 50% y se asocian a otras lesiones en un 65%. La vascularización del astrágalo es precaria. Además se añade la gran superficie cartilaginosa del hueso (70%), intraarticular y carente de inserciones musculares. Existe propensión a la necrosis. Biomecánicamente, el astrágalo actúa como vértice de la bóveda del pie y punto de transmisión de cargas, repartiéndolas dorsalmente al calcáneo y ventralmente a través del escafoide al antepié. Anderson denominó estas fracturas en 1919 como “aviators astragalus”, por hiperdorsiflexión del pie en traumatismos de alta energía. Clasificación Hawkins: Tipo I: fractura vertical sin desplazamiento. Tipo II: fractura vertical con desplazamiento del cuerpo de la articulación subtalar. Tipo III: fractura vertical con desplazamiento subtalar y talocrural. Tipo IV: tipo III + luxación de la cabeza del astrágalo (tipo Canale).

Material y método: Paciente varón de 25 años, no refiere antecedentes personales ni alergias medicamentosas. Paciente que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital tras sufrir caída desde altura (1,5 m) -Exploración: dolor a la palpación del tobillo. Importante inflamación y edema del mismo. No déficit sensitivo ni motor distal. Pulso poplíteo y tibial posterior y pedio conservado. Pruebas complementarias: Rx: fractura de cuello de astrágalo Hawkins tipo I, no otras lesiones óseas agudas aparentes.

Resultados: Se decide inmovilización con férula posterior, ingreso en observación, solicitud de preoperatorio de urgencias Intervención quirúrgica de urgencias, dado el alto riesgo de necrosis de este hueso. Paciente con muy buen resultado postoperatorio Tras tres revisiones presenta muy buena evolución.

Comentarios y conclusiones: Revisión bibliográfica sobre la mejor opción para el tratamiento de estas fracturas, decidir entre el tratamiento ortopédico y el quirúrgico teniendo en cuenta el alto porcentaje de necrosis óseas avasculares que presenta este hueso tras fracturarse.

CC-978. FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ TIPO 3B DE GUSTILO Y ANDERSON TRATADA CON FIJADOR EXTERNO, POSTERIOR ENCLAVADO ENDOMEDULAR DE TIBIA Y NECESIDAD DE COLGAJO DE COBERTURA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Yrayzoz Fuentes, A. Blanes Pérez, F.L. Poletti Serafini y D. Rial Valverde

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las fracturas diafisarias abiertas de tibia están entre las más frecuentes en la práctica ortopédica diaria. Su

alta incidencia no es casual y responde a razones anatómicas: localización de la tibia en extremidades inferiores y su situación subcutánea con pobre cobertura de partes blandas. Las fracturas abiertas significan la comunicación del foco de fractura con el exterior, y tienen en común 3 factores de riesgo fundamentales: alta posibilidad de contaminación, gran daño de tejidos blandos y hueso y dificultad para el manejo tanto conservador como quirúrgico a causa del daño óseo y de partes blandas asociadas, que conllevan una alta incidencia de complicaciones. La precaria vascularización y la poca cantidad de tejidos blandos que cubren la diáfisis tibial convierten este hueso muy vulnerable a la pseudoartrosis y la infección. En la actualidad, se dispone de una gran variedad de tratamientos para reducir las complicaciones señaladas, entre los que se encuentran el uso de protocolos agresivos con antibioterapia intravenosa temprana, reparación y desbridamiento de los tejidos blandos afectados, estabilización de las fracturas, cobertura temprana con tejidos blandos e injerto óseo profiláctico.

Material y método: Paciente varón de 60 años, no refiere antecedentes personales ni alergias medicamentosas. Accidente de motocicleta de alta energía. Exploración: exposición de tibia y peroné con gran pérdida de sustancia. No déficit sensitivo ni motor distal. Pulso poplíteo y tibial posterior y pedio conservado. Pruebas complementarias: Rx: fractura abierta tipo IIIB de tibia y peroné Intervención quirúrgica de urgencias, estabilización de la fractura con fijador externo.

Resultados: Paciente con muy buen resultado postoperatorio, antibioterapia de amplio espectro. Un mes más tarde, retirada del fijador externo y enclavado endomedular, cierre de la herida por segunda intención pero gran escara necrótica por lo que se decide intervención por cirugía plástica con colgajo de cobertura. Tras tres revisiones presenta muy buena evolución.

Comentarios y conclusiones: Revisión bibliográfica sobre la mejor opción para el tratamiento de estas fracturas y el manejo de antibioterapia y partes blandas.

CC-979. LESIÓN DE LA ARTERIA HIPOGÁSTRICA EN FRACTURA DE RAMAS PÉLVICAS. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

J. Riego Fernández, A. Mejía Casado, M. Bravo Pérez, B. Longo Rubio, A. López-Pardo Pardo, L.I. Ibáñez Martín y L.A. Quevedo García

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción y objetivos: La mortalidad asociada a las fracturas del anillo pélvico se sitúa entre el 9 y 14%, siendo la hemorragia la principal causa de la muerte, con una incidencia del 60% del total de casos de fallecimiento. El origen del sangrado puede ser de plexo venoso, arterial, del hueso esponjoso de la fractura o una combinación de todos ellos. Las lesiones vasculares, que se presentan en el 15% de todas las fracturas pélvicas, pueden ocurrir como consecuencia de una disrupción aguda (laceración o ruptura); una lesión de la íntima, resultando en una trombosis intraluminal o en una formación subaguda de un pseudoaneurisma.

Material y método: Caso 1: paciente varón de 80 años que acude al servicio de urgencias por traumatismo en hemitórax derecho con dolor e incapacidad funcional. Se diagnostica de fractura de rama iliopubiana, con indicación de tratamiento conservador y alta a domicilio. Acude de nuevo al día siguiente por cuadro de dolor abdominal intenso y anuria. Presenta además hipotensión (TA 80/40), palidez cutáneo-mucosa, Hb 8,0 (posteriormente de 6,0). Mala perfusión periférica, con importantes quejas algidas pélvicas. Caso 2: paciente mujer de 88 años que ingresa en Cirugía Vascular derivada desde otro centro por presentar en hallazgos de TAC abdomino-pélvico aparente sangrado activo de ramas de arterias hipogástrica y femoral izquierdas con hematomas a nivel de músculo pectíneo y obturador externo

izquierdo, además de fracturas multifragmentarias a nivel de rama isquio-púbica e ileo-púbica izquierdas, todo esto consecuencia de una caída. Desde la fecha la paciente empezó a mostrar deterioro gradual de su estado general acompañado de dolor abdominal (desarrollo ileo-paralítico) y anemia (disminuyó hasta 3 ptos. de hemoglobina).

Resultados: Caso 1: se realiza TAC abdomino-pélvico con contraste identificando: masa pélvica con sangrado activo por vaso situado a nivel de la fractura ilio-púbica. Se comenta con Radiología intervencionista para embolización vascular. Se traslada a la REA para estabilización hemodinámica y canalización de accesos vasculares (yugular int izq). Se procede a sedación, IOT + VM, inicia soporte aminérgico con noradrenalina y transfusión de hemoderivados. Realizada embolización con coils de hipogástrica derecha, sin complicaciones. El paciente es alta a los 5 días. Caso 2: al llegar el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital se decide realizar arteriografía intraoperatoria y ligadura de rama posterior de arteria femoral profunda. Durante el ingreso en UCI presenta: ileo paralítico en relación con hipopotasemia, deshidratación hiponatrémica leve, fiebre en relación con infección respiratoria y síndrome confusional agudo hiperactivo. La paciente es trasladada a su hospital de zona en una semana.

Comentarios y conclusiones: La arteria hipogástrica en su origen de la ilíaca común es relativamente inmóvil, pero el segmento intermedio es móvil, siendo vulnerable a los mecanismos de deceleración y tracción. La lesión arterial en fracturas de baja energía, como son las fracturas de ramas pélvicas en pacientes ancianos, es extremadamente rara y apenas referenciada en la literatura, al igual que las lesiones arteriales asociadas a fracturas de cadera sin desplazar. En estos casos hay que tener en cuenta que el desplazamiento interfragmentario que nosotros apreciamos en el momento de la radiografía puede ser sustancialmente menor que el producido en el momento del impacto. La lesión se puede producir por laceración directa de los fragmentos óseos, pero también por un mecanismo de tracción sobre la arteria, que afectaría a los puntos débiles referenciados en el párrafo anterior, sobre todo en el contexto de un sistema arterial esclerosado, y por tanto con menor capacidad para resistir tales fuerzas.

CC-980. CASO CLÍNICO: LUXACIÓN ANTERIOR DE CADERA TRAS TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA EN UNA PACIENTE DE 71 AÑOS

J.L. Hurtarte Solís, L. Zorita Uricelqui, P. Blázquez Díez, I. Bollegi Zuloaga y G. Elorriaga Sagarduy

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se expone este caso raro de una paciente con un traumatismo de baja energía que presenta una luxación anterior de cadera derecha sin fractura de fémur ni pelvis asociada.

Material y método: Paciente de 71 años de edad quien tropieza con su pierna contralateral, resultando en un traumatismo de su cadera derecha en abducción y rotación externa. La paciente cae al suelo con impotencia funcional y dolor intenso en la cadera. No antecedentes traumáticos ni quirúrgicos en dicha articulación. Al ingreso a urgencias el miembro afecto presentaba acortamiento y rotación externa. No se palpa la cabeza femoral en la región inguinal, la exploración neurovascular de la pierna era normal. En el estudio radiográfico se demuestra luxación anterior de la cadera sin aparente fractura asociada. Se completa estudio con radiografías simples y tomografía axial computarizada. Luego del tratamiento inicial de la paciente se realiza una reducción bajo anestesia y relajación aplicando tracción en eje de la pierna.

Resultados: Se deja a la paciente en descarga y tracción de partes blandas durante 3 semanas. La evolución al mes de la paciente muestra una cadera no dolorosa con buen rango de movilidad.

Comentarios y conclusiones: La luxación anterior de cadera en pacientes de la tercera edad tras un traumatismo de baja energía, sin presentar fractura femoral o pélvica corresponden a menos del 1% de todos los casos de las luxaciones traumáticas de cadera. La mayoría se presentan como luxaciones posteriores, y como resultado de traumatismos de alta energía en pacientes jóvenes.

CC-981. FRACTURA EQUIVALENTE A MONTEGGIA: FRACTURA BILATERAL DE CODO EN UN PACIENTE JOVEN TRAS TRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA

J.L. Hurtarte Solís, F. Arrate Barragán, J.A. Guerrero Molina, C.A. Morales Marín y L. Zorita Urricelqui

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Descripción de un caso raro de un paciente joven con una fractura bilateral de codo tras traumatismo de alta energía en la que incluye una lesión equivalente a Monteggia en el codo izquierdo asociada a una fractura compleja articular en el codo contralateral.

Material y método: Paciente de 20 años con antecedentes de esquizofrenia quien se precipita de una altura de 10 metros. Es ingresado a urgencias inestable con un neumotórax y un traumatismo craneoencefálico moderado por lo que requirió intubación orotraqueal y estabilización por la unidad de Reanimación. El paciente presentaba dolor, deformidad e inestabilidad e ambos codos por lo que se procede a inmovilización y posterior estudio radiográfico. Se documenta las siguientes lesiones: Fractura de diáfisis de cubito proximal izquierdo asociada a fractura de cuello de radio desplazada (lesión equivalente a Monteggia) y fractura articular completa supraintercondílea de húmero distal derecho (AO 13C1). El paciente pasa 3 días en cuidados intensivos, hasta que se estabiliza y se plantea intervención quirúrgica realizándole una Reducción abierta y fijación interna. Se interviene al paciente haciéndole un abordaje medial y lateral en el codo izquierdo fijando la fractura con una placa y tornillos, y se coloca una placa de reconstrucción en el cuello del radio, documentando que la articulación radiocubital no estaba luxada. Se procede a realizar la intervención en el codo derecho realizando un abordaje transolecraneano, haciendo una reducción y fijación interna con 2 placas LCDPC (una de columna medial y otra de columna lateral) con tornillos corticales y esponjosos y un tornillo articular de Herbert. Se cierra el abordaje con un cerclaje tipo Obenque.

Resultados: La valoración del paciente a las 3 semanas de la intervención tras quitar la férula de inmovilización es en el codo izquierdo una extensión a 20 grados y flexión de 100 grados, y en el codo derecho una extensión a 40 grados y una flexión de 80 grados. Se inicia tratamiento rehabilitador del paciente.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de Monteggia son fracturas raras que corresponden a menos de 5% de todas las fracturas en el antebrazo y codo. En este caso, la fractura de diáfisis proximal de cúbito asociada a fractura del cuello del radio se comporta y está descrita como una fractura equivalente a Monteggia, que son lesiones raras asociadas a traumatismo de alta energía en pacientes jóvenes. Originalmente se describió la fractura/luxación como una luxación anterior del radio proximal asociada a fractura proximal del cúbito. Actualmente se refiere a cualquier luxación de la cabeza del radio con lesión del cúbito. En el caso de este paciente la articulación radiohumeral estaba patente, así que la clasificamos como una lesión equivalente a Monteggia. Las lesiones equivalentes a Monteggia son tres descritas a la fecha: luxación aislada de cabeza radial; fractura del cúbito proximal con fractura del cuello radial, que es el caso de este paciente; fractura proximal de ambos huesos, siendo la del radio más proximal que la del cúbito. Por lo anterior consideramos interesante el presente caso.

CC-982. FRACTURA PERIPRÓTESIS DE CADERA POR APLASTAMIENTO

J.F. Muñoz González, R. Iglesias Pañeda, A. Matarranz Faya, C. Argüelles Rodríguez, J.A. Diáñez Raimúndez, J. Gosálbez García, A. de Riva García y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso clínico de un paciente remitido a nuestro centro desde un hospital comarcal por fractura periprótisis de cadera tras accidente agrícola, siendo atropellado por un tractor. Análisis del excepcional mecanismo de lesión y respuesta del implante. Evaluación del tratamiento y resultado funcional.

Material y método: Revisión de caso clínico de paciente de 78 años remitido a nuestro centro por politraumatismo tras accidente agrícola. Presentaba una fractura periprótisis de cadera, tipo B3 de Vancouver, con el vástago doblado a causa del aplastamiento.

Resultados: Una vez resuelto el traumatismo torácico, se realiza cirugía diferida de la fractura periprotésica, realizándose recambio del polietileno y vástago y osteosíntesis con cerclajes e injerto autólogo. En el momento actual, a seguimiento ambulatorio, con muy buena evolución.

Comentarios y conclusiones: Se entiende por fractura periprótisis de cadera aquella que se produce alrededor del vástago o distalmente al mismo. La incidencia de estas fracturas ha aumentado considerablemente en la última década. Aunque difícilmente evaluable, se estima entre un 1,5% en las primarias y un 4,2% en las artroplastias de revisión. El mecanismo lesional más frecuente es el traumatismo directo por caída casual. El tratamiento es en muchas ocasiones complejo, y viene condicionado por la localización de la fractura, la reserva de hueso y la estabilidad de los implantes. En nuestro caso, nos encontramos ante un caso excepcional de fractura periprotésica, no solo por el mecanismo lesional, sino también por la respuesta del implante al mismo. Una vez revisada la artroplastia, se optó por un recambio tanto del componente acetabular como del vástago, sustituyéndolo por uno de mayor longitud estabilizado con cerclajes y un cuello modular, complementando el defecto óseo con injerto autólogo.

CC-983. FRACTURA PARCELARIA CON LUXACIÓN DE CABEZA FEMORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.F. Muñoz González, C. Argüelles Rodríguez, J.A. Diáñez Raimúndez, A. Matarranz Faya, J.A. Martínez Álvarez, J. Pena Vázquez y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso clínico de un paciente con fractura parcelaria asociada a luxación de cabeza femoral. Evaluación de planificación operatoria y resultado funcional.

Material y método: Revisión de caso de clínico de paciente de 45 años, remitido de un hospital comarcal, tras traumatismo en la mina sobre la cadera izquierda, de 72 horas de evolución. Diagnosticado de fractura-luxación acetabular, se intenta reducción cerrada, no siendo posible. En nuestro centro, se completa estudio radiológico, incluido TAC de pelvis, comprobándose fractura parcelaria con luxación de la cabeza femoral (Pipkin II).

Resultados: De forma urgente, se procede a la reducción de la luxación y reducción indirecta y osteosíntesis de la fractura con tornillos canulados por vía posterior. Evolución muy satisfactoria. A los 3 años, se comprueba necrosis de la cabeza femoral, programándose al paciente para artroplastia total de cadera.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas parcelarias de la cabeza femoral se presentan en un 7-10% de las luxaciones traumáticas de cadera, y son motivadas por la propia luxación. Es importante el estudio radiográfico completo, incluido TAC. El fragmento femoral

desplazado genera inestabilidad articular y es indicación de cirugía urgente. La vía de abordaje es discutida: por vía anterolateral, el fragmento es fácilmente controlable, pero la luxación difícilmente reducible, mientras que por vía posterior el fragmento es incontrolable pero la luxación se reduce fácilmente. Una buena opción es la reducción indirecta y osteosíntesis del fragmento una vez reducida la luxación por vía posterior. Una secuela previsible es la necrosis de la cabeza femoral, que se presentan en un 18-33% de los casos a medio plazo.

CC-984. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE CRUCES DE FRACTURAS DE PELVIS

J.M. Rodríguez Palomo, O. Campos Alonso, L.M. Fernández Rioja y N. Martín Larrañaga

Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Presentamos nuestra serie de fracturas de pelvis tratadas en nuestro centro en los últimos 5 años.

Material y método: Nuestra casuística se basa en un total de 41 casos de fracturas traumáticas de pelvis suponen 2-4% del total de las fracturas, la edad media entre 25-77 años, es de 50 años en los varones y 55 en las mujeres con una incidencia de 3:1 para los hombres el mecanismo de producción más frecuente es el accidente laboral tras precipitación de altura seguido del accidente de tráfico mientras que en la mayoría de las mujeres el mecanismo suele ser caída de altura.

Resultados: La mayoría de los pacientes fue intervenida en los 15 primeros días tras el traumatismo. La clasificación utilizada fue la de Tile y el tipo más frecuente fue la B 53%, sobre todo B2, tipo C 30% y el resto tipo A, comúnmente fueron tratadas mediante abordaje ileoinguinal para placa de soporte o tornillos percutáneos retrógrados en la rama íleo pubiana y tornillos percutáneos sacroilíacos para la inestabilidad del sacro.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de pelvis son lesiones graves asociadas a traumatismos de gran energía y asociadas a pérdidas hemodinámicas graves y lesiones en otros órganos asociadas y presentan un alto potencial de secuelas asociadas. Exigen el tratamiento por parte de un equipo especializado en dichas fracturas.

CC-985. DEMENCIA Y EDAD: COMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS EN LA OSTEOSÍNTESIS

J.A. Diáñez Raimúndez, E. López-Anglada Fernández, J. Riego Fernández, M.L. López de Dicastillo Roldán, R. Iglesias Pañeda, S. Ramos García, J.A. Martínez Álvarez y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de una paciente anciana en la que se produjo un fracaso de osteosíntesis, sin poder esclarecer la causa debido a la demencia de la señora. Se muestra el tratamiento definitivo realizado y las implicaciones de este tipo de patología en los pacientes de edad avanzada.

Material y método: Mujer de 90 años, con deterioro cognitivo leve-moderado, institucionalizada. Como antecedentes presentaba una fractura subtrocanterea de fémur derecho tipo 32C intervenida quirúrgicamente realizando una osteosíntesis con placa atornillada. Ingresa al mes de la intervención por acortamiento de la extremidad, actitud en rotación externa y deformidad en el muslo, por fallo de la osteosíntesis. Debido al deterioro cognitivo, no fue posible determinar la causa del actual proceso.

Resultados: Se extrajo el material previo y se realizó enclavado del fémur apoyado en cerclajes. Dada la dificultad de la paciente para entender las recomendaciones del postoperatorio debido a su

demencia, se recomendó diferir el inicio de la deambulacion. Sí se recomendaron ejercicios para la movilización de cadera, rodilla y tobillo, aunque se desestimó tratamiento rehabilitador debido a la poca colaboración de la paciente. Fue dada de alta hospitalaria al mes de la intervención. La evolución de la fractura fue favorable, sin embargo no se ha logrado rehabilitar la capacidad de deambulacion.

Comentarios y conclusiones: Se presenta el caso de una fractura subtrocanterea con importante conminución de la diáfisis femoral en una paciente anciana, y vemos como la edad y la demencia condicionan la buena evolución de la osteosíntesis. Aunque no logramos que volviera a deambular, es importante lograr estabilizar adecuadamente estas fracturas, de modo que permitan a la familia o cuidadores movilizar adecuadamente al paciente, lo cual sin duda reduce la morbilidad y mejora la calidad de vida tras la fractura.

CC-986. OSTEOSÍNTESIS PERCUTÁNEA DE FRACTURAS ACETABULARES ASISTIDA POR TENS (TITANIUM ELASTIC NAIL SYSTEM)

J.D. Navarrete Jiménez, J.J. Robles Molina, A.L. Ortiz Gallego, R. Osuna González y J.J. Sánchez Munuera

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: La fijación percutánea de fracturas acetabulares es una técnica más para la reconstrucción del acetábulo. El empleo del sistema TENS está diseñado para la osteosíntesis endomedular de huesos largos, en cambio, mostramos su uso en una técnica percutánea para la inserción de un tornillo iliopúbico anterógrado.

Material y método: Presentamos un paciente de 58 años de edad con una fractura acetabular derecha hemitransversa más afectación de la columna anterior con moderado desplazamiento. Empleamos una aguja elástica de titanio de 2,5 mm anterógrada para realizar su deslizamiento endomedular hasta la sínfisis pubiana. El TENS permite conocer la dirección del patín de la aguja y modificar su posición a su paso por la rama ileopubiana. La aguja elástica de 2,5 mm se ajusta al alma de la broca y al tornillo canulado de 7,3 mm. Retiramos la aguja para posteriormente introducir el cabo proximal de la aguja de titanio, carente de patín, a nivel púbico. A continuación se introduce el tornillo apreciando la compresión al foco de fractura. Añadimos dos tornillos ilíacos LC-II para fijar la fractura.

Resultados: El paciente no precisó hemo-transfusión. Empleamos dos incisiones de 2 cm de longitud, con excelente resultado estético. Tras 13 meses de evolución el paciente se encuentra asintomático y con consolidación completa de la fractura.

Comentarios y conclusiones: El objetivo principal de las reconstrucciones acetabulares es conseguir una reducción anatómica, y secundariamente, conseguir una adecuada estabilización. Solamente un cirujano experimentado en pelvis y acetábulo puede decidir tratar una fractura de éste tipo con mínimas incisiones, pues es una técnica complementaria a la cirugía abierta convencional que puede conseguir reducciones anatómicas. El empleo del sistema elástico de titanio simplifica la técnica, no así la indicación acertada de la misma.

CC-987. FRACTURA COMPLEJA DE RADIO DISTAL

J. García Regal y A. García Hermosa

Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción y objetivos: Paciente mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial e histerectomía total, que acude a urgencias por traumatismo de alta energía a nivel de muñeca derecha.

Material y método: En la exploración, se aprecia deformidad importante con impotencia funcional. En estudio Rx se aprecia fractura de radio distal tipo C3 de la clasificación AO. Bajo anestesia general, se realiza inicialmente fijación externa para corrección de la longitud radial, seguida de fijación interna con placa volar de 2,4 mm con tornillos de bloqueo. Se complementa el tratamiento quirúrgico con teriparatida subcutánea,

Resultados: La paciente es valorada en consultas, procediéndose a la retirada de la fijación externa a las 4 semanas con posterior inicio de tratamiento rehabilitador. A las 9 semanas posquirúrgicas, la paciente presenta una flexo-extensión de 30°-30° con limitación de las desviaciones cubito-radial y de la pronosupinación. En Rx se aprecia callo de fractura, pero sin consolidación completa. Realiza actividades básicas cotidianas de forma totalmente independiente.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de la extremidad distal del radio suponen 1/6 de todas las fracturas del cuerpo y de ellas, el 90% son fracturas de colles. Son frecuentes en varones menores de 50 años y en mujeres posmenopáusicas. Pueden existir lesiones asociadas como lesiones ligamentosas (hasta 70% casos), lesiones tendinosas, neurológicas, óseas... No existen actualmente criterios unificados de indicación de los diversos tipos de tratamiento, debido a la falta de una adecuada clasificación y de mediciones uniformes de resultados. En fracturas con gran conminución es preferible usar la distracción de un fijador externo, para prevenir el colapso, asociado a una síntesis interna y aporte de injerto óseo. Hay complicaciones en el 30% de los casos, como compresión del nervio mediano, distrofia simpático-refleja, alteraciones tendinosas, consolidación viciosa...

CC-988. FRACTURA DE PELVIS ¿INFRATRATADA?

J. García Regal y D.J. Moriel Garceso

Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción y objetivos: Paciente varón de 67 años con antecedentes de prostatismo, nefrolitiasis, depresión y bronquitis crónica que acude a urgencias por accidente de motocicleta con traumatismo a nivel de pelvis y región lumbar.

Material y método: A la exploración, el paciente se encuentra consciente y orientado. Exploración cardiorespiratoria y abdominal normales. En Rx y TAC se aprecia fractura del anillo pélvico con diástasis púbica de 4 cm y lesión de la articulación sacroilíaca derecha (tipo B1.2 de Tile; mecanismo compresión anteroposterior de Young) con fractura del cuerpo vertebral de L4 y foco hemorrágico a nivel del músculo psoas-ilíaco derecho. De urgencias, se procede a estabilización de la fractura mediante hamaca pélvica, consiguiéndose un cierre completo de la diástasis y reducción de la lesión sacroilíaca derecha.

Resultados: El paciente permanece ingresado durante unas 5 semanas con tratamiento mediante hamaca pélvica. Se realizan controles radiográficos de la lesión y al alta, presenta una diástasis púbica de 1.5cm. Tras el alta hospitalaria, se realiza tratamiento rehabilitador y se inicia la carga parcial progresiva a los 3 meses de la lesión. A los 8 meses de evolución, con una diástasis púbica de 2,5 cm, el paciente refiere molestias púbicas ocasionales, aunque no presenta limitación funcional.

Comentarios y conclusiones: El mecanismo de fractura es la clave en la clasificación y tratamiento de las fracturas de pelvis. El correcto tratamiento depende no sólo de una correcta historia clínica, sino también del conocimiento del tipo de accidente, la dirección y la magnitud de la fuerza que interviene. Esta lesión corresponde a una fractura pélvica tipo B de Tile (rotacionalmente inestable, verticalmente estable) subtipo B1 (libro abierto). En estos casos, si la diástasis púbica es menor de 2,5 cm se opta por el tratamiento conservador y en casos de diástasis superior a 2,5 cm se prefiere tratamiento mediante fijación externa o placa anterior.

CC-989. OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS SOBRE ARTRODESIS DE RODILLA. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

J. Mingo Robinet, J.A. Rivas Laso, M. Torres Torres, M.A. González Bedia y M. González Salvador

Complejo Hospitalario de Palencia.

Introducción y objetivos: Si bien las fracturas alrededor de una rodilla artrodesada han sido descritas en la literatura, las opciones de tratamiento están sujetas a discusión, y están asimismo sujetas a las características del paciente.

Material y método: Presentamos dos casos de fractura supracondílea sobre una artrodesis. El primer paciente tenía una prótesis de vástago largo en dicho fémur y secuelas de poliomielititis. El segundo paciente presentaba una fractura supracondílea simple, pero complicada con una trombosis venosa profunda. Ambos casos se trataron con una placa LISS.

Resultados: El primer paciente presentaba una geoda en el cóndilo externo que imposibilitaba el anclaje distal de la placa, por lo que se rellenó de injerto esponjoso, se dobló la placa LISS y se ancló en la zona proximal de la tibia externa. El segundo paciente se comportó como en una rodilla sana. Ambos casos consolidaron, si bien el primer paciente presenta molestias del material de osteosíntesis.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las fracturas supracondíleas de fémur sobre una artrodesis de rodilla previa puede ser realizado con éxito con implantes vía mínimamente invasiva.

CC-990. FRACTURA COMPLEJA DE LOS PLATILLOS TIBIALES: UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO

L.M. Pinheiro Silva, C. Vaz Alves, L.F. Rodrigues, R.M. Duarte, N. Vieira Ferreira, B. Pereira Pereira, R. Fidalgo Fidalgo y M. Vieira Silva

Hospital de Braga. Portugal.

Introducción y objetivos: El tratamiento de las fracturas complejas de los platillos tibiales (Schatzker tipo V o VI) es difícil. El tratamiento cerrado no mantiene la reducción o la alineación axial de la articulación. La reducción quirúrgica tradicional y la fijación con placas consiste en una amplia exposición, a favor de la dehiscencia e infección. En la literatura hay autores que sostienen que: la mayoría de las incisiones anteriores permiten menos disección del periostio, el uso de placas de pequeños fragmentos, fijación rígida inmediata con encerramiento diferido o fijación externa como tratamiento definitivo. Objetivos: los autores de este trabajo se presenta una alternativa de tratamiento para las fracturas Schatzker VI y los resultados respectivos.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 40 años de edad con una fractura de tibia izquierda de los platillos tibiales complejas (Schatzker VI). En TAC: fractura conminuta y multi-esquirolosa de los platillos tibiales, que se extiende hasta el tercio medio de la diáfisis. Métodos: Enfoque anterior y la reflexión del aparato extensor distal. La reducción quirúrgica y la fijación con alambres de Kirschner, relleno con injerto óseo con el cable de cerclaje de acero y clavo anterógrada con la UTN, estática. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, alta al día 16. El paciente fue seguido durante 9 meses.

Resultados: A los 6 meses: asintomático con carga parcial, arcos de movilidad: flexión de 120°, -10° de extensión. Consolidación en varo de los platillos tibiales. A los 9 meses: carga total asintomática, la movilidad de los arcos completa, manteniendo la angulación en varo tibial.

Comentarios y conclusiones: La fractura es compleja y presentan de acuerdo con la literatura, que el resultado es siempre malo, independientemente del tratamiento. La técnica es compleja, pero permite la movilización precoz, rápida consolidación y la recuperación completa de la movilidad. La consolidación en varo de los platillos tibiales

era probable, dadas las características de la fractura. A pesar de lo que permite una buena movilidad, se espera una corrección con la osteotomía tibial futuro para evitar el desarrollo prematuro de la artrosis. La técnica empleada es válida y ha producido buenos resultados funcionales. La consolidación se ha marcado en varo y habrá una indicación para el futuro de la osteotomía correctora.

CC-991. DIÁSTASIS SÍNFISIS PUBIANA POSTRAUMÁTICA EN MUJER GESTANTE

M. Coco Velilla, R. Ballesteros Massó, M.A. Ruíz Villamañán, S. Pascual del Hoyo, C. López Orosa, P. Benavente Rodríguez, A. Orois Codesal y L.F. Javier García

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción y objetivos: En la revisión bibliográfica encontramos sólo cuatro estudios en relación con fracturas de pelvis traumática durante el embarazo, siendo muy poco frecuente la diástasis pubiana. Son lesiones que pueden comprometer la vida materna y fetal. Presentamos un caso que requirió manejo quirúrgico.

Material y método: Paciente mujer de 37 años en 39ª semana de gestación sin antecedentes de interés, que sufre caída desde propia altura con traumatismo en región glútea, en abducción flexión y rotación externa de ambos miembros inferiores. Refiere dolor lumbar y pubiano que limita bipedestación y marcha. En las radiografías simples se evidencia diástasis pubiana de 7 cm y feto en presentación cefálica. Al inicio se decide tratamiento quirúrgico diferido/electivo, pero tras 5 horas de ingreso se registra sufrimiento fetal que, sumado a la no indicación de parto vaginal, aconseja realizar cirugía de urgencia a través de una incisión longitudinal en línea media para combinar la cesárea y la reducción abierta con fijación interna con placas, tornillos bicorticales y reparación del defecto muscular de pared, con malla.

Resultados: La diástasis pubiana sin desplazamiento vertical sugiere lesión de los ligamentos sacroilíacos anteriores con preservación de los posteriores (tipo B1 de Tile). Tras la cirugía urgente se completó el estudio mediante TC sin evidencia de lesión sacra asociada. La paciente permaneció 13 días en descarga con sistema elástico ortopédico de contención abdominal, sin complicaciones genitourinarias. Permaneció en reposo relativo otras 4 semanas, seguidas de carga completa. Tras 9 meses de seguimiento la paciente está completamente asintomática sin alteraciones urinarias ni dispareunia y realiza actividad deportiva (carrera) a diario. El niño está completamente sano.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas traumáticas de pelvis y en concreto las lesiones del pubis en gestantes son poco frecuentes, pero pueden comprometer la vida del feto. Es necesario el manejo conjunto con obstetras en el enfoque quirúrgico. El abordaje longitudinal permite el acceso al útero y a la sínfisis pubiana. La fijación interna proporciona una estabilidad apropiada pero es importante prestar atención a la reconstrucción del defecto de la pared muscular. A pesar de ser infrecuentes, deben valorarse lesiones del tracto genitourinario y posibles secuelas. La persistencia del material de osteosíntesis puede condicionar un futuro parto vaginal, pudiendo ser necesario retirarlo para evitar la obligación de realizar una nueva cesárea.

CC-992. FRACTURA DE CUELLO FEMORAL BILATERAL ESPONTÁNEA

M.M. Gutiérrez Santiago, L. Lluís Planella, J. Revuelta González, A. Re Re, I. Burutarán Usandizaga, J. Fernández Sevillano y J.M. Caminos Iztueta

Clínica La Asunción. Guipúzcoa.

Introducción y objetivos: Las fracturas de cuello femoral están presentes en nuestra práctica diaria como consecuencia de traumatismos

de mayor o menor intensidad. Sin embargo, de manera inusual, estas fracturas pueden surgir de forma espontánea, cuando la resistencia del hueso falla bajo una carga normal. Presentamos un caso de fractura de cuello femoral bilateral espontánea en una paciente con enfermedad neoplásica avanzada y revisamos las causas posibles.

Material y método: Mujer de 54 años con antecedentes familiares oncológicos y personales de instrumentación vertebral por escoliosis idiopática. En 2010 presenta adenocarcinoma de sigma con metástasis pulmonares en el momento del diagnóstico. Fue intervenida practicándosele una resección amplia de las lesiones tumorales abdominopélvicas y sometida a tratamiento quimioterápico y radioterápico. En febrero 2012, acude a urgencias de nuestro hospital por presentar dolor en ambas ingles de varios meses de evolución con impotencia funcional progresiva hasta ser imposible. No existía antecedente traumático ni de sobreesfuerzo. En Rx se apreciaba fractura subcapital de cadera bilateral con desplazamiento (Garden tipo II). Se amplió estudio con TAC. Tras valoración multidisciplinar, se realizó una fijación in situ mediante tornillos canulados, lo que permitió a la paciente ser movilizada sin dolor y dar de alta pocos días después. Desafortunadamente, falleció un mes más tarde.

Resultados: Las fracturas espontáneas bilaterales del cuello femoral se han descrito en relación con varios procesos: tratamiento corticoideo largo, insuficiencia renal crónica, e incluso en el embarazo. También se han publicado casos de fracturas bilaterales de estrés en atletas. Otro motivo causante de estas fracturas, como en el caso mostrado, es la irradiación previa de la pelvis por neoplasias de la órbita ginecológica o colorectal. La irradiación sobre el hueso provoca la muerte de las células responsables del mantenimiento y remodelación ósea, y la obliteración de los vasos, lo que conduce a la necrosis y debilitamiento óseo. En este contexto de osteonecrosis, la fractura espontánea del cuello puede ocurrir. Una serie de factores influyen en el mayor o menor daño óseo, como la edad y sexo de la paciente, el tamaño del campo de irradiación, la dosis y el fraccionamiento de la misma. Aunque el tejido óseo es bastante radioresistente, al precisarse irradiar una zona próxima a altas dosis el daño óseo puede ocurrir. Afortunadamente la mejora en la planificación de los tratamientos, el uso de megavoltajes, restricción de los campos y fraccionamientos; hace que la incidencia de estas fracturas haya disminuido considerablemente. En las fracturas subcapitales femorales el daño se inicia típicamente en la región proximal del cuello en su unión con la cabeza, avanzando la resorción y osteonecrosis, hasta que se produce la fractura en dicha zona. El diagnóstico se suele demorar en estos pacientes. El primer síntoma es el dolor, que se cree causado por la enfermedad tumoral de base. Además, las fracturas inicialmente pueden ser no desplazadas, por lo que pueden pasar desapercibidas en las radiografías. La curación de estas fracturas suele ser más larga de lo habitual y hay tasas mayores de pseudoartrosis. Por ello y para prevenir la refractura, se recomienda la fijación in situ.

Comentarios y conclusiones: Todo paciente oncológico con antecedentes de irradiación pélvica que presente dolor e impotencia funcional progresiva, debe descartarse radiológicamente fracturas pélvicas o del cuello femoral.

CC-993. REDUCCIÓN CON CONTROL ARTROSCÓPICO Y OSTEOSÍNTESIS PERCUTÁNEA CON TORNILLOS EN 2 FRACTURAS DE PILÓN TIBIAL

M.J. Robles Molina, J.L. Martín Roldán, J.J. Correa Gámiz, C. Siles Díaz, J. Sánchez Ortega Agesta y J.L. Garrido Pereiro

Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: Las fracturas de pión tibial constituyen una entidad de difícil manejo y tratamiento, debido al carácter intraarticular de la mayoría de ellas y a la importante afectación de partes blandas que asocian. El tratamiento de las mismas es aún controver-

tido, existiendo diferentes opciones terapéuticas encaminadas a restaurar la superficie articular y la alineación del miembro, con un adecuado manejo de la lesión de partes blandas acompañante. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados clínicos, radiológicos y funcionales obtenidos tras el tratamiento de dos fracturas de pilón tibial de forma percutánea y con control artroscópico.

Material y método: Caso 1: varón de 52 años, que tras sufrir accidente de moto, acude al servicio de urgencias por presentar dolor e impotencia funcional en tobillo derecho. A la exploración, presenta importante afectación de partes blandas. Se realiza estudio radiográfico simple, evidenciándose fractura de pilón tibial. Se completa el estudio radiográfico mediante TAC, apreciándose importante conminución, así como la presencia de un hundimiento central en la superficie articular de la tibia distal (fractura tipo III de la clasificación de Ruedi y Algöwer). Se interviene quirúrgicamente a las 24 horas, realizándose reducción de la fractura con control artroscópico y osteosíntesis percutánea con tornillos canulados. Caso 2: paciente de 24 años, que tras sufrir accidente de tráfico, acude a urgencias externas por dolor e impotencia funcional de tobillo izquierdo. Tras la realización de estudio radiográfico simple y TAC, es diagnosticado de fractura de pilón tibial tipo II de la clasificación de Ruedi y Algöwer. Tras 24 horas de ingreso, se procede a la realización de osteosíntesis con tornillos canulados bajo control artroscópico.

Resultados: Ninguno de los dos casos descritos presentaron complicaciones de partes blandas ni de otro tipo durante el postoperatorio, pudiendo ser dados de alta en los 2-4 días siguientes a la intervención. Caso 1: tras un año y cinco meses de la intervención el paciente presenta una consolidación clínica y radiológica de la fractura, así como una movilidad completa del tobillo y ausencia de clínica dolorosa. Caso 2: tras mes y medio de evolución, el paciente presenta una movilidad completa del tobillo y controles radiológicos satisfactorios, permaneciendo asintomático. Aún no se ha autorizado la carga.

Comentarios y conclusiones: El manejo de las fracturas de pilón tibial es complicado, ya que además de afectar a la superficie articular de la tibia distal, presentan una importante afectación de partes blandas. Por este motivo, su tratamiento es muy controvertido, habiéndose propuesto diferentes alternativas para conseguir una reducción anatómica de la fractura, produciendo el mínimo daño posible a las partes blandas. Persiguiendo este objetivo, se han descrito la osteosíntesis percutánea o con fijación externa, así como la osteosíntesis en dos tiempos, realizándose un tratamiento definitivo una vez que el estado de los tejidos blandos sea el adecuado. La reducción con control artroscópico y osteosíntesis percutánea constituye alternativa para conseguir una reducción lo más anatómica posible y minimizar el daño de partes blandas. En los dos casos que presentamos, dicho procedimiento permitió una intervención quirúrgica precoz, la ausencia de complicaciones cutáneas, una corta estancia hospitalaria y un buen resultado clínico y radiográfico.

CC-994. LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTE OCTOGENARIA

M. Romero Gómez, A. Rodríguez Fernández, A. Martínez Ruiz y T. Subirà Álvarez

Hospital de Terrassa. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las luxaciones traumáticas de cadera son una patología infrecuente, aproximadamente el 85% de ellas son secundarias a traumatismo y un 90% son posteriores. La principal causa de luxación traumática de cadera en países desarrollados son los accidentes de tráfico, de forma que pueden acompañarse de graves lesiones articulares como fracturas de cabeza y cuello femoral, fracturas acetabulares o complicaciones secundarias. El tiempo que transcurre entre la luxación y la reducción es un factor pronóstico muy

importante para minimizar complicaciones a largo plazo como la necrosis avascular o la coxartrosis secundaria.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 84 años con antecedentes de insuficiencia tricuspídea severa en tratamiento anticoagulante, enfermedad de Parkinson y obesidad, que presenta caída casual en domicilio en contexto de lipotimia. A la exploración la paciente presenta dolor e impotencia funcional de la extremidad inferior derecha y posición “en bañista sorprendido”, con acortamiento, rotación interna y flexión de la rodilla.

Resultados: El estudio radiológico inicial muestra una luxación posterior de la cadera derecha con dudoso trazo fracturario a nivel de trocánter mayor, sin apreciarse otras lesiones óseas agudas. Se procede a realizar reducción cerrada bajo sedación comprobando la correcta estabilidad de la cadera e inmovilización mediante tracción percutánea durante cinco días. Se amplía el estudio radiológico realizándose una TAC que informa de pequeño arrancamiento de la tuberosidad isquiática derecha, sin otros hallazgos fracturarios ni afectación intraarticular de la cadera. Durante el ingreso la paciente inicia la sedestación y deambulación progresiva asistida con caminador el sexto día posreducción con muy buena tolerancia. Cabe destacar la complicación clínica en forma de hematoma inguinal derecho a partir del tercer día tras la lesión que evoluciona hacia necrosis cutánea y subcutánea que requiere desbridamiento y curas por parte de cirugía plástica. Finalmente la paciente es alta a la unidad de Convalecencia realizando deambulación con carga completa y ayuda de bastón y funcionalidad similar a la previa al ingreso.

Comentarios y conclusiones: La patología traumática de la cadera en el anciano se presenta habitualmente en forma de fractura (que conocemos, diagnosticamos y tratamos de forma casi estandarizada). Hoy nos encontramos con un caso peculiar e inusual, que no cumple ninguno de los criterios “habituales” para este tipo de patología (ya que no se trata de una paciente joven, ni el mecanismo lesional es un impacto de alta energía, ni aparecen lesiones precoces a nivel acetabular o de cuello femoral), y que en el momento de tratar y seguir nos puede plantear alguna duda, como la necesidad de tracción post-reducción o el tiempo de descarga de la extremidad. En este sentido algunos autores aconsejan un periodo inicial post-reducción con tracción percutánea para control del dolor, aunque no existe evidencia científica suficiente. También se recomienda inicio de movilización pasiva precoz con recuperación de rangos extremos en 4-6 semanas e iniciar la carga completa en el momento en que la paciente lo tolere y retorno a la actividad deportiva en 6-12 semanas.

CC-995. PSEUDOARTROSIS DE HÚMERO DISTAL TRATADA MEDIANTE CIRUGÍA

M.A. Marín Aguado, D. López González, F. Panizo Mota, M.C. Torrejón de la Cal, R.M. Egea Gámez, A.M. Ferrete Barroso, A. López Hualda y C. Gavín González

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: La pseudoartrosis de húmero distal es una de las complicaciones que pueden producirse tras fractura de húmero distal entre un 2 y 10%. La mayoría de los pacientes refieren dolor e impotencia funcional. Las opciones quirúrgicas incluyen la reducción abierta más injerto, fijación interna o externa, artrodesis de codo, y la artroplastia total de codo.

Material y método: Paciente de 38 años intervenido hace 12 años tras fractura abierta de húmero distal izquierdo con reducción abierta y fijación interna con placa DCP de 4 agujeros (no aportó informes ni radiología), acude por dolor, deformidad e impotencia funcional en el miembro superior. Exploración física: deformidad, movilidad completa del foco de pseudoartrosis, ROM fijando el foco de pseudoartrosis: extensión -40°, flexión 90°, supinación completa, pronación -45°, exploración neurovascular distal normal. Se le realiza Rx, y TC diag-

nosticándose de pseudoartrosis de húmero distal izquierdo. Se le realiza arteriografía observándose árbol vascular permeable, con desplazamiento y compresión extrínseca de art. braquial a nivel de la flexura del codo.

Resultados: Se le realiza intervención quirúrgica realizándose EMO parcial, resección del foco de pseudoartrosis, acortamiento, se utiliza injerto de cresta iliaca, síntesis con 2 placas y se tomaron muestras para cultivo y anatomía patológica del foco. En el postoperatorio presenta neuroapraxia del radial que duró una semana sin ninguna otra complicación. 4 meses poscirugía se ha recuperado de la neuroapraxia, presenta una ROM de 100° de flexión y -30° de extensión. Se realiza cuestionario Quick DASH.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de la pseudoartrosis comienza en la prevención de la misma para que esta no ocurra, con una primera cirugía adecuada. Para el tratamiento es importante definir el tipo de pseudoartrosis, su causa, descartar infección o fractura patológica, eligiendo el tratamiento más adecuado. La artrolysis asociada supone mayor morbilidad a la cirugía y se decidió dejarla para un segundo tiempo según demanda funcional del paciente.

CC-996. PSEUDOARTROSIS DE TIBIA DISTAL TRAS FRACTURA POR TRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA

M. Martínez Ros, J. Martínez Ros, J. Carrillo Piñero, S. Illán Franco, M. López Martínez, J.J. Parrilla Riera, S. Vela Pardo y C. Salcedo Cánovas

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Las fracturas debidas a traumatismos de alta energía no solo suponen un reto en su tratamiento quirúrgico inicial, sino también en su evolución y seguimiento ya que presentan tasas mayores de pseudoartrosis y otras complicaciones, que el resto de fracturas.

Material y método: paciente de 35 años de edad que sufre fractura de tibia distal y maleolo peroneo a consecuencia de accidente de alta energía. Se realiza osteosíntesis de la fractura del 1/3 distal de la tibia mediante clavo intramedular y osteosíntesis de la fractura del maleolo peroneo con placa de osteosíntesis. A los 4 meses se realiza dinamización del clavo de tibia debido a retraso de la consolidación. A los 8 meses se evidencia falta de consolidación ósea de la tibia, por lo que se interviene realizándose extracción del clavo de tibia, abordaje del foco de pseudoartrosis con refrescamiento-cruentación del mismo, aporte de injerto autólogo de cresta iliaca junto con matriz ósea desmineralizada y osteosíntesis con placa específica de tibia distal.

Resultados: La evolución clínica y radiológica fue favorable, con una correcta consolidación ósea y reincorporación laboral del paciente a los 4 meses.

Comentarios y conclusiones: En los traumatismos de alta energía no solo son relevantes la magnitud de las lesiones óseas ya que las lesiones de las partes blandas que se asocian han demostrado tener gran significación clínica en el desarrollo de pseudoartrosis. Para su correcto tratamiento el procedimiento de elección es el aporte de tejido óseo autólogo al que hay que asociar una fijación estable del foco de pseudoartrosis, pudiendo complementarse con materiales osteoconductores y/o osteoinductores.

CC-997. FRACTURA FEMORAL ATÍPICA TRAS TRATAMIENTO PROLONGADO CON BIFOSFONATOS

M. Aburto Bernardo, L. Mediavilla Santos, C. Igualada Blázquez y J. Vaquero Martín

Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: Los bifosfonatos han demostrado disminuir la incidencia de fracturas durante un seguimiento de hasta cinco años.

Sin embargo, recientemente se ha descrito un aumento de fracturas atípicas óseas en relación al tratamiento prolongado con los mismos. Presentamos un caso clínico ilustrativo y una revisión de la literatura más reciente.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 91 años, sin antecedentes personales de interés, con una buena calidad de vida, que recibía tratamiento prolongado con risedronato semanal desde al menos diez años atrás. La paciente refiere dolor de características mecánicas en cadera y muslo derechos de semanas de evolución de etiología atraumática. Acude al Servicio de Urgencias por dolor e impotencia funcional en miembro inferior derecho tras sentir un chasquido al levantarse de una silla.

Resultados: Explorada clínica y radiológicamente, la paciente es diagnosticada de fractura de tercio medio femoral derecho, de trazo transversal, sobre un hueso de tipo eúrneo en las radiografías simples. Tras realizar estudio preoperatorio, la paciente es intervenida a los tres días de la fractura, practicándosele un enclavado femoral endomedular con enclavado dinámico. En ausencia de complicaciones se produjo el alta hospitalaria, observándose a los tres meses ausencia de consolidación ósea de la fractura en el estudio radiográfico.

Comentarios y conclusiones: Los bifosfonatos entran dentro del tratamiento de elección de la osteoporosis por inhibir la actividad de los osteoclastos. Esta inhibición del remodelado o turnover óseo puede producir a largo plazo una pérdida de la celularidad ósea, favoreciendo la acumulación de microfracturas y una pérdida de la capacidad de regeneración del hueso. Últimamente se han descrito fracturas ante traumatismos mínimos asociadas a la toma de estos fármacos que presentan características atípicas, al localizarse en la región subtrocanterea o diafisaria femoral y en otros asientos óseos poco frecuentes.

CC-998. COLGAJO FASCIOTOMÍA DE PERFORANTES DE ARTERIA TIBIAL ANTERIOR PARA COBERTURA DE DEFECTO TRAS FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE TIBIA

M. Ercilla Oyarzábal, I. Orradre Burusco, J. Rey Vasalo, I. Sancho González, M. Menéndez García, J. Ruiz Ruiz, M. Brun Sánchez y M. Gil Arbiol

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: La escasa cobertura de partes blandas de la región pretibial con la ausencia de plano muscular subyacente, favorecen en caso de fractura a dicho nivel un mayor sufrimiento de las partes blandas aumento el riesgo de complicaciones como defectos de cobertura de partes blandas. Se pretende mostrar las ventajas y posibilidades de la utilización del colgajo fasciotomía basado en perforantes de la arteria tibial anterior, en defectos de cobertura en el tercio distal de tibia, a propósito de un caso.

Material y método: Paciente varón de 31 años de edad, sin antecedentes de interés. Que presentando fractura oblicua de tercio medio diafisario de peroné y fractura conminuta de epífisis distal de tibia con afectación articular. Se procedió a un primer tratamiento mediante osteotaxis con fijador externo y agujas de Kirschner. Tras control radiográfico insatisfactorio al mes, se realizó osteosíntesis mediante reducción abierta y osteosíntesis. Tras una evolución tórpida con infección por *Enterobacter cloacae*, que requirió limpieza quirúrgica y antibioterapia con cefazolina e imipenem, se objetivó defecto en tercio distal de tibia con exposición de tendón tibial anterior y material de osteosíntesis en la profundidad del mismo. Se realizó un desbridamiento, limpieza y cobertura con un colgajo fasciotomía de perforantes de tibia anterior e ILPP.

Resultados: Evolución favorable tras el último procedimiento quirúrgico, consiguiendo el mantenimiento del material de osteosíntesis, obteniendo consolidación ósea, deambulación adecuada y conservación de función en la extremidad al año de seguimiento.

Comentarios y conclusiones: La versatilidad del diseño de colgajos a partir de perforantes cutáneos, permite múltiples opciones, para el rescate de pequeños defectos en zonas tan técnicamente demandantes para su cobertura como puede ser el tercio distal de tibia. Este colgajo se suma al grupo de posibles alternativas reconstructivas, en dicha zona.

CC-999. FRACTURA-AVULSIÓN DE LA TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR SOBRE OSGOOD-SCHLATTER EN ADOLESCENTES. CIRUGÍA ABIERTA FRENTE A PERCUTÁNEA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M. Ercilla Oyarzábal, J. Ruiz Ruiz, I. Sancho González, J. Mondragón Rubio, M. Menéndez García, T. Martínez Jiménez, P. Mateo Sebastián e I. Orradre Burusco

Hospital Virgen del Camino. Clínica Ubarmin. Pamplona.

Introducción y objetivos: La fractura-avulsión de la tuberosidad tibial anterior es una rara lesión que representa menos del 1% de todas las lesiones fisarias y alrededor del 3% de todas las lesiones proximales de tibia siendo la adolescencia la época de la vida de mayor frecuencia. Los deportes de mayor riesgo para ésta patología son aquellos que requieren una contracción brusca del aparato extensor. Esta lesión se clasificó primero por Watson-Jones siendo posteriormente modificada por Hand y cols. Actualmente se sigue la clasificación de Ogden (6 tipos) por ser la que tiene en cuenta el desarrollo anatómico, extensión de la lesión, desplazamiento y conminución. Frankl propone añadir el tipo 1-C en el caso de fractura-avulsión del tubérculo tibial anterior con avulsión del tendón rotuliano. Existe diversidad de cifras en cuanto a casos publicados de fractura-avulsión de la tuberosidad tibial anterior, sumándose más de 200 casos publicados. El objetivo de este trabajo es sumar dos nuevos casos tratados mediante cirugía, uno de ellos vía percutánea con control artroscópico y el otro mediante cirugía abierta.

Material y método: Presentamos dos casos de fractura-avulsión de la tuberosidad anterior de la tibia en adolescentes, ambas secundarias a contracción brusca de cuádriceps con la rodilla en flexión mientras jugaban a fútbol. El primero de ellos presentaba a su llegada a urgencias importante derrame articular con impotencia para la deambulación e imposibilidad para elevar la pierna en contra de la gravedad. En seguimiento por Osgood-Schlatter de un año de evolución. La radiología mostraba una fractura-avulsión tipo 3-A de la clasificación de Ogden presentando una calcificación bajo el tendón rotuliano. Dado el intenso dolor que presentaba el paciente se realizó artrocentesis evacuadora obteniendo 90 cc de contenido hemático con gotas de grasa y posterior colocación de férula posterior de yeso. Bajo anestesia general se procedió a hiperextensión de la rodilla objetivando reducción cerrada de la fractura tras lo cual se colocaron dos tornillos canulados con arandela sobre la epífisis tibial. Se comprobó la reducción bajo visión directa mediante artroscopia inmovilizando finalmente la extremidad con una férula posterior de yeso. El segundo paciente acudió con imposibilidad para la mínima movilización de la rodilla así como para la carga de la extremidad por intenso dolor. Presentaba deformidad con protrusión en región de tuberosidad tibial e importante hematoma en región anteroexterna. Al igual que en el caso anterior, presentaba aparato extensor incompetente. En este caso no se realizó artrocentesis evacuadora por no presentar dolor importante en reposo pero sí inmovilización temporal con férula posterior. Refería historia previa de años de evolución de gonalgia mecánica que fue diagnosticada de Osgood-Schlatter y que requirió en una ocasión infiltración. La radiología realizada mostraba fractura-avulsión tipo 3B de Ogden presentando así mismo calcificación de tamaño considerable bajo el tendón rotuliano. Se procedió, bajo anestesia raquídea, a intento de reducción cerrada sin conseguir aposicionamiento completo de los frag-

mentos por lo que se decidió reducción abierta de la fractura. Presentaba ruptura irregular de casi la mitad del músculo tibial anterior, a unos 4 cm distal a su inserción, encontrándose la porción proximal interposicionada entre la metáfisis y la tuberosidad avulsionada. Se procedió a reducción y fijación con dos tornillos canulados con arandela, uno en la epífisis y el otro en la metáfisis tibial, y sutura del tibial anterior y parte del alerón externo que estaba roto. Tras valorar la estabilidad de la osteosíntesis bajo control radioscópico en este caso, se colocó férula posterior de yeso.

Resultados: Ambos pacientes presentaron un postoperatorio inmediato sin complicaciones, con buen control analgésico y control radiológico correcto. Mantuvieron el yeso cruropédico en descarga durante 3-4 semanas aproximadamente, comenzando la carga de la extremidad hacia las 5-6 semanas. Actualmente se encuentran en proceso de rehabilitación para fortalecimiento muscular, pero se mantienen asintomáticos y con consolidación ósea de las fracturas en las radiografías de control.

Comentarios y conclusiones: La tuberosidad tibial anterior es el lugar de inserción del tendón rotuliano, por lo que, para poder armonizar el desarrollo fisiológico es preciso que posea un cartilago de crecimiento propio. La fisis que pertenece a esta tuberosidad está al principio casi completamente compuesta de fibrocartilago más que de estructura celular hipertrófica y columnar, que es lo típico de la zona en crecimiento, lo cual evidencia una modificación para resistir las fuerzas de tensión que recibe constantemente por parte del cuádriceps a través del tendón rotuliano. Con el desarrollo de la maduración ósea, el cartilago de crecimiento pasa de ser un fibrocartilago a una extensión progresiva de columnas de células desde la fisis proximal tibial hasta el extremo de la tuberosidad. Entonces la resistencia a las fuerzas de tracción de esta nueva composición disminuirá predisponiendo al fallo de la porción anterior de la tuberosidad ante la sollicitación excesiva del tendón rotuliano. En la revisión de esta patología se encuentran datos característicos como la relación con el sexo masculino (probablemente por la mayor frecuencia e intensidad de práctica deportiva así como por el hecho de que tienen una edad superior para la fusión de la tuberosidad tibial), la mayor frecuencia de afectación del lado no dominante, edad de adolescencia por los cambios óseo-cartilaginosos señalados anteriormente y una incidencia previa de Osgood-Schlatter del 15-60%. Es importante recordar que puede asociar lesiones del LLE, LLI, LCA, o meniscales que habrá que tratarlas simultáneamente. En relación a las complicaciones se han descrito de diversa índole: neuroma del nervio safeno, fractura de la metáfisis tibial a través de los tornillos, pseudoartrosis, disminución de la flexión, rigidez, genu recurvatum debido a epifisiodesis anterior de la fisis tibial proximal, dismetría por epifisiodesis prematura de la fisis proximal tibial, patela baja, atrofia del cuádriceps, erosión cutánea, tubérculo prominente, trombosis venosa profunda con embolismo pulmonar y hemotórax, síndrome compartimental anterior, fractura de la TTA a través de los tornillos de la osteosíntesis, parálisis peronea parcial secundaria a la isquemia temporal. Acerca del tratamiento a realizar, el conservador con yeso durante 4 semanas quedaría reservado a las lesiones no desplazadas (tipo 1 A). El resto requerirá tratamiento quirúrgico que podrá ser mediante reducción cerrada y fijación percutánea, o mediante reducción abierta y fijación interna. La primera de ellas será adecuada en las fracturas intraarticulares desplazadas (tipos 3 A y B), siempre que se consiga una reducción completa de los fragmentos (por compresión directa de los cóndilos femorales sobre el fragmento avulsionado en hiperextensión). Se podrá asegurar la correcta reducción bajo visión artroscópica, aunque no se considere obligatoria. La opción de reducción abierta y fijación interna se realizará en los tipos 1B y 2, así como en los tipo 3 en los que no se haya conseguido una reducción completa, bien sea por tratarse de un pequeño fragmento con gran desplazamiento o por interposición de partes blandas, como ocurrió en el segundo caso clínico presentado. Esta fijación podrá realizarse mediante varios métodos, desde las bandas de tensión en los niños hasta tornillos canulados en adolescentes,

recomendando al menos dos de ellos para aumentar la estabilidad y disminuir el riesgo de recidiva así como de tiempo de inmovilización, estrechamente relacionado con la rigidez.

CC-1000. TRATAMIENTO DE UNA SECCIÓN COMPLETA DEL NERVO RADIAL MEDIANTE INJERTO AUTÓLOGO DE NERVO SURAL EN UN PACIENTE CON FRACTURA TRANSVERSA DIAFISARIA DE HÚMERO

N. Hernández González, C. Rubio Codina, E. Rabanal Fernández, D. Blanco Santiago, L.M. Fernández Rioja, N. Martín Larrañaga, I. Bollegi Zuloaga y C. Lozano Marín

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Las lesiones del nervio radial asociadas a fractura de húmero son las lesiones nerviosas traumáticas más frecuentes en fracturas de huesos largos. La elección del mejor método quirúrgico para las fracturas de diáfisis humeral es todavía un tema discutible, y más aún si estas fracturas se complican con una parálisis radial, lo cual supone un tema controvertido de debate. Es interesante considerar de qué forma la afectación del nervio radial nos puede condicionar la decisión terapéutica, el tipo de cirugía si se opta por un tratamiento quirúrgico y en qué momento realizarla. Nuestro objetivo es revisar la literatura a propósito de un caso de sección del nervio radial en un paciente joven politraumatizado con fractura transversa y diafisaria de húmero.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 26 años que tras traumatismo por accidente de tráfico presenta una luxación de cadera izquierda asociando fractura de la pared posterior del cotilo y columna posterior de hemipelvis izquierda, fractura-subluxación de la falange media del tercer dedo de la mano derecha, y una fractura diafisaria transversa cerrada de tercio medio de húmero izquierdo. Destaca una dificultad para realizar la extensión de muñeca y dedos de la extremidad superior izquierda. Tras la estabilización inicial, es intervenido de forma programada, diez días después, de todas las fracturas en un mismo acto quirúrgico (doble placa en pelvis, placa DCP en húmero y osteosíntesis con agujas Kirschner en falange), objetivándose de forma intraoperatoria una sección completa del nervio radial izquierdo. Se pospone la intervención quirúrgica de la lesión nerviosa, procediéndose en un segundo tiempo a reparación mediante injerto autólogo del nervio sural.

Resultados: El paciente fue dado de alta y permanece en seguimiento en consultas externas después de un mes de evolución tras la segunda cirugía. La férula fue retirada después de diez días, no autorizándose el inicio de la movilidad del codo hasta las tres semanas postoperatorias. Revisamos en este trabajo la evolución en su proceso de recuperación y rehabilitación.

Comentarios y conclusiones: Debido al recorrido anatómico del nervio radial, son de especial interés las lesiones concomitantes de este nervio en los pacientes con fractura diafisaria de húmero. El nervio radial se puede lesionar como consecuencia de una contusión directa o laceración, interposición entre los fragmentos de la fractura o por tracción. Si la fractura de húmero asociada se produce como consecuencia de un traumatismo de baja energía, lo más frecuente según lo publicado en la literatura, es la recuperación espontánea de la función nerviosa en un 73-92% de los casos, optando la mayoría de los autores por lo que se ha descrito como "wait and see": tratamiento de la fractura humeral sin necesidad de revisar quirúrgicamente el nervio. Es importante tener en cuenta que hasta en un 10% de las revisiones quirúrgicas se produce una lesión nerviosa iatrogénica. En el caso de que la fractura sea debida a un traumatismo de alta energía (accidentes de tráfico o caídas de altura), como es el caso del paciente que presentamos, debemos esperar que estemos como mínimo ante una neurotmesis, por lo que la recuperación espontánea de la función nerviosa será más

improbable y precisará en la mayoría de los casos una revisión quirúrgica del nervio.

CC-1001. LESIONES ARTICULARES, NERVIOSAS E INFECCIOSAS EN EL MISMO MIEMBRO TRAS CAÍDA CASUAL

P.J. Sierra Madrid, B. Batres Cid, J.A. Pareja Esteban y E. Benito Martín

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso clínico poco habitual debido a la diversidad no sólo en el número de lesiones, sino también por la diversidad de éstas (óseas, ligamentosas, nerviosas e infecciosas) ocurrido en el miembro superior derecho tras una caída en una escalera hace un año y cinco meses.

Material y método: Acude a nuestro centro una mujer de 56 años derivada de otro Hospital de distinta comunidad tras caída de una escalera en domicilio hace una semana. Presenta un informe de alta con las siguientes lesiones en el miembro superior derecho: luxación anterior de hombro, fractura-luxación de codo y fractura intraarticular de radio distal. La paciente ha sido sometida en el centro anterior a reducción cerrada de hombro e intento no satisfactorio de reducción abierta de codo con exéresis de cabeza radial y fijación provisional con aguja transolecránica. Acude con férula braquiopalmar y presenta tumefacción e impotencia funcional de codo, dolor en radio distal con dificultad para la movilización activa de muñeca y dedos e hipoestesia en territorio de nervios radial, mediano y cubital. El hombro no muestra deformidad aparente. Las pruebas de imagen muestran articulación congruente del hombro sin fracturas, exéresis de cabeza radial y subluxación de la articulación del codo a pesar de la presencia de aguja transolecránica y fractura intraarticular de radio distal derecho. Se decide cirugía urgente diferida con reducción abierta y reconstrucción ósea pero se canceló debido a infección articular procedente de cirugía anterior. Se opta entonces, por colocar un fijador externo en el codo para reducir la articulación y sintetizar la fractura de radio distal con agujas percutáneas. Los cultivos tomados demuestran infección por *S. epidermidis* sensible a quinolonas y se inicia antibioterapia intravenosa primero y después oral. En el primer control clínico semanal apreciamos que continúa el déficit sensitivo motor en la mano de los nervios mediano, cubital y radial, estableciendo el diagnóstico de neuroapraxia del plexo braquial. Ocho semanas después, ya sin signos clínicos ni analíticos de infección se procede a realizar un abordaje externo para reinsertar la cápsula anterior a coracoides e implantar una prótesis de cabeza radial con 2 cerclajes por fractura longitudinal no desplazada. Se realiza también artrolysis y ligamentoplastia de LLE con autoinjerto de palmar menor. Se decide continuar con el fijador externo articulado sin movilidad 3 semanas y con movilidad parcial otras 3 semanas.

Resultados: Dos semanas tras última cirugía comienza a recuperar la función de nervios cubital y mediano. A las seis semanas se retira el fijador y se comprueba correcta congruencia articular clínico radiológica. La fractura de radio distal ha consolidado (2 meses tras caída) y no hay signos de inestabilidad en hombro derecho. A los 6 meses de la lesión se observan signos de funcionalidad de nervio radial con extensión voluntaria de muñeca y dedos. A los diez meses de lesión, tras varios meses de tratamiento rehabilitador la paciente presenta movilidad completa de hombro, déficit de extensión de codo de 30° sin signos de inestabilidad, déficit parcial de la función de nervio radial con flexión dorsal de muñeca de 50°, abducción de primer dedo de 30° e hipoestesia en territorio radial. La función de nervios cubital y mediano se ha recuperado en su totalidad. Las imágenes radiológicas muestran congruencia articular del codo con signos degenerativos a nivel de la articulación cóndilo-radial. La muñeca presenta consolidación con mínimo acortamiento radial y ligera pérdida de la inclinación palmar en proyección lateral.

Comentarios y conclusiones: El caso clínico mencionado podría parecer singular por el número de lesiones pero lo que realmente lo hace especial es la naturaleza variada de las mismas y la influencia de unas sobre otras. La resección de cabeza radial realizada inicialmente en otro centro no sólo impidió la síntesis para recuperar la estabilidad, sino que ocasionó una infección severa que retrasó la reconstrucción articular con la consiguiente rigidez y dificultad añadida para la intervención siguiente en el codo. También la infección condicionó la síntesis de muñeca optando por síntesis percutánea de la fractura de radio distal. Por otro lado, la lesión del plexo braquial condicionó la lenta recuperación de la función de muñeca y mano, con la imposibilidad de un postoperatorio normal de una fractura de muñeca o codo y el consiguiente deterioro anímico de la paciente. La combinación de inmovilizaciones supuso un reto los primeros meses tras la lesión. El caso presentado muestra una sucesiva elección estricta de prioridades (infección primero, estabilidad y reconstrucción articular segundo, y movilización tercero) que deben realizarse en el orden correcto y no aseguran evitar problemas que pueden ocasionar déficits funcionales limitantes.

CC-1002. POLITRAUMATISMO TRAS ARTEFACTO EXPLOSIVO IMPROVISADO (IED)

R.T.A. Tamburri Bariain, R. Navarro Suay, J.L. Bernácer López, A. Hernández Abadía de Barbará y R. Trapote San Martín

Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla. Madrid.

Introducción y objetivos: El objeto de este póster en formato de caso clínico es mostrar el patrón lesional en un paciente que sufre un atentado por artefacto explosivo improvisado. Mostramos la cadena de evacuación y las soluciones quirúrgicas a las diferentes lesiones.

Material y método: Se trata de un caso seleccionado de entre nuestra base de datos en la que están incluidas todas las bajas militares producidas en las diferentes zonas de operaciones en las que España está desplegada en la actualidad.

Resultados: Mostramos las soluciones quirúrgicas a un caso ejemplo de entre los muchos de nuestra base de datos.

Comentarios y conclusiones: El resultado de nuestra cadena de evacuación y la aplicación de la cirugía de control de daños hasta la aplicación de medidas quirúrgicas definitivas muchas veces nos hace conseguir resultados satisfactorios.

CC-1003. CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS EN HERIDO POR MINA ANTIPERSONAL

R.T.A. Tamburri Bariain, R. Navarro Suay, M. Fernández-Gayol Pérez, A. Hernández Abadía de Barbará y R. Trapote San Martín

Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla. Madrid.

Introducción y objetivos: El objeto de este póster en formato de caso clínico es mostrar el patrón lesional en un paciente que, fruto de convenios internacionales acude a nuestro centro para tratamiento definitivo tras sufrir un atentado por mina antipersonal.

Material y método: Se trata de un caso en el que se aprecia un patrón lesional que incluye una fractura abierta de pilón tibial, astrágalo y calcáneo tratado inicialmente mediante fijación externa y cuya solución quirúrgica definitiva fue una artrodesis mediante enclavado endomedular.

Resultados: Mostramos las diferentes técnicas quirúrgicas aplicadas y su justificación.

Comentarios y conclusiones: Las minas antipersonal causan un gran número de muertes y lesiones en miembros inferiores que muchas veces implican como tratamiento definitivo la amputación del miembro o en otras la artrodesis de la articulación del tobillo.

CC-1004. FRACTURA DE PELVIS CON INESTABILIDAD VERTICAL

R. García Rodríguez y P. Sierra Madrid

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción y objetivos: Se presenta paciente derivada por los servicios extrahospitalarios con dolor inguinal y sacroiliaco e impotencia funcional en miembro inferior izquierdo tras accidente de tráfico con expulsión del vehículo por el parabrisas.

Material y método: En la atención hospitalaria la paciente se encuentra estable hemodinámica, respiratoria y neurológicamente aunque con anemia importante que requiere la transfusión de cuatro concentrados de hematies. En el TC toracoabdominopélvico se evidencia fractura transforaminal (DENIS II) de elevada conminución en ala sacra izquierda y fractura de las cuatro ramas produciéndose ascenso significativo de la hemipelvis izquierda lo que constituye un tipo C1 (hemipelvis con inestabilidad vertical) de la clasificación de Tile. Además presenta fractura conminuta de tibia proximal izda. La paciente presenta ausencia de deposición y micción espontánea durante los primeros días de ingreso.

Resultados: Se procede a la estabilización quirúrgica urgente colocándose fijador externo con pines supraacetabulares y posterior ingreso en UCI. Tres días más tarde se procede a la reducción cerrada y síntesis de la fractura sacra mediante la colocación percutánea de un tornillo canulado iliacosacro de rosca completa y osteosíntesis de fractura de tibia mediante placa bloqueada de 4,5 mm. Entre el 12 y 13 día de ingreso la paciente recupera la diuresis y deposición espontánea y es dada de alta sentándose son buena tolerancia.

Comentarios y conclusiones: A las nueve semanas postoperatorio, se retira el fijador externo y se inicia la rehabilitación con carga parcial. Tres meses más tarde la paciente se encuentra libre de dolor y presenta una movilidad completa en el miembro intervenido con una dismetría residual de 0,6 mm. Las fracturas de pelvis con inestabilidad vertical pueden ser tratadas mediante reducción y osteosíntesis percutánea con tornillo iliacosacro y fijación externa anterior. En ocasiones asocian lesiones reversibles del plexo sacro que mejoran tras la estabilización.

CC-1005. LUXACIÓN ANTERIOR TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTE JOVEN

R.Y. Santana Suárez, J. Nuez García, L. Valencia Sola, B. Romero Pérez, M. Almenara Martínez, S. Barroso Rosa, J. Caballero Martel y L. García Bordes

CHUIMI. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: La luxación anterior de cadera es extraordinariamente rara, producida por un mecanismo de rotación externa y abducción forzadas y máximas. La cabeza femoral queda ubicada por delante del cotilo, sea en un nivel inferior a él (posición pubiana) o al mismo nivel (posición obturatriz).

Material y método: El paciente refiere un antecedente traumático violento con muslo abducido y rotado al externo. Se ve y se palpa la cabeza femoral en la arcada inguino-crural o en la región obturatriz con miembro inferior más largo, abducido y rotado al externo. Se le realiza de urgencia una reducción bajo anestesia general que es efectiva. La radiografía previa ni de control no se objetiva fracturas.

Resultados: Al paciente se le pauta un reposo absoluto en cama con la cadera inmóvil por dos a tres semanas y luego movilización activa. El paciente presenta buena evolución alcanzando la movilidad previa.

Comentarios y conclusiones: A destacar la escasa frecuencia de la luxación anterior de cadera que puede tener complicaciones severas y si se realiza una manipulación efectiva y rápida se pueden evitar.

CC-1006. FRACTURAS MÚLTIPLES EN MIEMBRO SUPERIOR

R.M. Egea Gámez, D. López González, A. López Hualda, A.M. Ferrete Barroso, F. Panizo Mota, M.A. Marín Aguado y M.C. Torrejón de la Cal

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas múltiples en los miembros superiores son una entidad poco frecuente. La creencia general es que las fracturas múltiples en miembros superiores suelen ser debidas a traumatismos de alta energía, pero también se producen frecuentemente tras una caída casual desde la propia altura del paciente. Presentamos un caso de fractura múltiple a nivel de extremo proximal de húmero, proximal y distal de cúbito y radio ipsilateral y su manejo quirúrgico.

Material y método: Mujer de 43 años que acude al Servicio de Urgencias tras sufrir una caída casual sobre su hemicuerpo derecho. Como antecedentes importantes destacan enolismo crónico e intervención de fractura pertrocanterea de fémur izquierdo. Es diagnosticada de fractura metafiso-diafisaria proximal de húmero, fractura de olécranon y cabeza radial Mason III, fractura distal de cabeza cubital con conminución metafisaria y fractura de radio, desplazada a dorsal con trazo intraarticular. Se procede a la intervención quirúrgica en el quinto día de ingreso. Se realiza reducción y fijación de fractura metafiso-diafisaria de húmero derecho, de radio y cúbito distal. Finalmente, se realiza reducción de fractura de olécranon con placa y exéresis de cabeza radial con implantación de prótesis.

Resultados: A las 18 semanas de la cirugía presenta fracturas consolidadas, sin signos de necrosis avascular en cabeza humeral y movilidad completa indolora, persistiendo dicha exploración clínica y funcional en la actualidad.

Comentarios y conclusiones: El tiempo en el que debemos estabilizar estas fracturas depende del estado general del paciente y de el estado e integridad de las partes blandas. La síntesis de húmero con clavo y la placa en radio distal, permiten una movilización precoz. En el codo debido a la calidad ósea y conminución de la fractura en la cabeza de radio debemos tener un bajo umbral para el reemplazo de la cabeza de radio, el cual proporcionará estabilidad RCP y húmero-capitelar mejorando la dinámica de toda la síntesis en el antebrazo.

CC-1007. SÍNDROME DE HARRY PLATT TRAS FRACTURA DE MESETA TIBIAL

S. Gros Aspiroz, J.M. Cardona Vernet, F. Pérez Vllar, J.C. Saló Cuenca, G. Molina Olivella, A. García Trujillo, V. Altemir Martínez y L. Prats Gispert

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: Las fracturas de meseta tibial representan un 1% del total de las fracturas y un 8% de las fracturas en el anciano. Son más frecuentes en varones de edades comprendidas entre los 30 y los 70 años. Este tipo de fracturas tienen un pronóstico incierto ya que se tratan de fracturas intraarticulares, se afectan otros elementos que ocasionan inestabilidad articular y la tasa de lesiones asociadas pueden alcanzar 77%. La importancia del tratamiento recae con conseguir restablecer ejes mecánicos y conseguir estabilidad evitando complicaciones postoperatorias.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente sin antecedentes de interés, tras accidente de moto sufre una fractura de meseta tibial tipo IV de Schatzker. Fue inmovilizado y trasladado desde otro centro a nuestro hospital. A la llegada presentaba ausencia de pulso distal pedio ni tibial posterior, anestesia en primer espacio interdigital e imposibilidad para la extensión del hallux y la flexión dorsal del tobillo, todo ello compatible con afectación del CPE sin signos clínicos de compartimental. Fue valorado por el servicio de cirugía vascular que descartó isquemia aguda y se orientó el cuadro vascular como

espasmo de troncos vasculares distales en relación con el edema y sangrado de la fractura.

Resultados: Descartada la patología vascular se diagnosticó de síndrome de Harry Platt que se confirmó con el estudio de RMN que informó de la rotura del tendón conjunto, ligamento lateral y bíceps con rotura parcial del músculo poplíteo. Se intervino realizando una doble vía. Osteosíntesis con placa atornillada vía lateral interna. Vía lateral externa en la que se identifica arrancamiento del complejo postero-lateral desde la base del peroné, se observa elongación del CPE con continuidad del perineuro y se realiza una sutura reinserción.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas de meseta tibial tienen una alta probabilidad de lesiones asociadas. En estudios realizados en este tipo de patología con RMN previas a la intervención se observan hasta un 77% de lesiones asociadas y en el 68% se observa la rotura de uno o más elementos del complejo posterolateral. Las complicaciones posibles de una fractura de meseta tibial son: lesiones ligamentosas, infecciones, artrosis postraumática, lesión arterial (poplíteo), neuroapraxia (CPE), pseudoartrosis, síndrome compartimental. La lesión del LLE suele acompañarse de fractura y avulsión de la cabeza del peroné arrancada por el bíceps sural. Si se agrega la lesión del nervio ciático-poplíteo externo (en el 3% de las fracturas de meseta tibial) que ocasiona la pérdida de extensión dorsal del pie se constituye el síndrome de Harry Platt. Se suele tratar de una neuroapraxia por estiramiento, que no tiene indicación de intervención inmediata. Sí que convendría realizar una exploración quirúrgica al sintetizar la fractura y reconstruir el complejo posterolateral y valorar la reparación in situ.

CC-1008. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE RODILLA CON ECM RETRÓGRADO TIPO DFN

S. Gros Aspiroz, F. Pérez Villar, J.M. Cardona Vernet, J.C. Saló Cuenca, A. García Trujillo, M. Ortiz Enciso, V. Altemir Martínez y L. Prats Gispert

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: Las fracturas periprotésicas de rodilla son las que se localizan en rótula, tibia o fémur alrededor de una PTR. Las fracturas de fémur se encuentran a menos de 6 cm de la PTR o 15 cm de la línea articular. En esta zona existe una concentración de fuerzas que unidas al cambio óseo periarticular y a la presencia de la prótesis favorecen este tipo de lesiones. El manejo de estas fracturas es un reto para los ortopedas debido a la complejidad de la propia fractura, la presencia del implante y la pluripatología de los pacientes. Inicialmente, el tratamiento más empleado fue la reducción abierta anatómica y osteosíntesis rígida con placas o clavo-placa siguiendo los principios de la AO. Éste tratamiento requiere amplia disección de tejidos blandos, desvascularización de fragmentos, frecuente necesidad de injertos y apoyo diferido que pueden desencadenar complicaciones como los retrasos de consolidación, fracaso del implante y la infección que puede sobrepasar el 35%. Estos resultados hicieron replantear otras posibilidades del tratamiento. El clavo DFN es un clavo encerrojado con introducción retrógrada trans o parapatelaria, que requiere una menor disección de partes blandas y una movilización y carga más precoz.

Material y método: Se han estudiado 15 casos de pacientes con fractura periprotésica de PTR tipo II de Rorabeck tratados todos ellos con ECM tipo DFN, con una distribución de sexo de 13 mujeres y 2 varones, y con una media de edad de 76,3 años (entre 57 y 87 años). El mecanismo de producción fue caída casual en todos los casos, uno de ellos con fractura abierta. En 2 de estos casos estaba asociada una PTC en la misma extremidad. Un 46% de los pacientes presentaba más de 2 patologías de base asociadas, un 54% presentaba 2 o menos patologías médicas asociadas. En 6 casos la fractura era de trazo oblicuo, 4 casos. Trazo transversal y 5 casos fractura conminuta.

Resultados: Hubo una complicación intraoperatoria, la fractura de cortical interna al colocar el bloqueo proximal lo que requirió reintervención con placa AO y cerclajes manteniendo el DFN. Un total de 3 casos de acortamiento (entre 0,3 cm y 1 cm), 8 casos de perfecto alineamiento en el plano coronal, 4 casos de valgo (entre 3 y 10°), 2 casos de varo (de 6 y 7°), 5 casos en extensión (entre 3 y 7°) y 1 caso en flexión (de 10°). En 2 casos se inició la carga de la extremidad de inmediato. En el resto de casos se inició la carga parcial en una media de 6,7 semanas (entre 3 y 12 semanas). La consolidación completa se llevó a cabo en una media de 5 meses (sobre 11 pacientes en los que se consiguió la consolidación). Se han registrado un total de 5 complicaciones postoperatorias (30%): hubo 3 casos de pseudoartrosis sintomática que requirieron EMO de DFN y reducción abierta y osteosíntesis con clavo placa, 1 caso de pseudoartrosis asintomática que no requirió reintervención y 1 caso de infección superficial que se resolvió con desbridamiento quirúrgico y tratamiento antibiótico específico. El rango de movilidad postoperatorio de la rodilla intervenida fue similar al rango de la rodilla contralateral sin aparecer ningún caso de rigidez de rodilla. El resultado funcional fue similar al previo aunque un 30% de los pacientes presentó dolor anterior de rodilla residual no limitante. La evaluación funcional según la escala de Sanders fue mayoritariamente, buen resultado funcional.

Comentarios y conclusiones: Desde que se propuso la osteosíntesis intramedular introducida retrógradamente a partir de la escotadura intercondílea se ha intentado reducir la exposición del foco de fractura y la manipulación del mismo, disminuyendo así la posibilidad de infección. Al no interferir con el callo perióstico, se reducen los casos de pseudoartrosis y roturas del implante debido a las ventajas biomecánicas del ECM, y la movilización precoz del paciente disminuye la incidencia de rigidez.

CC-1009. COMPLICACIÓN FATAL EN PACIENTE CON FX-LUXACIÓN DE CADERA

S. Bartolomé García, A. Moreno Velasco, F. Jáñez Moral, J. Campo Loarte, P. Torrijos Garrido, P. de la Cuadra Virgili, J. Jiménez Cristóbal y A. Ortega Briones

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: La luxación traumática de cadera es una lesión grave que se presenta en el contexto de un traumatismo de alta energía. Asocia con frecuencia una fractura de la pared posterior del cotilo, siendo esta la fractura más frecuente del acetábulo. Entre las potenciales complicaciones de este tipo de lesiones, debe prestarse especial atención a la trombosis venosa profunda y al tromboembolismo pulmonar, apareciendo hasta en el 4% de los pacientes a pesar de la profilaxis adecuada con heparina de bajo peso molecular.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 54 años que acude a nuestro hospital trasladada por los servicios de emergencia tras sufrir accidente de tráfico con impacto frontal. En la exploración destaca la actitud del miembro inferior derecho acortado, en aducción y rotación interna, con impotencia funcional e intenso dolor. En las pruebas de imagen se objetiva luxación posterior de cadera derecha con fractura conminuta de la pared posterior del cotilo tipo 2. Se procede a la reducción cerrada de la luxación, inmovilización con tracción blanda cutánea e inicio de profilaxis anticoagulante con enoxaparina 40 mg cada 24 horas. Ocho días después del traumatismo inicial, se procede a estabilización quirúrgica de su fractura empleando un abordaje de Kocher-Langenbeck. Se procede a la reducción de la misma y síntesis mediante placa de reconstrucción de Matta de 3,5 mm, con tornillos interfragmentarios para los dos fragmentos principales de conminución. Los controles radiológicos iniciales fueron satisfactorios, y el postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones, siendo dada de alta a los 6 días de la intervención con prohibición para el apoyo del miembro inferior derecho.

Resultados: A las 72 horas del alta, la paciente fue trasladada por los servicios de emergencia por un cuadro de disnea brusca que derivó en asistolia y parada cardiorrespiratoria. A la llegada al servicio de Urgencias de nuestro hospital, se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar durante 40 minutos, certificando el fallecimiento con diagnóstico de presunción de tromboembolismo pulmonar fatal.

Comentarios y conclusiones: La administración precoz de profilaxis tromboembólica puede prevenir la aparición de complicaciones tromboembólicas mayores en pacientes con traumatismos pélvicos. A pesar de la aplicación correcta de un protocolo profiláctico, se han registrado un 2% de fallecimientos debidos a un evento trombótico en estos pacientes, como el caso que presentamos.

CC-1010. DEGENERACIÓN ARTRÓSICA PRECOZ ASOCIADA A INESTABILIDAD COMPLEJA DEL CARPO

S. Álvarez Campos, F. Rodríguez Vázquez, A. Amate Rivas, M. Anaya Rojas y G. Arias Rodríguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La disociación escafo-lunar se presenta hasta en el 54% de las fracturas de extremidad distal de radio, siendo ésta la inestabilidad carpiana más frecuente. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son cruciales para obtener un resultado favorable en las fracturas del radio distal. Se recomienda la reconstrucción inmediata con los siguientes objetivos: la reparación o reconstrucción del ligamento interóseo escafolunar, reducir los síntomas, estabilizar la articulación escafolunar y evitar la degeneración. La persistencia de la disociación provoca cambios artrósicos y deterioro y aparición de un patrón artrósico específico: muñeca SLAC.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente que tras accidente de motocicleta sufre un traumatismo en mano izquierda. Tras la exploración y pruebas complementarias se diagnostica de fractura de hueso grande, fractura de cintura de escafoides conminuta, disociación escafolunar, esguince lunotriquetar y fractura de estiloides cubital y radial. Se realiza reducción abierta y fijación interna de escafoides y hueso grande, con inserción de ligamento escafolunar con arpon reabsorbible, fijación lunopiramidal con aguja Kirschner, reducción abierta y fijación interna de estiloides radial con tornillo canulado e inmovilización con yeso braquiopalmar.

Resultados: El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones, retirando la inmovilización a las 6 semanas, iniciando tratamiento rehabilitador. A las 15 semanas se consigue un balance articular en rango funcional con pérdida de fuerza que se recupera a las 8 meses reincorporándose a la vida laboral quedando como secuela crisis algicas controladas con medicación oral. El estudio radiológico al alta muestra cambios artrósicos incipientes a nivel articular.

Comentarios y conclusiones: La sistemática de lectura de los estudios radiográficos es fundamental para evitar errores diagnósticos en las lesiones complejas del carpo. El tratamiento de estas lesiones no siempre es sencillo con resultados poco predecibles a medio y largo plazo, raramente satisfactorios.

CC-1011. FRACTURA DE CODO BILATERAL

S. Antón García, C. Argüelles Rodríguez, J. Diáñez Raimúndez, F. Muñoz González, R. Iglesias Pañeda, A. Gadañón García, E. López-Anglada Fernández y A. Braña Vigil

Hospital Monte Naranco. Asturias.

Introducción y objetivos: Las fracturas de capitellum son fracturas articulares raras, suponen menos del 1% de todas las lesiones del codo. Se ha observado un aumento significativo de la morbilidad cuando se demora el tratamiento correspondiente.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 55 años que acudió a urgencias tras sufrir una caída de bicicleta. Presentaba edema, dolor y limitación funcional de ambos codos. En el TC se observó: codo derecho: fractura de capitellum, de epicóndilo y de apófisis coronoides tipo I; codo izquierdo: fractura de capitellum y de epicóndilo.

Resultados: Bajo anestesia general se procedió a la reducción abierta y osteosíntesis de las fracturas con tornillos de pequeños fragmentos y reconstrucción capsuloligamentosa. El codo izquierdo se mantuvo inmovilizado con una férula de yeso 2 semanas y el derecho 4 semanas. Tras recibir tratamiento rehabilitador, el codo izquierdo presentaba un balance articular completo, no doloroso, y el derecho con un déficit de 20° de extensión y 15° de supinación.

Comentarios y conclusiones: La tendencia hacia la reducción abierta y fijación interna desde finales de los setenta se puede considerar un reflejo de la insatisfacción con los resultados obtenidos con la reducción cerrada o la escisión del fragmento del capitellum. El objetivo es lograr una estabilidad de la fractura sin comprometer la integridad articular.

CC-1012. LUXACIÓN LATERAL IRREDUCTIBLE DE RODILLA

S. Antón García, J. Diáñez Raimúndez, C. Argüelles Rodríguez, I. Fernández Bances, J. Paz Aparicio, J. Pena Vázquez, T. Moreno Guerrero y A. Braña Vigil

Hospital Monte Naranco. Asturias.

Introducción y objetivos: La luxación de rodilla es una lesión muy grave, siendo las luxaciones laterales especialmente infrecuentes. En determinados casos son irreductibles por interposición de estructuras articulares, y es necesaria una reducción abierta.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 27 años que acude a urgencias tras sufrir un accidente de moto. Presenta deformidad a nivel de la rodilla derecha, con dolor e impotencia funcional. Se descarta lesión neurovascular asociada. En la radiografía simple se observa una luxación lateral de rodilla.

Resultados: De urgencia se intenta la reducción que no se consigue completamente por interposición de la cápsula, percibiendo una resistencia elástica. Bajo anestesia general se practica una reducción abierta comprobando lesiones del menisco externo, ambos ligamentos cruzados y ambos ligamentos laterales. Se estabilizó la rodilla con un fijador externo tipo Orthofix.

Comentarios y conclusiones: Las luxaciones irreductibles de rodilla deben identificarse mediante una correcta exploración física inicial, pudiendo actuar la depresión cutánea medial como signo típico de la protrusión condílea a través de la cápsula, asociada a la irreductibilidad de la luxación. Este signo es de interés para identificar aquellos casos en los que podrá ser necesaria una reducción abierta.

CC-1013. FRACTURA TRIPLANA DE TIBIA DISTAL

V. García Virto, F. Yagüe Solís, M. Plata García, R. Hernández Ramajo, B. García Medrano, J.M. Cortés Villar, C. Simón Pérez y M.A. Martín Ferrero

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La epífisis distal de la tibia es la 2ª localización más frecuente de lesiones epifisarias. Un 6-8% de esas lesiones corresponde con fracturas triplanas, que están consideradas como fracturas de transición, que ocurren en el intervalo entre la adolescencia y la maduración esquelética, por un mecanismo de rotación externa del tobillo. El objetivo es presentar un caso de fractura triplana en tibia distal.

Material y método: Paciente varón de 16 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias tras sufrir un traumatismo en el tobillo derecho

mientras jugaba al fútbol con dolor intenso e impotencia funcional que impide el apoyo del pie. A la exploración presenta leve deformidad, con inflamación sobretodo en cara externa del tobillo con dolor en región de sindesmosis y región posterior del tobillo con impotencia funcional y exploración neurovascular distal normal. Se realizó estudio radiográfico, observándose en la proyección AP una epifisiolisis tipo III y en la proyección lateral un epifisiolisis tipo IV, por lo que se decidió completar estudio con TAC, realizándose diagnóstico de fractura triplana de tibia distal derecha tipo I (intraarticular e intramaleolar). Al tratarse de una fractura en dos fragmentos con desplazamiento mayor de 2 mm, se decidió tratamiento quirúrgico con reducción cerrada y osteosíntesis percutánea con 2 tornillos percutáneos de 5 mm de diámetro, uno lateromedial y otro anteroposterior.

Resultados: Se mantuvo inmovilizado con férula de yeso durante 6 semanas, iniciándose apoyo progresivo a partir de las 8 semanas y tratamiento rehabilitador. A los 3 meses de la fractura presentaba una movilidad completa, no dolorosa. En posteriores revisiones no ha habido evidencia de alteraciones angulares, ni en el cartilago fisario.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas triplanas son más frecuentes en los varones y pueden clasificarse según el número de fragmentos (dos, tres o cuatro fragmentos), como hizo Von Laer en 1985, o como hicieron Shin et al, que las dividieron en tres grupos; tipo I, intraarticular e intramaleolar; Tipo II, intraarticular e intramaleolar pero por fuera de la zona de carga y Tipo III, extraarticular e intramaleolar. Técnicamente, se trata de una epifisiolisis tipo IV de Salter-Harris, que afecta la epífisis y la metáfisis, aunque están afectadas en los tres planos, pudiéndose ver en las radiografías laterales de tobillo una lesión de S-H tipo II o IV y en las radiografías anteroposteriores se observa una lesión de S-H tipo III. Es necesario la realización de una TAC para completar el estudio de estas lesiones, cuyo trazo de fractura dependerá del grado de cierre fisario en el momento del traumatismo. Dependiendo del número de fragmentos y del grado de desplazamiento se puede realizar tratamiento ortopédico, en fracturas de dos fragmentos con desplazamiento inferior a 2 mm y extraarticulares; reducción cerrada y osteosíntesis percutánea, en fracturas de dos fragmentos con desplazamiento superior a 2 mm, como se realizó en este caso y reducción abierta y fijación interna, en las fracturas que no se han podido reducir de forma cerrada y en las de tres o cuatro fragmentos.

CC-1014. FRACTURA PERIPROTÉSICA ABIERTA SOBRE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

Z. González Fernández, J. Cabrera Rosendo, A. Falcón Sánchez, A.I. Leal Robles, J.F. Domínguez Bermúdez, J. Romero Fernández, Y. Burreddan El Filali y J. Jiménez Baquero

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Introducción y objetivos: Las fracturas periprotésicas sobre prótesis total de rodilla son poco frecuentes y menos aún en caso de ser abiertas. El manejo depende de sus características (clasificadas por Rorabeck) y de la calidad ósea del paciente. El tratamiento conservador reserva para las fracturas tipo I. La reducción abierta y fijación interna junto con sustitutos óseos es la opción para las fracturas tipo II y la utilización de componentes de revisión para fracturas tipo III.

Material y método: Varón portador de prótesis total de rodilla que sufre accidente de tráfico. Presenta fractura desplazada de fémur distal sin signos de aflojamiento protésico (Rorabeck II) y abierta grado IIIA de Gustilo. Se procedió a estabilización inicial mediante fijación externa. Resueltas las heridas, se continuó con yeso completo durante 3 semanas, cuando se realizó la primera cirugía: reducción abierta y fijación interna con placa LISS y aporte de autoinjerto de cresta ilíaca, aloinjerto estructural y matriz ósea desmineralizada. Tras ocho semanas se autoriza carga parcial progresiva y se inicia tratamiento con teriparatida. Seis meses después de la cirugía se evi-

dencia foco de osteítis en el lugar del pin distal de tibia del fijador externo, que se reseca. Durante el inicio de carga y deambulación el paciente refiere dolor en retropié ipsilateral a la fractura previa. Se revisa el caso y se evidencia artrosis subastragalina severa secuela de una fractura de calcáneo no diagnosticada inicialmente que se decidió artrodesar.

Resultados: En la actualidad el paciente se encuentra sin dolor y con buena adaptación a su demanda funcional.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas periprotésicas son de importancia creciente en la práctica clínica tanto por la cantidad de pacientes portadores de prótesis como su mayor demanda funcional actual y, por otra parte, la importancia de la exploración inicial completa de cualquier paciente para la valoración de la lesión principal así como de lesiones secundarias.

CC-1015. FRACTURA-LUXACIÓN ABIERTA DEL CARPO

A. Izaguirre Zurinaga, J. Hoyos Cisnero, I. Cearra Guezuraga, M. Rotinen Díaz, L. Arana Ripalta, I. Gorostiaga Mendia y E. Lobato Menéndez

Hospital de Basurto. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Varón de 34 años que acude a urgencias por pérdida de conciencia y luxación abierta de carpo izquierdo tras accidente de moto.

Material y método: En la urgencia se realiza una reducción abierta y osteosíntesis con agujas k en la urgencia. El paciente fue ingresado en reanimación tras la intervención intubado y conectado a ventilación mecánica controlado por hemorragia subaracnoidea frontal izquierda.

Resultados: El paciente fue dado de alta 2 semanas después de su ingreso por buena evolución y controlado en consultas externas. El paciente presentó una severa artrosis postraumática de muñeca izquierda, por lo que 4 meses después del traumatismo se le realizó una artroplastia del radio y hueso grande.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas luxaciones abierta del carpo es una patología poco frecuente que suele deberse a traumatismos de alta energía. Es preciso realizar una reducción y estabilización de urgencia para estabilizar el carpo.

CC-1016. COMPLICACIÓN EN UNA FRACTURA DE ESTRÉS DE FÉMUR PROXIMAL

A. Álvarez Mateo, N. Trigo Bermúdez, F. Collado Sáenz, R. Abad Satorres y E. Cruz Olivé

Hospital General de Granollers. Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de una mujer de 28 años con fractura de estrés basicervical de fémur. Reflejando las complicaciones en una paciente corredora de maratones habitual que sufre una fractura de estrés.

Material y método: Mujer de 28 años con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, consumidora ocasional de fármacos hiporéxicos y corredora de maratones. La paciente presentaba fractura de estrés basicervical de fémur derecho y es intervenida quirúrgicamente con DHS 135°. Se autoriza la sedestación y carga parcial sin presentar complicaciones postoperatorias inmediatas.

Resultados: La paciente acude a los 8 meses con dolor de cadera de 10 días de evolución tras una carrera de 10 km. Presenta bloqueo a las rotaciones y dolor con la necesidad de deambular con ayudas. Se objetiva en la radiología de control fractura intracapsular de fémur asociada a osteosíntesis DHS.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas por estrés del cuello femoral son raras con una incidencia que va desde el 3,3% hasta el 8%. Actualmente las fracturas por estrés son frecuentes en la población deportista, siendo las atletas femeninas un subgrupo con susceptibilidad incremen-

tada. El retraso en el diagnóstico es común dado que los síntomas son insidiosos e inespecíficos y que las radiologías iniciales pueden ser normales. Es una complicación rara de causa mecánica asociada a una causa metabólica relacionada con las alteraciones hormonales.

CC-1017. ESTABILIZACIÓN DE LAS FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE FÉMUR. NUESTRA EXPERIENCIA CON EL SISTEMA CABLE-READY® GREATER TROCHANTERIC. AÑOS 2009-2011

A. del Bosque Herrero, A. Torres Campos, J. Palacio Barrabes, N. Blanco Rubio, A. Castillo Palacios, E. Corella Abenia, B. Seral García y J. Albareda Albareda

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Las fracturas periprotésicas de fémur están aumentando en frecuencia y complejidad, especialmente en pacientes añosos. La clasificación de Vancouver propuesta por Duncan y Mari es la más aceptada en las fracturas periprotésicas de fémur, basándose en el modelo de fractura y su localización, estabilidad del vástago y la cantidad y calidad de la pérdida ósea. Las fracturas tipo B de Vancouver requieren fijación, con o sin revisión del vástago. Si hay movilidad del vástago debe plantearse su revisión. En pacientes añosos con importante comorbilidad asociada, la estabilización y fijación de la fractura puede plantearse con éxito con un sistema de placa cable-ready (GTR) y dejar para un segundo tiempo la revisión. **OBJETIVO** Evaluar las complicaciones posquirúrgicas y resultados clínico-radiológicos obtenidos tras la estabilización de fracturas periprotésicas con un sistema de placa cable-ready (GTR) Zimmer® sin revisión, hasta la consolidación de la fractura.

Material y método: Se evalúan 15 a pacientes con una edad media de 80,71 años, recogidos entre los años 2009 y 2011, con fracturas periprotésicas de fémur. Los pacientes presentan condiciones de comorbilidad importante con una media de riesgo quirúrgico ASA (American Society of Anesthesiologists) de 3. Según la clasificación de Vancouver se recogieron: tipo A1 (1), tipo B1 (4), tipo B2 (9) y tipo C (1). Todas se estabilizaron con el sistema de placa cable-ready GTR, sin revisión. Se recogen los requerimientos transfusionales, los días de estancia hospitalaria y las complicaciones postquirúrgicas hasta el alta hospitalaria. Se realiza posteriormente un seguimiento clínico-radiológico en consulta ambulatoria del paciente hasta la consolidación de la fractura.

Resultados: En un 92,85% (13 pacientes) se obtuvo la consolidación radiológica en un tiempo medio de 4,46 meses. En el resto, se obtuvo un fallo del implante, y un exitus postoperatorio precoz (al mes). El tiempo medio de espera quirúrgica fue de 6 días y el de estancia media posquirúrgica de 10 días. Requirieron alguna transfusión sanguínea un 53,3% de los pacientes.

Comentarios y conclusiones: En fracturas periprotésicas de fémur con movilización de la prótesis está indicada la revisión y fijación de la fractura. La estabilización de la fractura sin revisión, con sistema de placa-cable Ready GTR en pacientes ancianos con importante comorbilidad asociada y gran deterioro, es una opción válida que debe valorarse, incluso en fracturas periprotésicas tipo B2, debido a los buenos resultados clínico-radiológicos.

CC-1018. COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DE UNA FRACTURA PERIPROTÉSICA DE FÉMUR EN PACIENTE PORTADOR DE UNA ARTROPLASTIA DE RODILLA CONSTREÑIDA DE VÁSTAGO LARGO

A. García Trujillo, S. Gros Aspiroz, J.C. Saló Cuenca, J.M. Cardona Vernet, V. Altemir Martínez, B. Barriendos Miguel, G. Molina Olivella y J.J. Fernández Martínez

Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: Las fracturas periprotésicas de fémur distal son una patología en aumento en nuestro medio debido al gran núme-

ro de artroplastias, con una frecuencia entre el 0,3-2,5%. Se producen por traumatismos de baja energía, los factores de riesgo son: la edad avanzada, osteoporosis, uso de corticoideos, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, aflojamiento protésicos y la cirugía de revisión.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 84 años portadora de una artroplastia total de rodilla constreñida modelo LINK tras un recambio en dos tiempos, por infección de PTR primaria hace 12 años. Presentó una fractura periprotésica de fémur distal a nivel de la punta del vástago tipo II de Rorabeck, se realizó una reducción abierta con osteosíntesis placa AO femoral. Realizó descarga durante 12 semanas y posteriormente inicio carga progresiva. Presentó rotura de la placa femoral a nivel de la fractura a los seis meses de la intervención sin traumatismo previo.

Resultados: Se realiza nueva intervención, se retira la placa rota observando la no consolidación de la fractura, se realiza un curetaje del foco de fractura, la colocación de una nueva placa AO femoral y aporte de hueso esponjoso autólogo de cresta e injerto estructural de banco (diáfisis tibial tallada) fijada con tornillos a la placa. Presenta un postoperatorio sin problemas, es dada de alta en descarga. Al mes de la intervención ingresa por cuadro séptico, fiebre, supuración por herida, se realiza un primer desbridamiento sin presentar mejoría, se realiza un segundo desbridamiento con retirada del injerto estructural. Los cultivos son positivos a *E. coli* inicialmente y posteriormente a *Klebsiella pneumoniae*-*Enterococcus faecium*, se pauta tratamiento antibiótico EV específico. En el último control radiológico a los 3 meses se observan signos de consolidación, la paciente fallece a los 4 meses de la reintervención por patología cardíaca.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de las fracturas periprotésicas de rodilla con vástago largo es especialmente dificultosa, son paciente de edad avanzada con gran comorbilidad y riesgo de complicaciones, las más frecuentes son la pseudoartrosis, la infección herida quirúrgica, la rigidez articular y la mala alineación sobretodo en varo. El sistema con placa AO tornillos-cerclajes o placa de bloqueo LISS son los más utilizados en estos casos. Varios autores recomiendan el aporte óseo primario en este tipo de fracturas para evitar el fallo de consolidación, aunque aumenta el riesgo de infección quirúrgica.

CC-1019. PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA TRAS ENCLAVADO PROXIMAL DE FÉMUR

C. Escribano Ferrer, S. Catalán Amigo, F. Samsó Bardés, M. Orduña Montcusí, F.X. Graupera Martorell y J.C. Cardoner Parpal

Hospital FREMAP. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los pseudoaneurismas de la arteria femoral tienen una incidencia de hasta un 6% durante las técnicas invasivas en angiorradiología y cirugía vascular. El problema se ha hecho más trascendente en los últimos tiempos, debido a la proliferación de dichas técnicas en la práctica habitual. Existe amplia literatura que trata sobre el diagnóstico y tratamiento de esta complicación. También están descritos en la literatura, a pesar su menor frecuencia, los pseudoaneurismas de la arteria femoral profunda, de origen postraumático o iatrogénico a nivel de fémur proximal, y los todavía más raros pseudoaneurismas de la arteria femoral superficial, y de otros vasos, como la arteria circunfleja femoral lateral.

Material y método: Se presenta en caso de un pseudoaneurisma de la arteria femoral profunda iatrogénico provocado por la broca del tornillo de bloqueo distal de un clavo gamma corto durante el tratamiento quirúrgico de una fractura pertrocanterea de fémur, haciendo revisión de la literatura médica y especial hincapié en tener en consideración esta potencialmente grave complicación en casos de dolor y tumefacción persistente en muslo, tras este tipo de cirugía. Paciente de 32 años, precipitación por escaleras, diagnosticado de fractura pertrocanterea de fémur derecho. Reducción en mesa de

tracción, osteosíntesis con clavo gamma corto (125°-180°). Durante el acto operatorio, al retirar la broca del tornillo de bloqueo distal, se aprecia sangrado profuso inmediato por el orificio de brocado, pero que se autolimita progresivamente. Se coloca tornillo de bloqueo y se termina la cirugía según técnica habitual. Durante el postoperatorio inmediato, se aprecia el aumento de volumen franco a nivel de cara anterior de muslo derecho. Se indica crioterapia y control estricto evolutivo en las horas posteriores. En ningún momento se aprecian alteraciones vasculo-nerviosas distales; el paciente tolera bien el dolor postoperatorio, y el aumento de volumen local se autolimita y tiende a resolverse en las 12h posteriores a la cirugía. El paciente empieza a movilizarse a las 24h de la intervención, y a las 48h marcha con apoyo de bastones en carga parcial. Sin embargo, refiere aumento progresivo de volumen en muslo, que en ningún caso llega al nivel del postoperatorio inmediato, y fundamentalmente impotencia funcional local, que le dificulta para cualquier movilización. Paralelamente, presenta palidez cutáneo-mucosa facial, con controles analíticos en los que se aprecia bajada lenta pero progresiva del hematocrito. Ante la sospecha diagnóstica de persistencia de sangrado activo, probablemente intermitente, apoyado con el antecedente de sangrado intraoperatorio al retirar la broca femoral, se decide realizar angioTAC de la extremidad. La prueba muestra la presencia de dos pseudoaneurismas dependientes de la arteria femoral profunda, sin apreciar sangrado activo en ese momento. Se realiza arteriografía y embolización selectiva con microcoil, comprobándose la resolución de los mismos.

Resultados: Durante los días posteriores desaparece el dolor en muslo y se produce recuperación progresiva de los parámetros analíticos. El paciente es dado de alta hospitalaria a las 72h de la embolización, deambulando sin problemas.

Comentarios y conclusiones: Un pseudoaneurisma es una lesión arterial en la que se produce lesión completa de las paredes de la misma, habitualmente de muy pequeño tamaño, y en la cual se produce un sangrado en el cual la baja presión del mismo hace que pueda ser controlado y pseudoencapsulado por las partes blandas circundantes. Al tratarse de una sección parcial en cuanto al diámetro arterial, no se produce el mecanismo de contracción muscular necesario para conseguir el cierre de la luz vascular, primer paso básico para la hemostasis fisiológica, de manera que no se consigue un cierre efectivo del vaso sangrante. Su presentación clínica es variable, en forma de aparición de masa pulsátil, aumento de volumen y temperatura local, dolor variable, sangrado por punto de punción o heridas operatorias, dependiendo dichas manifestaciones clínicas de la localización de los mismos, así como del tamaño y capacidad de sangrado en cada caso. Según la magnitud del sangrado, puede ir acompañado de bajada progresiva del hematocrito. Es fundamental el diagnóstico precoz, ya que existe el riesgo de rotura y sangrado masivo que puede comprometer no sólo la extremidad afecta, sino la vida. Ante la sospecha diagnóstica, debe solicitarse un estudio vascular inicialmente no invasivo, como eco-Doppler o angioTAC. Existen diversos tratamientos que se han mostrado efectivos en el tratamiento del pseudoaneurisma, como la exploración quirúrgica y reparación directa, técnicas de embolización o colocación de stents a través de angiografía, o punción de agentes esclerosantes bajo control ecográfico. Ello dependerá de la localización de los mismos, así como de la experiencia o preferencia del equipo quirúrgico responsable. Está descrita en la literatura médica la aparición de pseudoaneurismas de la arteria femoral profunda, superficial, y de la arteria circunfleja externa, siendo la arteria femoral profunda la más frecuentemente afectada. La agresión vascular puede producirse de manera espontánea, por el mismo foco fracturario, o ser iatrogénica, durante la manipulación en la maniobra de reducción, o más habitualmente por punción directa provocada por una broca o tornillo colocado desde la cara lateral del fémur. La revisión de la literatura es relativamente prolífica en cuanto a la presentación de casos clínicos aislados respecto a la aparición de esta complicación, cuya incidencia global sin embargo es baja en relación al

número total de osteosíntesis que se realizan habitualmente en la práctica clínica diaria. Sin embargo, ante el peligro potencial que supone este tipo de lesiones, es importante tener en cuenta su existencia de cara a pensar en ella y realizar un diagnóstico precoz ante la aparición de los signos clínicos descritos previamente. La presencia de hematoma posquirúrgico importante en muslo, especialmente a distancia del foco fracturario en los pacientes intervenidos, debe hacernos sospechar esta posibilidad. En casos de localización en planos profundos, el dolor puede ser un síntoma predominante, sin encontrar un hematoma especialmente alarmante a la exploración física. El sangrado en el acto operatorio al retirar una broca, un fenómeno por otro lado relativamente frecuente en este tipo de cirugía, debe al menos mantenernos alerta en el postoperatorio inicial y en los controles posteriores, de cara a no demorar pruebas diagnósticas ante un postoperatorio inadecuado. Un estudio analítico y vascular precoz no invasivo nos pueden proporcionar los datos necesarios de manera rápida y efectiva, para realizar el diagnóstico y un tratamiento precoz. La fisiopatología del pseudoaneurisma, con un cierre en falso del sangrado, explica la posibilidad de la presentación diferida del cuadro clínico, varios días después del traumatismo o de la cirugía, de manera que el hecho de haber pasado la fase aguda del traumatismo no exonera de valorar la presencia del mismo, sino al contrario, es un signo que debe hacernos pensar en esta posibilidad. Finalmente, respecto al tratamiento, en la mayor parte de los casos será posible el tratamiento efectivo mediante técnicas mínimamente invasivas, siendo necesaria la cirugía abierta en los casos en que exista un fragmento óseo en relación directa con el vaso lesionado, para retirarlo, y en otros valorar la retirada o recambio de algún tornillo excesivamente largo que pueda perpetuar la ofensa vascular.

CC-1020. TÉCNICA MIPO EN FRACTURAS PROXIMALES Y DIAFISARIAS DE HÚMERO

F. Vera Repullo, J. Álvarez González, R. Lax Pérez, C. Casanova Velasco, A. Torres Castillo y A. Meroño García

Hospital Universitario de Santa Lucía. Murcia.

Introducción y objetivos: El manejo de las fracturas proximales y diafisarias de húmero ha evolucionado con el desarrollo de nuevos implantes y técnicas quirúrgicas en los últimos años. Objetivo: presentamos nuestra experiencia inicial de 23 casos de osteosíntesis MIPO (técnica de osteosíntesis percutánea mínimamente invasiva) mediante placas LCP (locking compression plate).

Material y método: Veintitrés pacientes (8 hombres y 15 mujeres) con una media de edad de 70 años (rango entre 49 y 89 años), con fractura proximal y diafisaria de húmero (Clasificación AO) fueron tratados mediante la técnica MIPO utilizando implantes estándar AO/ASIF. Las fracturas fueron reducidas indirectamente bien mediante manipulación, bien mediante fijación externa.

Resultados: Nuestro estudio evaluó la técnica quirúrgica utilizada y los resultados de dichos pacientes tanto en el balance articular como en la función del hombro. El seguimiento de los pacientes fue de 5-47 meses con una media de 23,7 meses. La media de la escala de Constant fue de 54,6 (40-81). La radiología evidenció la formación de callo de unión a los 3-13 meses (5,8 meses de media). No hubo infecciones. Un paciente con lesión transitoria del nervio radial y rigidez de codo. Sólo un paciente requirió revisión quirúrgica debido a pseudoartrosis.

Comentarios y conclusiones: La reducción cerrada y fijación interna de las fracturas de húmero proximales y diafisarias usando la técnica MIPO es un tratamiento seguro, efectivo y una opción alternativa frente a las técnicas abiertas, aunque tengamos que prestar especial atención a algunos detalles quirúrgicos para minimizar complicaciones.

CC-1021. OSTEOSÍNTESIS CON INJERTO DE CRESTA ILÍACA A 2 NIVELES TRAS FRACTURA ABIERTA BIFOCAL DE CÚBITO

J. Sánchez Lázaro, A. Sánchez-Robles Hurtado, F. Madera González, L. Gervás Alcayala, O. Fernández Hernández y M.L. Suárez Huerta

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: El tratamiento de las fracturas abiertas de alta energía sigue siendo un reto hoy en día. Unas de las técnicas empleadas es la fijación externa en un primer tiempo y posteriormente, síntesis estable. Se presenta un caso de fractura bifocal de cúbito por traumatismo de alta energía.

Material y método: Paciente de 74 años de edad con fractura bifocal abierta de cúbito grado IIIA de Gustilo, tras sufrir accidente de tráfico. El tratamiento de urgencia consistió en limpieza quirúrgica, fijación externa y cobertura cutánea; en un segundo tiempo, a los cuatro meses, se retiró el fijador externo y se realizó osteosíntesis interna con placa LCP e injerto de cresta ilíaca a dos niveles, ya que, debido a la demora entre los dos tiempos, presentaba pseudoartrosis atrofica de ambos focos de fractura.

Resultados: Consolidación completa a ambos niveles del cúbito, arco de movilidad del codo 90% y paciente asintomático. Recuperación total de su actividad previa.

Comentarios y conclusiones: Pese a estar apareciendo constantemente nuevos materiales sustitutivos óseos y proteínas morfogenéticas, el aporte de injerto autólogo de cresta ilíaca y una correcta osteosíntesis son fundamentales para solucionar casos de pseudoartrosis complicadas.

CC-1022. MUJER DE 90 AÑOS CON MÚLTIPLES CAÍDAS TRAS FRACTURA PERIPROTÉSICA... ¿QUÉ PODEMOS HACER?

J. Badiola Vargas, J.A. Camacho Chacón, S. Ferrer Peirón, B. García Martínez, I. Garrido Santamaría, C. Bejarano Lasunción y M. Sanagustín Silano

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Las fracturas de la región trocantérea del fémur son las más frecuentes de la región de la cadera. Su enorme importancia deriva del número y la gravedad de las mismas, la elevada morbilidad, que las acompaña, y por tanto, la notable carga socioeconómica que representan. Por otra parte vivimos en una sociedad en la que la esperanza de vida es muy alta y los requerimientos funcionales de las personas de edad son cada vez mayores. Todo ello hace que el tratamiento quirúrgico de este tipo de fracturas sea un tema de plena actualidad e interés en la sociedad traumatológica actual.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 90 años que presenta fractura pertrocantérea tratada mediante enclavado medular corto. Dos años más tarde, tras caída, es diagnosticada de fractura distal al clavo que es tratada mediante implante de placa Liss de fémur distal. A los tres meses sufre una tercera caída con resultado de fractura de fémur entre ambos implantes. Tras barajar la posibilidad de varias opciones terapéuticas finalmente se optó por la extracción del clavo corto y de los tornillos proximales de la placa Liss y posterior implante de un clavo endomedular largo colocando el cerrojo distal dinámico a través de la placa Liss y tornillos unicorticales en los orificios proximales de la placa dado el límite físico que ofrecía el clavo.

Resultados: A día de hoy la paciente ha disminuido su actividad física por las limitaciones de las fracturas sufridas pero deambula con ayuda de un bastón.

Comentarios y conclusiones: El objetivo del tratamiento de las fracturas de cadera en pacientes ancianos, para el que disponemos de numerosos dispositivos, es obtener una osteosíntesis estable, con una cirugía lo menos agresiva posible que consiga una pronta sedestación y carga, con un retorno a un nivel funcional próximo al previo.

CC-1023. FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR POR ARMA DE FUEGO

J. Santillana Ruiz, M. Hernández Herrero, L. Casadevall García y M.A. Valero Queralt

Hospital Comarcal de Vinaròs. Castellón.

Introducción y objetivos: Las fracturas por arma de fuego, son traumatismos poco frecuentes en nuestro medio, pero comportan una gran morbi-mortalidad inicial y la posibilidad de aparición de un gran número de complicaciones y secuelas. Actualmente debido a un aumento de la violencia armada existe un aumento en el número de fracturas femorales causadas por disparos de arma de fuego.

Material y método: Paciente de 35 años, sin antecedentes de interés, que realizó un disparo de intimidación al estar siendo atracado en su domicilio recibiendo un impacto de bala en el muslo izquierdo, que le ocasionó fractura abierta grado III (de Gustilo) de tercio superior diafisario del fémur izquierdo, con orificio de entrada en cara anterior del muslo y sin orificio de salida.

Resultados: Se realizó de urgencia tratamiento antibiótico sistémico y limpieza exhaustiva del orificio de entrada. Fue intervenido quirúrgicamente practicándose una osteosíntesis mediante un clavo endomedular Gamma 3 largo (Stryker®) y debiéndose extraer fragmentos de bala localizados en el canal medular femoral. Presentó una evolución favorable, iniciando la carga asistida con dos muletas a los dos días de la intervención.

Comentarios y conclusiones: Hoy en día, el manejo de este tipo de heridas por parte del Cirujano depende de la transferencia de energía en el momento de la lesión. Así los riesgos de infección como de pseudoartrosis son elevados ante cualquier fractura abierta, y si ésta es producida por proyectil de alta energía (como el caso que nos ocupa), se incrementa notablemente por la necrosis añadida por la energía disipada del proyectil, siendo necesaria prever una limpieza quirúrgica agresiva y repetida, sobre partes blandas para tratar de eliminar posibles focos de complicaciones.

CC-1024. FRACTURA ABIERTA DE TIBIA IIIB EN PACIENTE OCTOGENARIO CON SINTROM. ¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO ADECUADO?

J.C. Sanz Sánchez, E. Valero Iglesias, L. Madero de la Fuente, V. Barroso Gómez y J. Bustillo Badajoz

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas abiertas de tibia constituyen un tema de debate y fuente de complicaciones pendientes de resolver en traumatología. La elección del mejor implante y momento de aplicación para conseguir la consolidación de la fractura sin aumentar exponencialmente el riesgo de infección parecen la clave para resolver esta controversia.

Material y método: Presentamos una paciente de 83 años que sufre caída domiciliar siendo diagnosticada de fractura abierta tercio distal tibia Gustilo IIIB, con herida transversa en cara anterior pierna, exposición osteotendinosa y defecto cutáneo de 12 x 2 cm, agravado por deficiente estado trófico por anticoagulación. A su llegada, se realizó lavado, desbridamiento y administración de antibiótico inmediato junto con complejo protrombínico dado presentaba INR 1,9. Tres horas después, se realizó enclavado endomedular y aplicación inmediata sistema VAC.

Resultados: La herida evolucionó favorablemente durante el ingreso, manteniéndose sistema VAC 3 semanas con buena regeneración tisular y escaso sangrado pasando a curas con apósitos epitelizantes. Fue dada de alta hospitalaria con buena evolución clínico-radiológica. Durante el seguimiento, la evolución de la fractura fue correcta, auto-riéndose apoyo desde la 6ª semana a pesar de persistir mínimo defecto cutáneo.

Comentarios y conclusiones: El debate sobre el procedimiento idóneo en cada fase del tratamiento de fracturas abiertas de tibia es debido a que presentan una alta tasa de complicaciones con alto coste clínico-sanitario. La comorbilidad y el aumento de esperanza de vida hacen que los casos tratados supongan cada día un reto mayor para el traumatólogo. Consideramos que cuanto mayor sea la comorbilidad asociada, más rápido, sencillo y directo debe ser el procedimiento para tratar la fractura, evitando complicaciones y cirugías repetidas. El uso de complejos protrombóticos en situaciones seleccionadas puede permitir la estabilización de fracturas de manera inmediata, contribuyendo en la disminución de complicaciones.

CC-1025. FRACTURA BILATERAL DE FÉMUR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

J.J. Robles Molina, N. Plais Cotrel, S. Sandoval Lewin, R. Jodar Graus y A. Ortiz Gallego

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Los bifosfonatos son agentes antirresorptivos incluidos actualmente dentro de las guías de práctica clínica internacionales para el tratamiento de la osteoporosis en pacientes posmenopáusicas, como tratamiento de primera línea, con el objetivo principal de reducir el número de fracturas osteoporóticas. En el caso de fracturas vertebrales, alendronato, risendronato, ibandronato y ácido zolendróico han demostrado su eficacia en la prevención, al igual que para las fracturas no vertebrales el ácido zolendróico y el risendronato, y para las fracturas de cadera el ácido zolendróico, alendronato y risendronato. La acción prolongada antirresorptiva de estos fármacos puede conducir a fallos en la reparación de microdaños óseos, dando lugar a microfracturas y a una fragilidad ósea atípica. En los últimos meses se han diagnosticado en nuestro servicio dos casos de fractura bilateral de fémur en dos pacientes posmenopáusicas en tratamiento prolongado con bifosfonatos para la osteoporosis. Se pretende analizar ambos casos en el contexto de la evidencia clínica actualmente existente sobre el riesgo de fracturas en pacientes en tratamiento con bifosfonatos.

Material y método: El primer caso se trata de una paciente de 67 años, en tratamiento crónico para la osteoporosis con ácido alendróico desde hace 15 años de forma ininterrumpida, y con dolor referido en ambos muslos de unos 5 meses de evolución. Tras una caída accidental de baja energía en la vía pública, es diagnosticada de fractura completa transversa diafisaria de tercio medio de fémur izquierdo, y de fractura de stress incompleta en la misma localización de fémur contralateral. Se interviene quirúrgicamente mediante enclavado endomedular anterógrado fresado con clavo AO universal del fémur izquierdo, así como fijación profiláctica del fémur derecho con clavo anterógrado UFN no fresado. El segundo caso se trata de una paciente de 87 años, que inicia tratamiento para la osteoporosis con ácido ibandróico en 2005. En 2009, episodio de fractura diafisaria de fémur derecho, tratada mediante enclavado endomedular anterógrado fresado con clavo AO universal. No suspensión del tratamiento con bifosfonatos. En 2012, tras referir durante varias semanas dolor insidioso en muslo izquierdo, sufre caída accidental desde su propia altura en domicilio, y se diagnostica de fractura completa transversa en tercio medio de fémur izquierdo. Se trata mediante reducción y osteosíntesis igual a la contralateral.

Resultados: Fracturas femorales atípicas han sido descritas en pacientes en tratamiento prolongado con bifosfonatos para la osteoporosis. Estas fracturas pueden aparecer tras un traumatismo mínimo o nulo. Algunos pacientes son diagnosticados de fracturas de estrés en el estudio radiológico en el contexto de dolor insidioso en el muslo o la ingle, aconsejando en dichos casos la fijación quirúrgica profiláctica para prevenir la fractura completa.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas atípicas de fémur en pacientes tratados con bifosfonatos son a menudo bilaterales, por lo que ante fractura femoral, es imprescindible explorar el contralateral. Durante el tratamiento con bifosfonatos, los pacientes deben ser advertidos de reportar cualquier dolor en muslo, cadera o ingle, para detectar fracturas de estrés. La duración óptima del tratamiento con bifosfonatos para la osteoporosis no ha sido establecida. Hay necesidad de reevaluar periódicamente el mismo en base a los riesgos y beneficios, sobre todo después de 5 o más años de uso, así como tras la aparición de una fractura atípica. El balance global de los riesgos y beneficios de las indicaciones de los bifosfonatos ha sido discutido, pero actualmente el número de fracturas atípicas informadas se considera mucho menor al número de fracturas osteoporóticas impedidas.

CC-1026. COLGAJO FASCIOTÚNEO EN CONO PARA DEFECTO DE TERCIO DISTAL DE TIBIA

M. Castro Menéndez y S. Pagazaurtundúa Gómez

Hospital Comarcal de Monforte de Lemos. Lugo.

Introducción y objetivos: Una complicación de las fracturas de tibia son las lesiones cutáneas como la necrosis. Si éstas crean un defecto miocutáneo se debe de cubrir con colgajos. La elección de estos colgajos depende del nivel de lesión y extensión del mismo. Mostramos un caso donde se realiza un sencillo colgajo fasciocutáneo de rotación para la cobertura de un defecto en tibia distal de + 4 cm de diámetro evitando el tener que realizar injertos más complejos.

Material y método: Paciente de 70 años de edad sin antecedentes de interés que acude a urgencias, tras sufrir una caída casual, con fractura inestable de tercio distal de tibia y peroné. El paciente es intervenido quirúrgicamente a las 24 horas con una placa de bajo perfil para tibia distal LCP (Synthes®) tras no conseguir correcta reducción con yeso inguinopédico. A los 4-5 días se observan necrosis en zona de incisión que nos obliga a realizar escarectomía. Tras la escarectomía, el paciente presenta un defecto cutáneo de +4 cm² con material de osteosíntesis expuesto. Se realiza colgajo fasciocutáneo en cono para su cobertura. El área donante es cerrada con un colgajo fasciocutáneo en V-Y. Se cierra la piel con puntos sueltos de Ethilon 4/0.

Resultados: Se retiran puntos cutáneos a los 12 días. En la revisión realizada 5 días más tarde, observamos una completa curación cutánea sin presentar signos ni síntomas de infección ni nuevos problemas vasculares.

Comentarios y conclusiones: La elección de las técnicas quirúrgicas en los defectos miocutáneos de la pierna depende del nivel de la lesión y de la extensión de ésta. Las lesiones cutáneas del tercio distal de la pierna menores de 1 cm de diámetro se pueden tratar mediante colgajos locales al azar (de rotación). Si el defecto es mayor de 2 cm, el cierre es más dificultoso y en esos casos clásicamente se han utilizado colgajos musculares, miocutáneos, o microcirugía, con lo que ello implica en costo, tiempo de recuperación y problemas técnicos. Últimamente, se ha popularizado el uso de un colgajo fasciocutáneo (colgajos con rica irrigación que permite amplios arcos de rotación tanto local como a distancia), que basan su irrigación en perforantes que provienen de vasos profundos que atraviesan la fascia. Si usamos un colgajo fasciocutáneo de rotación para cierre de dichos defectos, el área donante cruenta que queda, se suele reparar con un injerto dermoepidérmico, con los posibles problemas con éste para su prendimiento, además de ser una zona expuesta a traumatismos¹. Este problema se puede evitar realizando un colgajo de avance en V-Y así evitando colgajos más complicados. El colgajo fasciocutáneo en cono es una opción sencilla a tener en cuenta en la cobertura de lesiones de tibia distal de 2 a 5 cm de diámetro evitando el tener que realizar injertos más complejos.

CC-1027. LUXACIÓN PURA POSTRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTE ANCIANA. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

M.A. Martínez Sánchez, R. Díaz Márquez y A. Ortiz Menéndez

Hospital de la Merced. Sevilla.

Introducción y objetivos: La luxación traumática de cadera es una lesión grave que consiste en la pérdida de congruencia articular entre la cabeza femoral y el acetábulo pélvico. Frecuencia: son el 2-5% de todas las luxaciones. Mecanismo de producción: suele ser mecanismo de alta energía, accidentes de tráfico, o deportivos, y suelen asociarse a otras lesiones graves. Tipos: puras (de mejor pronóstico) o complejas, asociadas a fracturas (fractura-luxación). Según el desplazamiento de la cabeza femoral pueden ser posteriores, o anteriores en una proporción 10/1. Más frecuentes en el varón. Diagnóstico: suele ser de sospecha, por la posición del miembro afectado, radiológico de confirmación y de utilidad la TAC para descartar fracturas asociadas, fragmentos intraarticulares incarcerationados, etc. Tratamiento: se trata de una urgencia terapéutica que exige reducción, inmediata bajo anestesia general. Complicaciones: Las más frecuentes son la necrosis avascular, la coxartrosis secundaria, la lesión del nervio ciático, la inestabilidad y episodios de reluxación, calcificaciones heterotópicas y fracturas asociadas.

Material y método: Paciente de 92 años de edad que sufre una caída casual desde su propia altura, en el baño de su domicilio (mecanismo de baja energía). A su ingreso en urgencias, la paciente presentaba el MII en rotación interna, aducción y flexión, aunque por su edad se sospechó fractura de cadera, se comprobó por el estudio radiológico que se trataba de una luxación posterior pura de cadera izquierda. Se procedió a su reducción urgente bajo anestesia general, con las maniobras clásicas de reducción (decúbito supino, tracción sobre la rodilla en flexión, fijando la pelvis hasta oír un chasquido). Se practicó RX y TAC posreducción, comprobando que no existían lesiones asociadas. Tracción blanda 4 semanas en el posoperatorio, y seguido de deambulación progresiva con ayuda de andador y ortesis de Newport, 3 meses. No se observó ninguna complicación. Actualmente tiene 93 años, deambula con andador y ha recuperado las actividades previas al traumatismo. Revisión de la literatura.

Resultados: En la paciente no se observó ninguna complicación de las descritas. La revisión bibliográfica muestra unos tramos de edad, en que no se nombra la novena década de la vida, se trata pues de un raro caso, por edad y mecanismo de producción.

Comentarios y conclusiones: La luxación de cadera, es una lesión grave, generalmente del adulto joven por mecanismo de alta energía, sobre todo accidentes de tráfico, y se suelen asociar a otras lesiones, aunque en la literatura existen casos recogidos en niños, no los hay en ancianos, donde la prevalencia es mayor en fracturas de cadera. La urgencia en la reducción, está justificada porque las complicaciones son menores, cuando el plazo de la reducción es menor. Como métodos posreducción tienen mejor pronóstico aquellos en los que la movilización es más precoz. La artroscopia de cadera se está haciendo popular para el tratamiento de patología intrarticular de cadera (fragmentos intraarticulares, defectos condrales o del labrum).

CC-1028. RECUPERACIÓN DE PÉRDIDA ÓSEA DE TIBIA MEDIANTE TRANSPORTE ÓSEO CON FIJADOR EXTERNO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.B. Morcillo Lozano y J.A. Serrano Trenas

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Los defectos óseos en las secuelas de las fracturas expuestas representan un importante desafío en la cirugía reconstructiva de los miembros. En estos casos, la decisión terapéutica surgirá de una correcta evaluación de las lesiones y de las características propias del paciente, como su comorbilidad, demanda funcio-

nal, adaptación al tratamiento y aceptación sociofamiliar. Presentamos un caso de defecto óseo segmentario postraumático de 13 cm de diáfisis tibial tratado mediante transporte óseo con fijador externo mono-planar.

Material y método: Varón de 30 años, sin antecedentes de interés, que ingresa en nuestro servicio trasladado desde otro hospital donde se le había realizado el tratamiento inicial de una fractura abierta grado IIIC de Gustilo de tibia y peroné izquierdos, con pérdida de 13 cm de la diáfisis tibial como consecuencia de un accidente de motocicleta. A su ingreso presentaba fijador externo y amplia pérdida de tejidos blandos en toda la cara anteroexterna de la pierna e impotencia funcional para la extensión activa del tobillo y dedos del pie. El pulso tibial posterior y sensibilidad distal estaban conservados. Se le realizó TAC de la pierna izquierda que confirmó la ausencia del tercio medio de la tibia respetándose la porción proximal y distal de la misma. Se realizó también una arteriografía de ambos MMII que mostró que el sector iliaco y femoral, las arterias poplíteas y las arterias tibiales eran permeables. La arteria peronea izquierda era permeable hasta el tercio inferior de pierna. En una primera intervención se realizó osteosíntesis de peroné con placa de tercio de tubo y desbridamiento de tejidos necróticos, colocándosele sistema de curas al vacío VAC. Se instauró tratamiento antibiótico intravenoso. Doce días después se realizó una segunda intervención, conjuntamente con el Servicio de Cirugía Plástica, desbridando de nuevo la zona, colocando un rosario de gentamicina a modo de espaciador y realizándosele un colgajo libre microvascularizado de dorsal ancho con injerto cutáneo mallado. Tras una buena evolución, un mes después el paciente es intervenido de nuevo para retirar el rosario de gentamicina y colocar fijador externo LRS (Orthofix) para transporte óseo, realizando una osteotomía con broca y escoplo debajo de la tuberosidad tibial anterior. Además se toman muestras intraoperatorias para cultivo, dando positivo para *S. aureus* meticilín resistente. Se instaura tratamiento antibiótico específico. A partir del 10º día de esta intervención se instruye al paciente para que realice una distracción del foco de osteotomía de un milímetro diario, controlándolo periódicamente en Consultas Externas. La tolerancia de los tornillos del fijador es buena y 4 meses después, cuando el segmento transportado alcanza la zona distal sana de la tibia se bloquea el fijador y se autoriza carga parcial del miembro. Ante la falta de consolidación se realiza una última intervención, en la que se retira el fijador externo y se realiza una osteosíntesis con placa LCP de tibia distal más aporte de injerto autólogo de cresta iliaca.

Resultados: Tres meses después de la última intervención se aprecia consolidación radiológica de la pseudoartrosis así como adecuada mineralización del segmento de tibia neoformado en el lugar del defecto. En la última revisión en Consultas Externas, dos años tras la última intervención, el paciente camina sin la ayuda de bastones presentando limitación de la dorsiflexión del tobillo a 90º y una flexión plantar de 15º. Esta pérdida de movilidad del tobillo es poco dolorosa y bien tolerada.

Comentarios y conclusiones: La pérdida de masa ósea es un problema relativamente común encontrado en el tratamiento de fracturas abiertas y por lo general se produce en fémur y la tibia. La pérdida de hueso en la extremidad superior y de las superficies articulares es rara. Numerosas técnicas están ahora disponibles. La mayoría de los defectos pequeños pueden ser manejados con los métodos estándares de fijación y de injerto óseo autógeno. Los nuevos clavos intramedulares pueden desempeñar un papel. Si no hay mayores problemas con los tejidos blandos, la fijación y el transporte óseo más adelante puede ser considerado. Fijadores circulares son particularmente útiles para problemas más complejos, son de difícil manejo intraoperatorio y exponen a un mayor riesgo de lesiones neurovasculares por la transfixión de los alambres. La restauración de la función del miembro es el objetivo principal y si hay extensos daños la amputación puede ser preferible.

CC-1029. PSEUDOARTROSIS DIAFISARIA DE HÚMERO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.L. Suárez Huerta, P. Casas Ramos, F. Arias Martín, A. Ramos del Río, J.L. Guevara Matamoros, A. Alonso Recio, O.A. Guerra Álvarez y J. Díez Romero

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: La pseudoartrosis es la ausencia de consolidación en 6-8 meses por fracaso definitivo de la osteogénesis, apareciendo una falsa articulación en el foco de fractura. La incidencia varía entre el 2% y el 10% de las fracturas tratadas conservadoramente, mientras que llega al 10-15% de las tratadas quirúrgicamente. En las pseudoartrosis el potencial de consolidación ósea está alterado por inestabilidad en los tipos hipertróficos y falta de estímulo biológico en los tipos atróficos.

Material y método: Presentamos el caso clínico de una mujer de 67 que tras un atropello en mayo del 2003 sufre una fractura diafisaria espiroidea de tercio medio húmero derecho. Se trató inicialmente de manera ortopédica, sin éxito. Posteriormente en julio del 2003, se realizó un enclavado con TENs, en febrero 2005 se rompe el enclavado intramedular por lo que se realiza curetaje con aporte de injerto óseo autólogo y osteosíntesis con placa. En julio del 2005 se realiza extracción del material de osteosíntesis por aflojamiento de los tornillos proximales y se procede a realizar un enclavado intramedular. En marzo del 2012 es ingresada en el servicio de traumatología, por pseudoartrosis con rotura del clavo intramedular. Presentado un desplazamiento extramedular del fragmento distal. Se realizó la extracción del clavo fragmentado y osteosíntesis con clavo intramedular, injerto óseo autólogo de cresta iliaca enriquecido con plasma rico en plaquetas y electroestimulador óseo.

Resultados: La paciente presenta una evolución favorable de la fractura con una buena alineación y recuperando la movilidad del brazo derecho.

Comentarios y conclusiones: Dado que existen controversias sobre el mejor tratamiento de las pseudoartrosis, en ocasiones se debe de hacer de manera individualizada, teniendo en cuenta que el potencial de consolidación ósea está alterado, por inestabilidad en los tipos hipertróficos o por falta de estímulo biológico en los tipos atróficos. Existen numerosos factores de riesgo para el desarrollo de pseudoartrosis de húmero que no siempre son posibles controlar, como son fracturas transversas de tercio medio y proximal, fracturas abiertas o patológicas, enfermedades sistémicas, obesidad, alcoholismo, tabaquismo, osteoporosis, angulación mayor de 10º, una diástasis mayor de 5 mm o una distancia interfragmentaria mayor de 10 mm.

CC-1030. FRACTURA DIAFISARIA DE RADIO Y CÚBITO ASOCIADA A LUXACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL

M. Molina Martos, A. Cruchaga Celada, F. Labayru Echevarria, L. Gorostiola Vidaurrezaga y A. Ernest

Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Describimos un caso complejo de fractura diafisaria 1/3 medio de radio y cúbito, asociada a luxación radiocubital distal que inicialmente pasa desapercibida.

Material y método: El paciente es tratado de urgencia por fractura abierta grado II diafisaria en 1/3 medio de radio y cúbito, mediante osteosíntesis abierta con placas AO. En la evolución posterior, se comprueba un bloqueo de la pronosupinación, por lo que se completa el estudio con TAC y RMN. Se identifica una luxación radiocubital distal con arrancamiento de la estiloides cubital y del fibrocartilago triangular. Se interviene realizándose reinsertión de los mismos, reduciéndose la luxación.

Resultados: El paciente presenta una movilidad completa de codo y muñeca, y una pronosupinación de 60º/70º.

Comentarios y conclusiones: Se han descrito asociaciones de fracturas diafisarias de radio y cúbito con lesiones de codo, pero raramente con luxaciones de la articulación radiocubital distal. Ilustramos este caso poco habitual y de diagnóstico inicial difícil, que puede llevar a un tratamiento incorrecto si no se explora adecuadamente.

CC-1031. FRACTURAS SUPRAINTERCONDÍLEAS DE FÉMUR DISTAL ASOCIADAS A FRACTURAS DE HOFFA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M. Almenara Fernández, J. de Caso Rodríguez, C. Álvarez Gómez, I. Carrera Fernández y P. Gelber Ghertner

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: La fractura de Hoffa es una fractura aislada en el plano coronal de la cara posterior del cóndilo femoral. Puede pasar desapercibida en la radiología simple; es recomendable disponer de una TC de rodilla, para mejorar el rendimiento diagnóstico y planificar correctamente la cirugía. Su asociación con fracturas supraintercondíleas femorales distales es infrecuente, siendo la reducción abierta y fijación interna (RAFI) el tratamiento de elección, para así poder conseguir una reducción anatómica y estable de la fractura y el inicio de rehabilitación precoz. Dada la infrecuencia de esta asociación de fracturas, presentamos dos casos atendidos en nuestro centro con este diagnóstico.

Material y método: Caso 1: mujer 25a sufre accidente de motocicleta. Fractura femoral distal 33-C3 con fractura de Hoffa del cóndilo medial de la rodilla izquierda. Caso 2: varón 36a sufre accidente de motocicleta. Fractura femoral distal 33-C3 con fractura de Hoffa del cóndilo lateral de la rodilla derecha abierta grado II. Se realizó TC preoperatorio en ambos casos, que mostró una fractura de Hoffa, no diagnosticada en las Rx simples. Ambos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, realizándose una RAFI con placa poliaxial lateral femoral distal y osteosíntesis de la fractura de Hoffa con tornillos a compresión sin cabeza, y aporte de homoinjerto óseo. Postoperatoriamente, los pacientes iniciaron deambulación en descarga y rehabilitación de la rodilla.

Resultados: Caso 1: fue reintervenida a los dos meses, por rigidez articular y balance de 0/0/85°; se realizó una artroscopia artroscópica, obteniendo un balance final de 0/0/135°. Después de un año y debido a la persistencia de un varo de 7° de la rodilla, se realizó una retirada de los tornillos interfragmentarios artroscópicamente y una osteotomía valguizante femoral fijada con placa lateral. La evolución postoperatoria fue correcta, sin dolor y balance de 0/0/135°. Caso 2: seguimiento corto. Al mes de la intervención, deambulación en descarga y balance de 0/0/90°.

Comentarios y conclusiones: Recomendamos realizar TC en fracturas supraintercondíleas femorales distales para diagnosticar fracturas de Hoffa asociadas y seleccionar el implante necesario para su fijación, dado que la cirugía puede verse dificultada por su presencia. Es esencial obtener una síntesis estable para iniciar una rápida y agresiva movilización de la rodilla, y obtener resultados satisfactorios a largo plazo. No obstante, estas fracturas presentan una elevada tasa de complicaciones.

CC-1032. TRATAMIENTO DE FRACTURAS DIAFISARIAS DE HÚMERO CON ENCLAVADO ENDOMEDULAR. COMPARACIÓN DE LA VÍA ANTERÓGRADA FRENTE A RETRÓGRADA. NUESTRA EXPERIENCIA

P.V. Alonso de Armiño, A. Fontestad Utrillas, C. Usón Arqué, M. Sancho Rodrigo, A. Ladaga Vela y A. Atarés Palacín

Hospital San Jorge. Huesca.

Introducción y objetivos: La fijación con clavo intramedular mantiene la alineación, proporciona estabilidad y permite la rápida movili-

zación de la extremidad. El uso de una u otra vía de abordaje depende de la localización y extensión de la fractura. Presentamos un estudio comparativo de las dos vías de abordaje y sus resultados funcionales.

Material y método: 14 pacientes con fractura diafisaria de húmero tratados con clavo endomedular, 8 vía anterógrada y 6 retrógrada, en los dos últimos años con seguimiento mínimo de un año. Se analiza número de complicaciones según vía de abordaje, resultado funcional final, tasa de consolidación tras seguimiento clínico y radiológico realizado al mes, tres meses, seis meses y al año de la fractura. Se valoró movilidad según escala Constant.

Resultados: 10 fracturas corresponden a hombres y 4 a mujeres. 5 derechas y 9 izquierdas. Edad media anterógrada 59,5 años. Edad media retrógrada 49 años. 4 resultado funcional excelente (3 vía retrógrada 1 vía anterógrada). 2 resultado funcional medio (1 retrógrada 1 vía anterógrada). 3 resultado funcional malo (2 vía anterógrada 1 vía retrógrada). 1 resultado funcional malo (vía anterógrada). 2 pseudoartrosis. 1 artrofibrosis. 1 perdido. Dos paresias radiales que se resolvieron espontáneamente por completo.

Comentarios y conclusiones: La serie que presentamos es pequeña y es difícil extraer resultados concluyentes, el tamaño es la principal limitación de nuestra exposición. El resultado final del enclavado según la vía de abordaje no es comparable en este estudio por la diferencia de edad y tipo de fractura que presentan ambos grupos. Dos pacientes con resultados funcionales no aceptables que presentamos en la serie no iniciaron la rehabilitación propuesta. Según esta serie, el enclavado endomedular por vía retrógrada obtiene un mayor rango de movilidad. El enclavado endomedular es un buen método de tratamiento para fracturas diafisarias de húmero obteniéndose buenos resultados funcionales con pocas complicaciones asociadas.

CC-1033. CEMENTO DE FOSFATO CÁLCICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS

R. Méndez Durán, A. Sánchez García-Ortega, A. Abejón Ortega, D. Díaz Jaraquemada y D. Moriel Garcoso

Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción y objetivos: Las fracturas con hundimiento articular si no se reducen adecuadamente pueden dar dolor crónico, artritis postraumática, limitación funcional y de la movilidad... Al reducir la fractura pueden quedar defectos óseos que originan riesgo de pérdida de reducción. Estos defectos deben ser reemplazados por sustitutos óseos para evitar el hundimiento secundario de la superficie articular con las consecuentes complicaciones. El objetivo es demostrar la eficacia del uso de cemento de fosfato cálcico para evitar el hundimiento articular en fracturas periarticulares.

Material y método: Se han tomado 7 casos en los cuales se ha empleado el cemento de fosfato cálcico como coadyuvante al tratamiento de fracturas periarticulares y se ha hecho un seguimiento para ver evolución. Además se ha comparado con estudios bibliográficos acerca de dicho tema y con otros sustitutos óseos.

Resultados: 6 pacientes se encuentran dados de alta, con: Balance articular completo. Asintomáticos. Fractura consolidada. No hundimiento secundario en ninguno de ellos. 1 paciente ha sido reintervenido por refractura del foco y del material. No hundimiento de superficie articular.

Comentarios y conclusiones: El uso de CFC aporta estabilidad a la osteosíntesis. Favorece la consolidación de la fractura. Rellena los defectos óseos "a medida". Disminuye el riesgo de hundimiento de la superficie articular. Permite carga más temprana.

CC-1034. TRATAMIENTO DE FRACTURA DE MESETA TIBIAL CON PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Suau Mateu, G. Costa Dall' Orso, D. Benito Castillo, L. Payán Martín, R. Cortes Bosch y C. Canales Naharro

Hospital Esperit Sant. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas intraarticulares proximales de tibia son difíciles de tratar, especialmente en el paciente anciano osteoporótico. La existencia de gonartrosis previa, el daño del cartílago durante el traumatismo y la fijación en un hueso de poca calidad conducen con frecuencia a un pobre resultado en este tipo de pacientes.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 66 años que a raíz de un atropello sufre una Fractura de meseta tibial Schatker tipo II. Dada la presencia de gonartrosis previa y revisando en la literatura se decide el tratamiento con prótesis total de rodilla con vástago tibial largo.

Resultados: Presentamos los resultados preliminares funcionales y radiológicos tras la cirugía protésica.

Comentarios y conclusiones: La prótesis total de rodilla no es el tratamiento habitual de las fracturas de meseta tibial. Pero ciertos tipos de fractura, y sobre todo en cierto tipo de pacientes, podría estar indicado la resolución de la fractura cirugía protésica.

CC-1035. CALCIFICACIÓN HETEROTÓPICA POSTRAUMÁTICA DEL MÚSCULO RECTO ANTERIOR EN VARÓN DE 19 AÑOS

T. Quevedo Narciso, C. Igualada Blázquez, E. Carbo Laso, P. Gil Martínez y J. Arnal Burró

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: Las calcificaciones de partes blandas son lesiones frecuentes. Estas se han clasificado en tres grandes grupos: calcificaciones metastásicas, calcinosis y calcificaciones distróficas, siendo estas últimas las más abundantes y las que nos interesan en este caso. Su tratamiento radica fundamentalmente en el tamaño de la lesión y clínica acompañante. El objetivo de este póster es mostrar el caso de un varón de 19 años con una calcificación de grandes dimensiones de origen posttraumático.

Material y método: Presentamos el caso clínico de un varón de 19 años que acude a nuestro servicio de urgencias con dolor en la región inguinal secundario a un traumatismo deportivo en el muslo derecho de semanas de evolución. A la exploración presentaba hematoma en cara anterointerna del muslo y marcado dolor en la espina iliaca anteroinferior y músculo recto anterior. Se realizó radiografía convencional de pelvis y cadera dilucidándose una calcificación heterotópica de partes blandas de grandes dimensiones. Se decidió tratamiento conservador y seguimiento.

Resultados: El paciente fue seguido en consultas externas de nuestro servicio para control evolutivo. Pese a la espectacularidad de la imagen radiográfica el paciente mejoró tanto clínica como funcionalmente con tratamiento conservador en un periodo de 3 meses, sin percibirse cambios radiográficos en el último control. Hoy hace una vida normal y ha retomado su práctica deportiva.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de las calcificaciones heterotópicas radica fundamentalmente en el tamaño de la lesión y clínica acompañante; siendo subsidiarias de tratamiento quirúrgico aquellas lesiones de gran tamaño, con efecto compresivo o aquellas lesiones que clínicamente no mejoran con rehabilitación o tratamiento conservador. Nuestra experiencia con el tratamiento conservador ha sido satisfactoria con una recuperación completa de la funcionalidad pese al tamaño de la lesión y la falta de mejoría radiográfica.

CC-1036. FRACTURAS PERIPRÓTESICAS DE FÉMUR TRATADAS CON CLAVO INTRAMEDULAR RETRÓGRADO

J. Cervera Irimia, R. Parrón Cambero, F. Tomé Bermejo, R. Laredo River y D. Gómez Garrido

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción y objetivos: Las fracturas alrededor de los implantes protésicos de rodilla presentan una incidencia entre 0,5-2,5%. A pesar de su baja incidencia, los resultados pueden ser devastadores para la supervivencia del implante. La osteólisis femoral secundaria al aflojamiento protésico, una amplia muesca en la cortical anterior, la mala alineación del implante y la osteoporosis, son algunos de los factores asociados a esta complicación.

Material y método: Estudio retrospectivo con 35 pacientes intervenidos por fractura supracondílea periprotésica de fémur distal mediante clavo endomedular acerrojado retrógrado entre 2005-10. Tiempo medio desde la colocación del implante hasta la cirugía: 53,4 meses. 32 fracturas se produjeron por traumatismos de baja energía. Fracturas clasificadas según clasificación Neer. Seguimiento medio: 24 meses (6-57 meses). Edad media: 76,5 años (69-85).

Resultados: En 33 pacientes se demuestra consolidación radiológica en un tiempo medio de 15 semanas. Balance articular medio de 175°/95°, todos los pacientes experimentaron leve pérdida en la flexión. La consolidación en mala alineación fue la secuela más frecuente. Dos pacientes fueron reintervenidos por ausencia de consolidación y uno presentó infección superficial de la herida. Cuatro pacientes fallecieron durante el seguimiento.

Comentarios y conclusiones: El enclavado intramedular retrógrado para el tratamiento de fracturas periprotésicas de fémur distal es una técnica que proporciona buenos resultados. El resultado final guarda relación con la estabilidad de los componentes protésicos, el desplazamiento y conminución de los fragmentos óseos, y la estabilidad de la síntesis.

CC-1037. LESIONES SECUNDARIAS ASOCIADAS A FRACTURA TRANSVERSA DEL ACETÁBULO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESPLAZAMIENTO DE ÉSTA

J.F. Lirola Criado, S. Tejero García, D. Serrano Toledano, J.M. Martínez Salas, J.J. Gil Álvarez, M.A. Giráldez Sánchez y P. Cano Luis

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La asociación entre fracturas pélvicas y acetabulares ha sido descrita por autores como Letournel y Gansslen, encontrando una incidencia del 15-16% en los pacientes con fracturas del anillo pélvico. El objetivo principal de nuestro estudio es determinar si la presencia de lesiones secundarias asociadas a la fractura transversa del acetábulo supone un factor de riesgo para el desplazamiento de ésta mayor a 3 mm.

Material y método: Se ha realizado un estudio de casos y controles retrospectivo matcheado 2:1 en base a pacientes ingresados en nuestro hospital por motivo de fractura transversa acetabular con y sin desplazamiento, valorando las lesiones asociadas en el resto de la pelvis como factor de riesgo para el desplazamiento mayor de 3mm de la fractura acetabular.

Resultados: La presencia de lesiones asociadas en articulación sacroiliaca o marco obturador homolateral, sínfisis púbica, y acetábulo o sacroiliaca contralateral suponen un factor de riesgo para el desplazamiento mayor de 3 mm de la fractura transversa del acetábulo, y modifican la planificación operatoria de ésta.

Comentarios y conclusiones: Hasta la fecha no se han descrito factores de riesgo que influyan en el desplazamiento de la fractura transversa del acetábulo, siendo la identificación de estas

lesiones secundarias importante para la planificación preparatoria, puesto que la presencia de una o varias lesiones modificará el orden quirúrgico de reducción y osteosíntesis de la fractura acetabular.

CC-1038. TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DIAFISARIAS DE HÚMERO MEDIANTE OSTEOSÍNTESIS CON CLAVO INTRAMEDULAR. NUESTRA EXPERIENCIA

J.O. Sous Sánchez, A.D. Jover Mendiola, C.E. Cobo Cervantes, A. Martínez Vásquez, J. Solana Carné y J.A. Velasco Medina

Hospital de Torrevieja. Alicante.

Introducción y objetivos: Existen diversas opciones terapéuticas para el tratamiento de las fracturas diafisarias de húmero. El tratamiento quirúrgico se ha asociado históricamente con un índice de complicaciones más alto que el tratamiento conservador. Un tipo de tratamiento quirúrgico utilizado cada vez con más frecuencia es el enclavado endomedular. El presente trabajo tiene por objeto describir y analizar los resultados obtenidos en nuestra experiencia con el clavo intramedular en este tipo de fracturas.

Material y método: Se trata de un estudio retrospectivo de 43 pacientes intervenidos quirúrgicamente entre enero de 2007 y diciembre de 2009 de fractura de diáfisis humeral y tratados mediante clavo intramedular. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos y radiológicos: edad, sexo, mecanismo de lesión, lado afecto, tipo de fractura (clasificación AO y según localización), lesiones asociadas, técnica quirúrgica, tasa y tiempo de consolidación y complicaciones. El tiempo medio de seguimiento fue de 12 meses.

Resultados: De los 43 pacientes, 27 fueron mujeres y 16 hombres. La edad media fue de 63,6 años. El mecanismo de lesión más frecuente fue la caída casual. Las fracturas AO tipo A fueron las más frecuentes y, dentro de éstas, el subtipo A1. La mayoría se localizaron en el tercio medio de la diáfisis y ninguna de las fracturas fue abierta. La vía de inserción del clavo más frecuente fue la anterógrada. 2 pacientes presentaron lesiones asociadas. La tasa de consolidación fue del 93% y la consolidación clínico-radiológica se obtuvo en un tiempo promedio de 10,4 semanas. Como complicaciones se objetivaron: 3 casos de pseudoartrosis, 5 casos con parálisis del nervio radial, una infección y un caso con molestias relacionadas con el material de osteosíntesis.

Comentarios y conclusiones: El enclavado endomedular se utiliza cada vez con más frecuencia en el tratamiento quirúrgico de las fracturas diafisarias de húmero al ser una técnica menos agresiva que aporta una fijación lo suficientemente rígida para comenzar una movilización precoz. Consideramos que se trata de una buena opción terapéutica en este tipo de fracturas, dado los resultados obtenidos en nuestra serie, si bien es preciso tener en cuenta que no está exenta de complicaciones.

CC-1039. CONTROL DE DAÑOS ORTOPÉDICO: APLICACIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

M.G. Guerrero Álvarez, P. Jiménez Ortega, T. Ros Ample, F. Doñate Pérez y J.M. Jiménez Vizuete

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: La cirugía de control de daños ortopédica (DCO) es un concepto que se aplica al paciente politraumatizado inestable con fractura de pelvis y huesos largos. Se basa en la estabilización temporal de fracturas, preferiblemente mediante fijadores externos. Estudiaremos su aplicación en nuestro medio.

Material y método: Estudio retrospectivo a 5 años (2007 a 2011) de historias clínicas de pacientes que han sufrido un traumatismo múltiple grave con lesión esquelética (fractura de pelvis y/o huesos largos) que hayan ingresado en la Unidad de Reanimación de nuestro hospital. Recogemos datos demográficos, mecanismo causal, diagnósticos (fracturas y lesiones asociadas), cálculo del índice de severidad según escalas validadas, tratamiento realizado (tratamiento precoz definitivo (ETC) vs DCO u otros), estancias en unidades de críticos, complicaciones y mortalidad.

Resultados: Estudiamos una población de 110 pacientes, con edades comprendidas entre 14 y 87 años y predominio del sexo masculino. El accidente de tráfico y la precipitación son los mecanismos predominantes. El 83% fue clasificado como "estable" de manera retrospectiva, y se le aplicó, en su mayoría, la estrategia ETC. En cuanto a los pacientes clasificados como "límite" o "inestable", los tratamientos aplicados han sido muy heterogéneos, demostrándose una variabilidad inexplicable en el manejo de estos pacientes.

Comentarios y conclusiones: Establecemos la necesidad de instaurar guías de tratamiento del trauma grave desde el punto de vista de nuestra especialidad.

CC-1040. EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LAS ESTRUCTURAS NERVIOSAS TRAS LA CIRUGÍA MIPO EN FRACTURAS DIAFISARIAS DEL HÚMERO

M. Videla Cés, J.C. Valdés Casas, M.J. Muñoz Arnedo, R. Sánchez Navés y H. Corominas Macías

Hospital Moisès Broggi. Barcelona.

Introducción y objetivos: Aunque el patrón de tratamiento estándar para las fracturas diafisarias es el enclavado. En el húmero, la propia morfología del canal medular, la dificultad técnica y las posibles lesiones yatrogénicas del acceso retrógrado, la pérdida de anclaje de los bloqueos proximales y la lesión al manguito del acceso anterógrado, hace que la osteosíntesis extramedular tenga aún un papel relevante. Las íntimas relaciones neutro-vasculares de la diáfisis humeral, dificultan el abordaje con osteosíntesis clásica. La propuesta de una osteosíntesis percutánea, deslizando submuscularmente la placa, ponteano el foco de fractura, abre unas nuevas perspectivas. Exponemos los resultados de la medición ecográfica de los nervios musculocutáneo y radial con respecto a la placa de osteosíntesis, así como determinamos las zonas críticas a tener en cuenta en el momento de la cirugía.

Material y método: Se aplican según técnica MIPO placas LCP en la diáfisis de 5 especímenes (extremidades superiores criopreservadas), realizando la medición de distancias entre el implante y nervios radial y musculocutáneo. Se revisan 20 casos de fracturas diafisarias de húmero tratadas con placas bloqueadas (LCP y Philos) con seguimiento superior a 6 meses. Valorando el estado sensitivo y funcional de los territorios radial y musculocutáneo, tanto en el postoperatorio inmediato como en el curso evolutivo; y se realizan mediciones ecográficas de la distancia entre la placa y ambos nervios.

Resultados: Ninguno de los pacientes presentó déficits sensitivo-motrices en ambos territorios, ni en el postoperatorio inmediato ni durante el curso evolutivo. Las distancias de ambos nervios, valoradas ecográficamente, han mostrado un margen de seguridad con el implante que viene a confirmar los resultados obtenidos en los estudios anatómicos en especímenes.

Comentarios y conclusiones: La cirugía percutánea (MIPO) en el tratamiento de las fracturas diafisarias de húmero, demuestra ser un método seguro con un bajo riesgo de lesión neutro-vascular. La ausencia de clínica neurológica y la mínima lesión a las partes blandas, facilita un inicio rápido de la fisioterapia y permite obtener una excelente función del hombro y codo a largo plazo.

CC-1041. SOLIDARIZACIÓN CLAVO-PLACA EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS PERI IMPLANTE DE FÉMUR: REPORTE DE 8 CASOS Y NOTA TÉCNICA

M. Videla Cés, C. Cárdenas Nylander, J.M. Sales Pérez y J. Girós Torres

Hospital Moisès Broggi. Barcelona.

Introducción y objetivos: El envejecimiento de la población así como el aumento del número de osteosíntesis de fémur realizadas en los últimos años hacen pensar en el aumento de casos de fracturas peri implante. El tratamiento de esta patología supone complejidad y su impacto económico-social se ve agravado en el contexto de una población geriátrica con gran co-morbilidad y susceptible de complicaciones frecuentes y alta mortalidad.

Material y método: 8 casos de fractura peri implante femoral (del grupo 32.A y 32.B) 5 casos portadores de placa tornillo deslizante, 1 caso portador de placa angulada de 130°, tratados con enclavado endomedular retrogrado de fémur. 2 casos portadores de enclavado endomedular trocánterico fracturados distalmente al mismo y tratados con síntesis con placa que se solidarizó a través del orificio de bloqueo. Se utilizaron agujeros de la placa, previa retirada del tornillo (y retirada de los pernos de bloqueo en el caso de los clavos trocántericos) para solidarizar el bloqueo del clavo con la placa.

Resultados: Obtención de alineación y rotación aceptable de la extremidad. Con desaparición del dolor en el último control clínico. No aparición de nuevas fracturas. Dos pacientes fallecieron, uno a las 3 semanas y otro a los 18 meses. No infección o lesión neurovascular tras la cirugía.

Comentarios y conclusiones: La retirada del material de síntesis en las fracturas peri implante en población anciana con gran co-morbilidad y osteoporosis, supone enfrentarse a problemas biológicos y biomecánicos. Biológicos como son los grandes abordajes, la importante pérdida sanguínea, el riesgo de infección quirúrgica y los largos tiempos anestésicos. Biomecánicos como la disminución de la resistencia mecánica del hueso en la región cérvico-cefálica tras la retirada del material, la osteopenia en la cortical en donde estaba apoyada la placa, o, la debilidad torsional a través de los orificios de los tornillos tras su extracción. La ferulización, superposición y solidarización deben tenerse en cuenta en el tratamiento de fracturas peri implante en el paciente frágil. La utilización de técnicas poco invasivas adecuadas a la biomecánica podrían tener un efecto positivo en el tratamiento de las fracturas periimplante. La solidarización de los implantes evita la aparición de potenciales zonas de estrés en el contexto de un hueso osteoporótico.

CC-1042. SESAMOIDEO BIPARTITO

A.A. Llaquet Leiva

Hospital Universitario de Ciudad Real.

Introducción y objetivos: Los problemas en los pies no siempre se resuelven con facilidad y en ocasiones ni siquiera se puede filiar su origen algico.

Material y método: El paciente sólo recuerda como posible antecedente un largo paseo comenzando con los dolores a los pocos días de la misma. Desde entonces el paciente muestra dolores en el mismo sin mejoría que le limita su vida normal deportiva (atleta semi-profesional). Tras haber realizado una batería de pruebas que basada en radiografías de ambos pies y gammagrafía, el diagnóstico al que se llegó fue de sesamoiditis con diferentes opciones diagnósticas.

Resultados: El paciente ha vuelto a su vida deportiva con normalidad casi absoluta, excepto en alguna ocasión muy puntual.

Comentarios y conclusiones: Los sesamoideos bipartitos laterales son bastante extraños con incidencias despreciables, siendo mucho más frecuentes en el medial. En el caso actual se mostró que una dosis tipo "bomba" anti-inflamatoria bien puede ayudar a controlar una irritación del sesamoideo.

CC-1043. TRATAMIENTO CLÁSICO EN FRACTURA DE TIBIA

A.J. Menéndez González, J.L. Romero Ballarín y M.N. Urdangaray San José

Hospital Álvarez Buylla. Asturias.

Introducción y objetivos: Paciente de 29 años que ingresa por fractura diafisaria de tercio distal de tibia y peroné izquierdos multifragmentaria por accidente de esquí. Antecedentes personales: no alérgico a medicamentos. Intervenido en otro centro de una fractura de tobillo izquierdo por accidente de tráfico (atropello) precisando injertos cutáneos por necrosis cutánea extensa.

Material y método: Analizando el caso en particular, el abordaje quirúrgico sobre la fractura estaría contraindicado y, por otro lado, la existencia de material de osteosíntesis en la tibia minimiza las opciones del enclavado endomedular ya que para ello se precisaría extracción del material de osteosíntesis mediante abordaje cutáneo sobre injertos previos.

Resultados: Por tanto, se decidió el uso de una técnica clásica: fijación bipolar con yeso, con un clavo de Steinman en tibia proximal y otro en el calcáneo, manteniendo el yeso durante 6 semanas y colocando luego un yeso funcional de Sarmiento de tipo polaina. La fractura consolidó a los 7 meses siendo remitido a rehabilitación recuperando la movilidad completa del tobillo y de la rodilla.

Comentarios y conclusiones: Los métodos de tratamiento clásicos pueden ser una opción válida a tener en cuenta en pacientes que por sus características no pueden ser sometidos a los tratamientos estandarizados.

CC-1044. PSEUDOARTROSIS DE HÚMERO EN EL ANCIANO. CUANDO TODO FALLA... ¿QUÉ HACEMOS?

A. Tejero Ibáñez, A.J. Garbayo Marturet, F.J. Repáraz Padrós, A. Castaño Serrano y J. Duart Vicente

Complejo Hospitalario de Navarra "A". Pamplona.

Introducción y objetivos: La pseudoartrosis de húmero, cuando varios intentos previos para su curación ya han fracasado, es un reto. Si asociamos la osteoporosis severa propia de pacientes ancianos, las dificultades se multiplican. ¿Cuál es en estos casos la mejor opción?

Material y método: Analizamos la evolución de cinco pacientes con los siguientes criterios de inclusión: pseudoartrosis de la diáfisis del húmero intervenida sin éxito previamente al menos en dos ocasiones y/o que hayan permanecido en dicha situación más de 18 meses, asociada a osteoporosis severa en personas mayores de 65 años. Todos fueron tratados mediante desbridamiento del foco y estabilización con placas bloqueadas asociando injerto óseo de banco o autólogo.

Resultados: Todos los casos consolidaron tras un seguimiento medio de 19 meses (8-36 meses).

Comentarios y conclusiones: En la pseudoartrosis de húmero en ancianos con hueso osteoporótico, las placas bloqueadas han demostrado que proporcionan una fijación estable y duradera, superior a la de las placas tradicionales a compresión. En nuestra experiencia hay que considerarlas también como una opción válida en situaciones de máxima precariedad ósea y biológica, como sucede en las pseudoartrosis recalcitrantes.

CC-1045. EL CLAVO PFN-A EN LAS FRACTURAS DEL MACIZO TROCANTÉRICO. NUESTRA EXPERIENCIA Y COMPLICACIONES

A.A. Rodríguez León, I. Martín Rodríguez, A. Aragón Outón, P. Carnero Martín de Soto, M. Álvarez Blanco, F. Valverde Camara y F. Villanueva Pareja

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Las fracturas del macizo trocántereo femoral suponen un reto en la traumatología moderna debido a su

elevada incidencia, su gravedad y los costos económicos que provocan. Para su tratamiento se han desarrollado varias alternativas, todas con el objetivo a cumplir de movilización temprana y reducción del dolor y de las complicaciones derivadas a corto y largo plazo. Del arsenal quirúrgico disponible sobresalen con fuerza debido a sus buenos resultados los clavos intramedulares. En nuestro Servicio utilizamos el clavo PFN-A. El objetivo de esta comunicación es analizar los resultados obtenidos de nuestra experiencia quirúrgica.

Material y método: Estudio retrospectivo en el que se incluyen pacientes intervenidos por fractura extracapsular de cadera desde 1.1.2006 hasta 31.4.11, con implantación de clavo PFN-A. Se excluyen fracturas patológicas, bifocales, politraumatizados y fracturas previas tratadas con otros dispositivos de osteosíntesis. Se recoge de historia clínica: edad, lateralidad, sexo, mecanismo de producción, tiempo quirúrgico, complicaciones intraoperatorias, comorbilidades al ingreso y estancia media. Del seguimiento se obtienen: dolor residual, grado de dependencia, deambulación y necesidad de reintervenciones.

Resultados: En la serie se obtiene una edad media de 81 años, predominancia de lateralidad derecha y sexo femenino. Tiempo medio quirúrgico de 48 minutos. Mecanismo de producción mayoritario caída casual. La gran mayoría de los pacientes asocia comorbilidades. Estancia media 6,5 días. Más de la mitad de los pacientes son independientes. La mayoría deambula con apoyo externo y presentan dolor leve residual. Destacan 4 casos de cut out y 2 pseudoartrosis que han precisado reintervención.

Comentarios y conclusiones: El enclavado endomedular con PFN-A es una excelente técnica quirúrgica que proporciona una solución eficaz a las fracturas de macizo trocantérico, permitiendo movilidad precoz y recuperación satisfactoria.

CC-1046. ENCLAVADO EXPANDIBLE EN FRACTURAS DIAFISARIAS DE HÚMERO. RESULTADOS EN UNA SERIE DE PACIENTES

B. Arribas Sanz, J.J. Sáez Picó, A. García López, P. Sebastián Giraldo, A. Aroca Cabezas, R. Navarro Ortiz, F. Paulos Dos Santos y F.J. Martínez López

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción y objetivos: La fracturas diafisarias de húmero en adultos se benefician del tratamiento quirúrgico ya que permiten obtener movilización precoz del miembro superior. El enclavado de huesos largos, busca disminuir la vía de abordaje, tiempo operatorio y pérdida de sangre en el paciente. Entre los múltiples tipos que existen, ha comenzado a utilizarse en los últimos años un nuevo modelo de clavo expandible, que permite aumentar su diámetro tras ser introducido en el hueso.

Material y método: Se trata de un estudio retrospectivo, donde se procede a la revisión de una serie de 30 pacientes de 70 años de media, con fractura humeral aguda, intervenidos mediante enclavado humeral tipo "Fixion" en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General Universitario de Alicante.

Resultados: Se analizan las diferentes características de la muestra, proceso quirúrgico y resultados radiológicos, clínicos y funcionales, así como complicaciones que presentaron los pacientes tras un seguimiento medio de 16 meses.

Comentarios y conclusiones: Aunque nuestra experiencia es limitada, hemos observado que la técnica quirúrgica del enclavado expandible es sencilla, rápida y poco invasiva, permitiendo una adecuada estabilización de la fractura si la indicación es correcta.

CC-1047. EL CLAVO RETRÓGRADO EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS SUPRAINTERCONDÍLEAS DE FÉMUR. NUESTRA EXPERIENCIA

C. Hernández Galera, P. de Lucas y Cadenas, M.C. Sanz Pascual, A. Beano Aragón, H. Gómez Santos, T. del Olmo Hernández, J.C. Gutiérrez Gómez y J. Sánchez Rúas

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas supraintercondíleas de fémur, suponen un reto para el cirujano ortopédico. Clásicamente asociadas a numerosas complicaciones. Se han empleado numerosos métodos de tratamiento y siendo aun un tema controvertido la elección entre reducción abierta y fijación interna y el enclavado intramedular. La osteosíntesis con clavo intramedular retrógrado ofrece las ventajas de ser una técnica cerrada, abordaje fácilmente accesible, menor lesión de partes blandas y menor riesgo de infección. El objetivo de esta revisión es demostrar nuestra experiencia en el tratamiento de estas fracturas con esta técnica.

Material y método: Se revisaron 19 pacientes con fracturas de tercio distal de fémur que se trataron con clavo retrógrado T2-SCN en este hospital entre los años 2006 al 2011. De los cuales eran mujeres y 4 hombres. Presentaron una edad media de 70 años y un tiempo medio de seguimiento de 18 meses. Se ha utilizado la clasificación AO/OTA. Se registró el tiempo quirúrgico, la estancia media hospitalaria, tiempo de descarga después de la cirugía, número de semanas necesarias para la consolidación clínica y radiológica, presencia a largo plazo del dolor en la rodilla, arco de flexo-extensión de rodilla después de la curación de fracturas y grado de independencia al caminar.

Resultados: Se revisaron 12 fracturas extraarticulares tipo A-1, 3 extraarticulares tipo A-2 y 4 intraarticulares tipo C-1. El tiempo medio quirúrgico fue de 60 min y la estancia media hospitalaria de 14 días. El tiempo medio de consolidación clínica fue de 12 semanas y radiológica de 16 semanas. Se autorizó la carga aproximadamente a las 6-8 semanas. El grado de independencia se evaluó de acuerdo a 3 niveles, de los cuales, 40% no se demostró ningún cambio respecto a la situación previa a la fractura, 50% precisó ayuda externa (tipo andador o bastón) tras la cirugía y el 10% no pudo volver a caminar. Después de la consolidación completa se evidenciaron un rango medio de movimiento de la rodilla de 102° para flexión y un déficit de extensión de 3°. De los 19 pacientes el 79% no presentó dolor residual de rodilla.

Comentarios y conclusiones: Todos los paciente revisados presentaban importante patología concomitante. Esta técnica reduce el tiempo quirúrgico, la estancia media hospitalaria, menor agresión de partes blandas con una mejor evolución posterior y reduce las complicaciones clínicas en comparación con otros métodos. El comienzo del movimiento pasivo de la rodilla y la carga sobre la extremidad no son diferentes que en cirugía abierta. En pacientes con fractura alrededor de artroplastia total de rodilla, no hay espacio para una placa y en pacientes obesos, la reducción abierta y la fijación interna necesita un abordaje quirúrgico amplio con gran potencial de lesión de partes blandas. En estos casos esta técnica permite un mejor acceso, control de los fragmentos y menos agresión a los tejidos circundantes. Consigue una buena estabilidad con menos agresión a los tejidos blandos. Por lo tanto el clavo retrógrado encuentra sus principales indicaciones, cuando concurren: ASA elevado, obesidad, secuelas neurológicas, politrauma (rodilla flotante), fracturas periprotésicas de cadera o rodilla., paciente anciano con hueso osteoporótico y pluripatología.

CC-1048. ENCLAVADO RETRÓGRADO EN FRACTURAS DE FÉMUR DISTAL. NUESTRA EXPERIENCIA

C. Moreno Verdulla, A. Ávila Dietz, R. Corena Caro y F. Aguiar García

Hospital de la Axarquía. Málaga.

Introducción y objetivos: Evaluación de la aplicación del clavo retrógrado en pacientes con fracturas de fémur distal.

Material y método: Revisión de 11 pacientes intervenidos entre marzo de 2009 y julio de 2011 de fractura de fémur distal mediante enclavado retrógrado bloqueado. El cien por cien casos eran mujeres, con una edad media de 68 años (rango de edad entre 28 y 83 años). El 100% de las fracturas fueron cerradas, 3 de las fracturas periprotésicas de rodilla, 7 fracturas de tercio distal de fémur extraarticulares y una fractura supraintercondílea de fémur. El tiempo medio de estancia preoperatoria fue de 4,8 días (rango 1-28 días). Se empleó técnica de reducción abierta con evasión rotuliana en 7 casos y abordaje transtendinoso rotuliano en 4 casos. El seguimiento clínico y radiológico realizado osciló entre 3 años y 9 meses, mediante estudio radiológico (consolidación y medición de deformidades angulares y disimetrías) y funcional asistido mediante escala de Sanders al final del proceso de seguimiento.

Resultados: 10 de las 11 fracturas consolidaron en un tiempo medio de 24,4 semanas (rango 16-48 semanas), una de ellas ausencia de consolidación. No se registró ninguna complicación postoperatoria infecciosa ni trombótica. 2 casos necesitaron transfusión sanguínea postoperatoria. El rango de movimiento entre 100-125° de flexión se obtuvo en 7 pacientes, de 90-99° en 3 pacientes y menos de 90° en 1 paciente. 6 casos con acortamiento femoral (9 mm-15 mm), deformidad en varo 2 pacientes y angulación posterior en 4 casos (3 entre 5-10° y 1 entre 10-20°). El resultado funcional en base a escala de Sanders fue de 5 resultados buenos, 5 casos regular y 1 caso resultado funcional pobre.

Comentarios y conclusiones: El enclavado retrógrado femoral es una técnica quirúrgica útil en especial en pacientes mayores y en fracturas periprotésicas de rodilla (anatómicas), con resultados funcionales aceptables en relación a situación funcional previa.

CC-1049. ANÁLISIS DEL MANEJO Y LA EVOLUCIÓN DE LAS FRACTURAS EXTRACAPSULARES DE FÉMUR PROXIMAL EN EL PACIENTE MUY ANCIANO (> 85 AÑOS). ESTUDIO RETROSPECTIVO DESCRIPTIVO

J. Ojeda Díaz, I. Jiménez Pina, E. García Prieto, C. Vicario Espinoza y R. Box Gómez

Hospital Nuestra Señora del Prado. Toledo.

Introducción y objetivos: La fractura extracapsular de fémur proximal (FEFP) en el paciente muy anciano (> 85 años) es una patología creciente. Existen escasos datos específicos en la literatura acerca de los problemas pre y postquirúrgicos relacionados con este grupo de pacientes. El objetivo es describir nuestra experiencia en pacientes > 85 años que han sufrido una FEFP.

Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes > 85 años que sufrieron una FEFP en 2010. Se recogieron variables pre y postquirúrgicas, y de seguimiento. Se utilizó el programa SPSS18 para el análisis de los datos.

Resultados: De los 67 pacientes incluidos en el estudio 46 (68,7%) fueron mujeres. La edad media fue de 89,5 años. Hubo 50 fracturas pertrocantéreas y 17 persubtrocantéreas. Un 26,9% tomaban medicación que retrasó la fecha de la cirugía. Se encontró una media de 2 enfermedades de base importantes por paciente. Un 15% no deambulaba antes de sufrir la FEFP. Dos fallecieron antes de ser operados. La estancia hospitalaria (EH) prequirúrgica media fue de 3,12 (0-11). El enclavado intramedular fue el tratamiento en todos los casos, salvo en tres. Se registraron complicaciones graves en un 25,4%. La EH postquirúrgica media fue 6,76 (3-20) y la total fue 9,76 días (1-24). 73,1% volvieron a un estado funcional similar al previo. La mortalidad al año fue de un 32,8%.

Comentarios y conclusiones: Las FEFP en estos pacientes y su tratamiento quirúrgico tienen una elevada tasa de complicaciones y mortalidad. A pesar de los resultados encontrados en estos pacientes pensamos que el tratamiento quirúrgico es el de elección.

CC-1050. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON PLACAS DE BLOQUEO EN FRACTURAS EPIFISOMETAFISARIAS DISTALES DE FÉMUR EN ADULTOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

J. Pérez Martínez, J. Barceló Bañuls, T. Ros Ample, L.E. Hernández Castillejo y D. Ruz Picazo

CHUA Albacete.

Introducción y objetivos: Las fracturas distales de fémur suponen un reto para el traumatólogo, son fracturas de difícil tratamiento con un porcentaje importante de complicaciones y secuelas. Analizamos nuestra experiencia en el tratamiento de fracturas de fémur mediante el uso de placas bloqueadas.

Material y método: Estudio retrospectivo de historias clínicas de 22 pacientes adultos diagnosticados de fractura distal de fémur y tratados quirúrgicamente en nuestro hospital. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, tratamiento con una placa bloqueada y seguimiento mínimo de 9 meses. Recogida de datos en un formulario tipo incluyendo: demográficos, tipo de fractura según la AO, lesiones asociadas, ASA, injerto o suplementos óseos y complicaciones postoperatorias. Se valoró el tiempo de consolidación, reintervenciones y funcionalidad final.

Resultados: Estas fracturas son más frecuentes en varones menores de 55 años y mujeres mayores de 55 años. Corresponden a lesiones de alta y baja energía respectivamente. Los subtipos AO predominantes son A1 y C. Casi el 30% de los pacientes presentaron problemas de consolidación y rigidez. La necesidad de reintervención se correlacionó con el tipo de la fractura y la edad.

Comentarios y conclusiones: Encontramos un comportamiento bimodal de las fracturas según edad y sexo. Tenemos mayor tasa de complicaciones que en la bibliografía de referencia. La necesidad de la reintervención por retraso en la consolidación o deformidad se relaciona con el tipo C de fractura. Consideramos importante el aporte de injerto óseo de forma precoz.

CC-1051. TRATAMIENTO DE FRACTURAS PERICLAVO DE FÉMUR

J. Quintana Plaza, V. Guimerá García, M. Aroca Peinado, V. Rodríguez Vega, A. Jorge Mora, P. Caba Doussoux y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: El tratamiento de las fracturas pertrocantéreas mediante clavos trocantéricos es cada vez más frecuente. Estos enfermos tienen una probabilidad alta de sufrir una nueva caída. En estos casos si se produce una fractura de fémur suele ser a través o distal a la punta del clavo trocantérico. El tratamiento de esta nueva fractura supone un reto para el cirujano ortopédico. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados con varios tipos de tratamiento.

Material y método: Estudio retrospectivo de una serie de casos. Se recogen aquellos enfermos que cumplan los siguientes criterios de inclusión: haber tenido una fractura pertrocantérea tratada mediante clavo trocantérico, esta fractura pertrocantérea deben estar consolidada, y sufren una fractura de fémur a través o distal a la punta del clavo. Se analizan los ingresos en nuestro centro en el período 2003-2012 (enero a abril). La metodología de evaluación fue la presencia o no de consolidación de la fractura, la mortalidad y las complicaciones asociadas.

Resultados: Los resultados obtenidos fueron diversos, desde fallos en la osteosíntesis clavos estándar, de placa LISS o con clavo trocantérico largo, a retraso en la consolidación de la fractura, y en algún caso mortalidad intrahospitalaria.

Comentarios y conclusiones: La prevalencia de las fracturas periclavo es muy baja. Los resultados en el tratamiento dependen de la estabilidad en la osteosíntesis obtenida.

CC-1052. UTILIZACIÓN DEL DISPOSITIVO TAYLOR SPATIAL FRAME (TSF) EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DE TIBIA PROXIMAL POR MECANISMO DE ALTA ENERGÍA

L. García Lamas, B. Bravo Giménez, P. Caba Doussoux, M.A. Mellado Romero, A.M. Martín Fuentes, J.L. León Baltasar y C. Resines Erasun

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: Describir nuestra experiencia en el uso del dispositivo TSF como tratamiento inicial de fracturas de tibia proximal por mecanismo alta energía.

Material y método: Se realizó una revisión retrospectiva de los resultados obtenidos en el tratamiento de las fracturas proximales de tibia por alta energía tratadas en nuestro centro con dispositivo TSF desde 2008 hasta julio de 2010. Las fracturas se clasificaron siguiendo la clasificación de AO y Gustilo. Se recogieron datos demográficos, etiología e índice de gravedad.

Resultados: Durante el periodo de estudio 6 pacientes con fracturas proximales de tibia fueron tratados inicialmente con fijador circular tipo TSF. Se encontró un caso de fractura extraarticular tipo 41 A3 y 5 casos de fracturas con afectación intrararticular tipo 41 C3. Tres pacientes presentaron fractura abierta tipo III de Gustilo. El mecanismo de lesión más frecuente fue el accidente de tráfico. (2 atropellos y un accidente de motocicleta) seguido por precipitación en dos casos. La media de edad es de 37 años (18-51). El NISS medio es de 16,83 (10-24). Se precisaron colgajos en 2 pacientes. En cinco de los seis casos se consiguió consolidación de la fractura con dispositivo TSF. La media de tiempo con el dispositivo ha sido 202 días (135-386). Se produjeron complicaciones en 5 de los 6 pacientes: 4 infecciones (1 herida y 3 trayecto pines), 2 parálisis del nervio ciático poplíteo externo (1 completamente recuperada y 1 recuperada de forma parcial) y 1 pseudoartrosis.

Comentarios y conclusiones: El dispositivo tipo TSF es una alternativa en el tratamiento de fracturas de tibia proximal por mecanismo de alta energía con gran lesión de partes blandas. En nuestra serie ha permitido obtener la consolidación con buena alineación en un porcentaje muy elevado de los casos sin infecciones profundas. Aunque se asocia a un importante número de complicaciones la mayoría son de carácter leve asociadas a infección de fichas o agujas del fijador externo.

CC-1053. FRACTURAS SUCESIVAS DE FÉMUR PROXIMAL

M. Besalduch Balaguer, J. de Caso Rodríguez, M.C. Pulido García, C. Álvarez Gómez, A. Millán Billi y P. de la Dehesa Cueto Felgueroso

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: La incidencia de fracturas de fémur proximal se ha incrementado recientemente, debido al aumento de la expectativa de vida. Consecuentemente se ha elevado el número de fracturas sucesivas de cadera contralateral. Numerosos estudios determinan que el tratamiento de la osteoporosis disminuye el riesgo de fractura, pero su prescripción es baja. Otros trabajos refieren que algunos fármacos que actúan a nivel de sistema nervioso central (SNC) aumentan el riesgo de caída.

Material y método: Revisamos las fracturas de fémur proximal ingresadas en nuestro centro desde septiembre 2009 a junio 2011, seleccionando aquellos con antecedente fractura de cadera contralateral. Se registró: sexo, tipo de fractura y fijación en cada evento, intervalo de tiempo entre las fracturas, realización de tratamiento farmacológico que actuara sobre SNC o tratamiento para la osteoporosis y mortalidad después de la segunda fractura. Seguimiento mínimo de 7 meses.

Resultados: De 1.030 ingresos por fractura de fémur proximal. 104 presentaron una contralateral, siendo 84 mujeres. La edad media de la primera fractura fue de 82,34 y de la segunda 86,4. La mediana entre

fracturas fue 23 meses (rango 1-193), ocurriendo un 73% antes de los 48 meses. Un 27% realizaba tratamiento para la osteoporosis tras la primera fractura y un 50% con fármacos relacionados con el SNC. La mortalidad a los 6 meses de la segunda fractura fue del 12%.

Comentarios y conclusiones: La incidencia fue del 10% (similar a lo publicado en la literatura). La mitad de los pacientes, realizaba tratamiento con psicotrópicos, considerados por algunos autores como factores de riesgo de caída. Hemos evidenciado una mayor adherencia al tratamiento para la osteoporosis que la reflejada en la literatura. La morbilidad de este tipo de fracturas sobre población anciana es importante. Se debería continuar esta línea de investigación para demostrar la relación entre fármacos del SNC y el aumento de caídas.

CC-1054. RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS DE TERCIO MEDIO DE CLAVÍCULA

N. Trigo Bermúdez, P. Aparicio García, A. Álvarez Mateo, D. Schafrayzan y E. Cruz Olivé

Hospital de Granollers. Barcelona.

Introducción y objetivos: Las fracturas de clavícula representan entre el 2,6 al 4% del total de fracturas y el 44% de todas la lesiones de la cintura escapular. Numerosas publicaciones hacen referencia al desplazamiento y acortamiento de la clavícula como responsable de una mayor discapacidad funcional. El objetivo de nuestro trabajo es describir los resultados funcionales de los pacientes intervenidos por fractura de clavícula, así como las variaciones morfométricas radiológicas en relación con el tratamiento realizado (placas de localización específica versus placas de compresión dinámica).

Material y método: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro por fracturas de tercio medio de clavícula entre abril 2009 y marzo 2011. Se evaluaron los datos demográficos referentes al paciente, mecanismo de lesión, el tratamiento quirúrgico realizado, las complicaciones, así como los resultados funcionales y radiológicos.

Resultados: Se revisaron 42 pacientes con fractura de tercio medio de clavícula intervenidos en nuestro centro en el periodo de estudio. 38 hombres y 4 mujeres con una edad media de 34,8 años y con seguimiento medio de 8,5 meses. Según clasificación Allman 25 clavículas fueron tipo IB y 17 IC. 21 pacientes fueron intervenidos mediante osteosíntesis con placa DCP (Orbimed®) y 21 con placa de localización específica LC-DCP (Acumed®). En 11 de los casos se asociaron a lesiones concomitantes. En 13 casos el material de osteosíntesis tuvo que ser retirado, en la actualidad 14 pacientes están en lista de espera quirúrgica por dicho motivo. En cuanto a las complicaciones se objetivaron 2 casos de pseudoartrosis, 2 dehiscencias de herida quirúrgica y un paciente precisó reintervención por deformidad plástica de la placa.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las fracturas de tercio medio de clavícula mediante osteosíntesis con placa constituye una opción válida en el arsenal terapéutico desde este tipo de fracturas. Nuestro estudio mostró resultados clínicos y radiológicos satisfactorios en los pacientes intervenidos independientemente del tipo de placa utilizada.

CC-1055. FRACTURA DE ASTRÁGALO: RESULTADOS FUNCIONALES

Z. González Fernández, J. Cabrera Rosendo, A. Falcón Sánchez, A.I. Leal Robles, J.F. Domínguez Bermúdez, J. Romero Fernández y P. Cañedo Martín

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Introducción y objetivos: Las características anatómicas del astrágalo comprometen la vascularización de la cabeza tras una fractura.

Además, el cuerpo forma parte crucial de la mortaja tibio-peroneo-astragalina. Por ello, estas fracturas son una lesión seria. El tratamiento puede ser ortopédico para las fracturas no desplazadas o mediante reducción cerrada o abierta y fijación interna en los casos de fracturas desplazadas, conminutas e inestables. El pronóstico está determinado por la gravedad de la lesión y la calidad de la fijación interna. Aún así el riesgo de necrosis avascular y artrosis postraumática es muy elevado.

Material y método: En este estudio se revisan las fracturas de astrágalo atendidas en nuestro servicio entre los años 2000 y 2010. Se determina en estos pacientes el estado funcional mediante la escala AOFAS y la presencia de artrosis postraumática en estudio radiológico simple considerando el tipo de fractura según Hawkins, la presencia o no de fractura en el cuerpo astragalino y el tratamiento realizado.

Resultados: Se recogen 14 pacientes en total de los cuales 3 son extranjeros en seguimiento en su país de origen y 4 historias están pendientes de envío desde el archivo central por antigüedad. De los 7 pacientes restantes: dos presentaron fractura tipo II de Hawkins y fueron se les realizó osteosíntesis con tornillos y agujas de Kirschner respectivamente; tres presentaron fractura tipo III de Hawkins, dos de ellos fueron tratados con los métodos del grupo anterior y el tercero se trató de forma ortopédica ante la negativa del paciente hacia el tratamiento quirúrgico; un paciente presentó una fractura-luxación compleja cerrada que se trató de forma ortopédica y un paciente presentó fractura-luxación abierta tratada mediante osteosíntesis con tornillos.

Comentarios y conclusiones: No se aporta más información ya que están pendientes de la revisión específica para este estudio.

TUMORES (CC-1056-CC-1131)

CC-1056. MEGAPRÓTESIS EN EL TRATAMIENTO DEL TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES. NUESTRA EXPERIENCIA

A. Godoy Montijano, F. Fernández Serrano, J.E. Eugenio Díaz y J.L. Martínez Montes

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes (TCG) supone el 20% de los tumores óseos benignos. El tratamiento estándar es el curetaje más injerto/cementación o la resección en bloque con o sin reconstrucción con injerto en las recidivas y casos más agresivos. En algunas ocasiones es necesaria la reconstrucción con megaprótesis. Presentamos los resultados de 5 casos intervenidos en nuestro hospital.

Material y método: Se presentan 5 casos de TCG grado III intervenidos con megaprótesis modulares, cuatro en fémur distal y uno en tibia proximal. En tres de ellos la artroplastia se realiza como primera cirugía, en otro de ellos tras recidiva de cirugía previa y en el último por aflojamiento aséptico de prótesis tumoral a medida previa. En todos los casos se confirmó el diagnóstico mediante biopsia previa.

Resultados: Tres de los pacientes presentan muy buena evolución y movilidad de la rodilla. La paciente con el tumor en tibia proximal presenta leve limitación de la extensión activa. En otro caso se produce una rigidez de rodilla en los primeros meses de postoperatorio que precisa nueva cirugía para artroplastia abierta tras lo cual evoluciona favorablemente.

Comentarios y conclusiones: En los casos de TCG con fracturas asociadas y en los que el legrado y/o reconstrucción con injerto no se

puede realizar, la artroplastia con los nuevos modelos de prótesis modular es una solución eficaz que proporciona un buen resultado funcional.

CC-1057. FIBROMATOSIS NO OSIFICANTE MÚLTIPLE Y SÍNDROME DE JAFFÉ-CAMPANACCI. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

A. Godoy Montijano, A. Morales Villaescusa, D.M. Pérez Romero, J.I. Eugenio Díaz y F. Fernández Serrano

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: El fibroma óseo no osificante es una lesión ósea frecuente que suele cursar de manera asintomática y en la mayoría de los casos no requiere tratamiento. En raras ocasiones se presenta dentro del síndrome de Jaffé-Campanacci, en el que se encuentran fibromas no osificantes múltiples acompañados de manchas cutáneas como las que se observan en la neurofibromatosis tipo I. Se presentan los datos clínicos y radiológicos de dos casos.

Material y método: Presentamos dos casos clínicos de fibromas no osificantes múltiples en extremidades en dos varones de 16 años. Ambos pacientes son diagnosticados de manera casual tras estudio radiológico por traumatismos banales y no refieren sintomatología alguna. En uno de los casos además se observan manchas café con leche por lo que se diagnostica de síndrome de Jaffé-Campanacci.

Resultados: Ambos pacientes continúan asintomáticos y radiológicamente no se han producido cambios durante los dos años del seguimiento, por lo que no han precisado tratamiento por nuestra parte.

Comentarios y conclusiones: La fibromatosis no osificante múltiple en algunos casos se asocia a manchas cutáneas, conformando el síndrome de Jaffé-Campanacci, de rara presentación. En principio se debe realizar observación de los pacientes, reservando el tratamiento quirúrgico sólo para los casos en los que se presente dolor o riesgo de fractura patológica.

CC-1058. ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN OSTEOLASTOMA Y CONDROBLASTOMA: UNA ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA

A. Godoy Montijano, L. Guzmán Álvarez, F. Fernández Serrano, M.M. Castellano García, J.I. Eugenio Díaz y F. Ruiz Santiago

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Clásicamente el tratamiento de los osteoblastomas y condroblastomas ha sido el legrado de la lesión más aporte de injerto. En muchos casos estos pacientes son niños con esqueleto inmaduro y la cirugía puede conllevar complicaciones iatrogénicas. La ablación termal por radiofrecuencia guiada por imagen es una técnica poco invasiva y de presencia creciente en el tratamiento de los tumores musculoesqueléticos. En esta técnica el calor producido a nivel local por la radiofrecuencia causa destrucción dirigida del tejido tumoral. En este estudio hemos revisado los resultados de cuatro casos en los que se ha realizado dicha ablación.

Material y método: Se presentan dos casos de condroblastoma en epífisis distal y proximal de fémur respectivamente y dos de osteoblastoma en fémur proximal en pacientes con edades comprendidas entre 16 meses y 20 años. En todos los casos se realiza biopsia que confirma la lesión y se realiza ablación por radiofrecuencia guiada por TAC.

Resultados: La evolución clínica y radiológica en los cuatro casos es buena sin signos de recidiva durante el seguimiento (2 meses-2 años).

Comentarios y conclusiones: La ablación por radiofrecuencia de los condroblastomas y osteoblastomas debe ser considerada como alternativa a la cirugía en algunos casos y como un tratamiento poco invasivo y muy eficaz. Esta técnica puede permitir una destrucción controlada del tumor evitando daños iatrogénicos como la lesión del cartilago de crecimiento en niños.

CC-1059. TRATAMIENTO DEL HEMANGIOMA INTRAMUSCULAR MEDIANTE ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

A. Godoy Montijano, M.M. Castellano García, J.I. Eugenio Díaz, F. Fernández Serrano, L. Guzmán Álvarez y F. Ruiz Santiago

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: La ablación termal por radiofrecuencia guiada por imagen es una técnica que ha tomado cada vez más relevancia en el tratamiento de los tumores musculoesqueléticos. Utiliza el calor generado por la radiofrecuencia para coagular y destruir el tejido tumoral. Nuestro objetivo es revisar los resultados de tres casos de hemangiomas intramusculares en los que se ha realizado dicha ablación.

Material y método: Se presentan los casos de tres mujeres de 33, 15 y 22 años con hemangiomas intramusculares en vasto lateral en el primer caso y en vasto interno en los otros dos. En las tres pacientes se confirma la lesión mediante biopsia. Se realiza ablación por radiofrecuencia guiada por ecografía en los dos primeros casos y por TAC en el tercero, con ablación termal en modo resistencia durante 4 minutos en cada lesión.

Resultados: La evolución clínica y radiológica en los tres casos es buena, persistiendo sólo en uno de los casos un pequeño resto tumoral en el control por TAC que no presenta correlación clínica.

Comentarios y conclusiones: La ablación por radiofrecuencia de los hemangiomas musculares debe ser considerada como una alternativa a la cirugía en algunos casos y como un tratamiento altamente eficaz y con poca agresividad y morbilidad.

CC-1060. QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO CERVICAL, VARIANTE SÓLIDA

A. Escandón Rodríguez, M.A. Sandoval García, S. Iglesias Fernández y D. Hernández Vaquero

Hospital San Agustín. Asturias.

Introducción y objetivos: El quiste óseo aneurismático (QOA) típico es una lesión expansible del hueso, erosiva, que se presenta en los primeros años de vida. La localización más frecuente es la metáfisis de huesos largos, aunque puede afectar a vértebras. El aspecto radiográfico del QOA es una formación quística rápidamente expansiva del hueso que se acompaña de severo adelgazamiento de la cortical. La variante sólida es infrecuente habiéndose comunicado en la literatura mundial sólo 15 casos localizados en la columna vertebral y únicamente 6 en la región cervical.

Material y método: Una paciente de 10 años de edad acude a consulta refiriendo dolor e impotencia funcional en la región cervical baja, escápula derecha e irradiación por cara anterior del brazo hasta el codo, de tres meses de evolución, junto con rigidez vertebral cervical con flexión del tronco en desviación derecha, parestesias en brazo derecho e hiporreflexia tricipital derecha. Las pruebas de imagen muestran pérdida de altura en cuerpo vertebral de C7, con lesión expansiva y lítica en elementos posteriores. Extensa masa de partes blandas paraespinal derecha y epidural, que estenosa el agujero de conjunción C6-C7 y C7-D1. Se practica una biopsia compatible con una lesión fibro-ósea benigna orientándose al diagnóstico hacia un tipo especial de quiste óseo aneurismático denominado variante sólida.

Resultados: Con esta sospecha diagnóstica se realizó embolización vascular prequirúrgica, observándose a las 3 semanas mediante RM ausencia de disminución del volumen de la tumoración, por lo que precisó resección y estabilización quirúrgica mediante artrodesis instrumentada C6-C7.

Comentarios y conclusiones: La variante sólida de un QOA debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de toda lesión expansiva y/o destructiva de la columna vertebral. La resonancia magnética con

gadolinio ayuda a distinguir el QOA típico del sólido. Es recomendable la resección quirúrgica más completa posible, con fijación estable, para disminuir posibles complicaciones.

CC-1061. ALTERNATIVA TERAPÉUTICA CON OSTEOSÍNTESIS MEDIANTE METAL TRABECULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA DE CUELLO FEMORAL

A.D. Jover Mendiola, J. Sous Sánchez, C.E. Cobo Cervantes, M.T. Was, W. Lachowicz y J.A. Velasco Medina

Hospital de Torrevieja. Alicante.

Introducción y objetivos: La displasia fibrosa es una patología benigna rara que afecta el tejido óseo por remplazo del tejido óseo por tejido fibroso. No hay suficiente literatura que describa una técnica quirúrgica mínima invasiva estandarizada para su tratamiento.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 43 años, con antecedentes de una lesión lítica en cuello femoral, compatible con un foco de displasia fibrosa monostótica. Describimos el procedimiento quirúrgico que se realizó para el curetaje con ulterior relleno de la cavidad mediante aporte de aloinjerto óseo y fijación interna con un implante de metal trabecular para el tratamiento de la osteonecrosis avascular de cabeza femoral.

Resultados: Hay escasa bibliografía que unifique y valide una opción terapéutica. En el cuello femoral no sólo es suficiente con un curetaje y relleno óseo dadas las cargas fisiológicas a las que está sometido el fémur. Cuando la lesión es de dimensiones mayores, destruye el sistema trabecular de carga del fémur proximal. Una opción terapéutica es la implantación, sumado al curetaje y un aporte óseo, de una fijación interna de osteosíntesis para aportar mayor estabilidad, resistencia y biocompatibilidad.

Comentarios y conclusiones: Consideramos que el uso del sistema ON ROD, consistente en un implante de metal trabecular, en combinación con aporte óseo mineralizado alogénico, permite una solución terapéutica mínima invasiva con propiedades biomecánicas similares al hueso, y que permite una carga fisiológica temprana. Puede retrasar la necesidad de una artroplastia de cadera, y con ello complicaciones posteriores en pacientes de mayor exigencia médico-quirúrgica.

CC-1062. ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA CON MUTARS® ATTACHMENT TUBE EN SARCOMA DE EWING

B. Sobrón Caminero, M. Martín Gómez, C. Igualada Blázquez, P. Martín Maroto, O. Arroyo Riaño, J.A. Calvo Haro y A. Villa García

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: La cirugía tradicional de sarcoma de Ewing en fémur proximal, con resección amplia del bloque óseo y las partes blandas circundantes, provoca una importante discapacidad funcional. El implante de mallas tipo "MUTARS® attachment tube" en torno al vástago permite la reinserción tendinosa y una reconstrucción de los grupos musculares más próxima a la anatómica. Describimos un caso diagnosticado y tratado en nuestro centro con dicho implante.

Material y método: Mujer de 15 años sin antecedentes médicos de interés que consulta por dolor brusco e intenso en muslo izquierdo de 1 día evolución. Tras realizar los estudios de imagen e histológicos es diagnosticada de sarcoma de Ewing de fémur proximal izquierdo. El tratamiento consistió en la resección amplia del fémur proximal con radioterapia intraoperatoria, artroplastia parcial de cadera Mega-C® y reinserción de los grupos musculares a una malla biológica tipo "MUTARS® attachment tube", quimioterapia y rehabilitación postoperatoria.

Resultados: Tras 8 meses de seguimiento presenta un rango de movilidad activo de cadera casi completo con balance muscular 5/5 excepto para el glúteo medio, realiza apoyo monopodal izquierdo estable y es independiente para las actividades básicas de la vida.

Comentarios y conclusiones: Los resultados obtenidos en el presente caso tras la utilización de la malla “MUTARS® attachment tube” sugieren que puede ser útil para mejorar el pronóstico funcional de pacientes sometidos a una resección amplia y posterior protetización.

CC-1063. SCHWANNOMA SACRO COMO CAUSA DE LUMBOCIATLALGIA

C. Argüelles Rodríguez, S. Antón García, J.A. Diánez Raimúndez, R. Iglesias Pañeda, J.A. Martínez Álvarez, A. Gadañón García, E. López-Anglada Fernández y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Dentro del grupo de los tumores retroperitoneales, los schwannomas afectan a las vainas nerviosas, suponiendo los tumores primarios espinales más frecuentes de este tipo. Suelen ser solitarios aunque pueden ser múltiples en la neurofibromatosis tipo II. Aparecen normalmente en la cuarta década de la vida y su descubrimiento suele ser tardío, cuando el tamaño del tumor ya es considerable. Esto es debido a la clínica insidiosa y dispar que producen.

Material y método: Presentamos una paciente de 32 años que acudió a la consulta por lumbociatralgia irradiada a la pierna derecha de meses de evolución. En la resonancia magnética se objetivó una masa presacra en relación con las raíces S1-S2, compatible con un schwannoma. Se realizó una resección amplia mediante una sacrectomía parcial, empleando una vía transilíaca de Judet para disponer de un mejor acceso al ala sacra derecha. Fue necesaria una osteosíntesis de la pala ilíaca con una placa atornillada, añadiéndose dos tornillos de compresión a nivel de la articulación sacroilíaca.

Resultados: El estudio histológico e inmunohistoquímico (proteína S-100) confirmó el diagnóstico de schwannoma. Los márgenes de resección resultaron libres del tumor. Tras la cirugía la paciente refería disestesias en la pantorrilla derecha. En las revisiones posteriores mejoró hasta encontrarse asintomática.

Comentarios y conclusiones: El cordoma es el tumor primario más frecuente del sacro. Pero si se observa un tumor de las vainas sinoviales en esta región debemos pensar en un schwannoma. Se trata de un tumor raro y de clínica silente, por lo que su hallazgo suele ser casual tras solicitar una resonancia magnética o una tomografía computerizada. Su forma benigna es más frecuente y es característica la positividad para la proteína S-100. La resección con márgenes libres es fundamental para conseguir una buena evolución.

CC-1064. ENCONDROMA EN FÉMUR PROXIMAL

C. Jiménez Salanova, S. González González, T. Beteta Robles, S. González González, A. Guijarro Valtueña, B.C. Zorzo Godes, A. Ortega Briones y A. Moreno Velasco

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Introducción y objetivos: Los encondromas de localización en epífisis proximal de fémur tienen una baja frecuencia. Se trata de lesiones benignas pero que precisan de un estudio y un seguimiento cercano a causa de su localización yuxtarticulada, lo cual los hace más sintomáticos. Es necesario realizar un adecuado estudio mediante pruebas de imagen para establecer el diagnóstico diferencial con otros tumores y lesiones pseudotumorales. Sobre todo supone un desafío, tanto en el aspecto radiológico como histopatológico, el diagnóstico diferencial con el condrosarcoma de bajo grado. El tratamiento de estas lesiones más recomendado es el quirúrgico, ya que el crecimiento progresivo de la lesión puede tener una extensión articular y/o incluso producir fracturas patológicas a dicho nivel a causa de la pérdida ósea. Normalmente se opta por el curetaje del mismo con aporte de injerto, asociando o no un sistema de fijación complementaria para evitar el colapso de la misma. **Objetivos:** presentar, aportando abundante iconografía, distintos casos de encondroma de localización en fémur

proximal, así como distintas opciones terapéuticas y su posterior seguimiento.

Material y método: Se presentan dos casos de pacientes tratados en nuestro servicio: Caso 1: mujer de 37 años. En seguimiento por quiste óseo en cabeza femoral izquierda durante 5 años en otro centro. Se ha detectado crecimiento del mismo con aumento de dolor y sensación de roce con la deambulación (explorada la paciente presenta cadera en resorte ipsilateral). TAC: se confirma la existencia de lesión focal en la región anterior del cuello femoral izquierdo. Se trata una lesión con un margen escleroso bien definido de tipo geográfico IA, lobulado. La lesión muestra baja densidad con áreas internas de mineralización de tipo condral. Los hallazgos sugieren encondroma. Gammagrafía ósea: Lesión única en cabeza femoral izquierda. Procedimiento quirúrgico: Abordaje anterior (Watson-Jones). Osteotomía con apertura de ventana en cuello femoral, curetaje de tumor y relleno con factores de crecimiento y autoinjerto de cresta ilíaca. Colocación de dos tornillos canulados de 7,5 mm. Z-plastia fascia lata. Caso 2: varón 52 años. Remitido a nuestras consultas tras hallazgo casual de lesión quística en región intertrocanterea de fémur derecho. TAC: Lesión focal de bordes esclerosos en región intertrocanterea de fémur derecho compatible con encondroma. Gammagrafía ósea: lesión única en tercio proximal de fémur derecho. Procedimiento quirúrgico: abordaje lateral directo transvasto externo, curetaje de lesión, relleno con injerto autólogo de cresta ilíaca ipsilateral y aporte de factores de crecimiento. Fijación con tornillo placa compresión.

Resultados: Caso 1: 3 años poscirugía. Refiere molestias ocasionales en zona inguinal y región trocanterea. Balance articular completo. Anatomía patológica: fragmentos de cartilago hialino sin atipia y sin evidencia de infiltración ósea. Concordante con condroma (encondroma). Caso 2: 4 años de seguimiento: paciente asintomático. Anatomía patológica: fragmentos de cartilago hialino sin atipia y sin evidencia de infiltración ósea. Concordante con condroma (encondroma).

Comentarios y conclusiones: Existe controversia si la indicación de cirugía para este tipo de lesiones diagnosticadas por distintas pruebas complementarias sería solo la toma de muestras para estudio anatómopatológico o añadir la fijación de la lesión quística en prevención de posible fracturas patológicas. En nuestro caso decidimos la osteosíntesis una vez informado el paciente.

CC-1065. RESECCIÓN EXTRAARTICULAR DE RODILLA CON PRESERVACIÓN DE APARATO EXTENSOR EN OSTEOSARCOMA DE FÉMUR DISTAL

D. Barastegui Fernández, R. Vélez Villa, S. Barrera Ochoa, P. Martínez Grau, D. Masvidal Sanz, M. Aguirre Canyadell, J. Nardi Vilardaga y E. Càceres Palou

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La presencia o invasión de la rodilla por un sarcoma óseo es extremadamente rara, no obstante, representa un reto para el equipo quirúrgico. La resección completa de la articulación es necesaria si se objetiva una invasión del espacio articular, siendo imprescindible la resección extrarticular si el objetivo es la resección del tumor en bloque con la intención de salvar la extremidad.

Material y método: Mujer de 14a que presenta osteosarcoma a nivel de metáfisis femoral distal. En el estudio con resonancia se detectó que la masa tumoral saltaba la fisis distal del fémur y a través de la inserción del LCA infiltraba la articulación. Debido a la respuesta a la quimioterapia y la intención de una cirugía curativa (salvamento de la extremidad), se decidió una resección en bloque de la masa junto a la cápsula articular de la rodilla, con osteotomía extrarticular patelar y tibial, manteniendo los márgenes de seguridad, realizando posteriormente la reconstrucción de la rodilla con una megaprotésis tumoral OSS Biomet®.

Resultados: Para la exéresis en bloque de la lesión se desinsirió la pata anserina a nivel medial y los gastrocnemios posteriormente, manteniendo la inserción del bíceps femoral junto con los ligamentos colaterales, realizando la osteotomía tibial por encima de la TTA. En cara anterior se realizó una osteotomía patelar preservando el aparato extensor. El curso postoperatorio fue correcto aunque a los 10 días de la cirugía la paciente presentó una zona de sufrimiento cutáneo a nivel medial de tercio medio de herida (cono de biopsia) que produjo una dehiscencia de la herida de 8 cm que requirió curas con terapia de vacío y colgajo microquirúrgico de dorsal ancho por parte del equipo de cirugía plástica.

Comentarios y conclusiones: La resección extrarticular es una técnica quirúrgica válida en propuesta de salvamento de extremidad para la exéresis de sarcomas que tenemos sospecha o confirmación de invasión articular de la rodilla. Debido al contexto del paciente y la agresividad de la técnica, ésta no está exenta de complicaciones que pueden requerir un abordaje multidisciplinar.

CC-1066. DOLOR CRÓNICO Y FIEBRE EN PACIENTE CON LESIÓN ÓSEA EN TIBIA PROXIMAL IZQUIERDA

E. Cárdenas Grande, M.L. Vizoso Pérez, J. Garrido Gómez y J. Parra Ruiz

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: Displasia fibrosa monostótica: se trata de una anomalía de la formación de hueso, resultante de la sustitución por tejido fibroso. Se da con mayor frecuencia en la segunda década de la vida, con afectación predominante de huesos largos, fémur, tibia y costillas, aunque el sitio habitual es el extremo proximal del fémur. El tratamiento consiste en resección de la zona y sustitución por injerto de hueso.

Material y método: Presentamos un paciente de 17 años con dolor intenso de carácter inflamatorio en región proximal de tibia izquierda, y episodios de fiebre nocturna. Se realiza estudio radiográfico, donde se encuentra lesión insuflante, con patrón geográfico y reacción perióstica intensa que se ubica en la región metafisaria proximal de la tibia. Derivado a la Unidad de tumores e infecciones del aparato locomotor de nuestro centro por sospecha de osteomielitis crónica, habiéndose realizado dos secuestrectomías en otro centro. Tras la realización de pruebas de imagen complementarias descarta que se trate de un tumor maligno. Tras la biopsia en dos ocasiones, que se informa como reacción fibrosa sin atipias se decide la cirugía de resección.

Resultados: Se realiza la resección completa de la masa tumoral con intención curativa dejando un margen de 1.5 cm alrededor de la lesión. Se consigue realizar la exéresis en bloque de la lesión. Tras la resección se realiza la reconstrucción tibial con auto y heteroinjerto corticoesponjoso que se fija con dos tornillos de cortical. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de displasia fibrosa. El estudio microbiológico complementado con técnicas de biología molecular descartó un proceso infeccioso a nivel óseo local.

Comentarios y conclusiones: Ante un paciente con dolor óseo de carácter inflamatorio y crónico que se asocia a fiebre debemos realizar un diagnóstico diferencial que incluya procesos tumorales primarios o secundarios a nivel óseo y procesos infecciosos que afectan al hueso, fundamentalmente osteomielitis. Dentro de las lesiones tumorales primarias se podrían ubicar las lesiones pseudotumorales, que se comportan como tumores benignos desde un punto de vista histológico pero que pueden emular a tumores malignos agresivos o procesos infecciosos localizados en el hueso (diafisitis). Aunque determinadas lesiones óseas, como la que se presenta en este caso clínico no sea frecuente, debemos de tenerlas en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico diferencial y planificación terapéutica. En el caso de este paciente, clasificado como portador de osteomielitis crónica durante

más de 4 años, se realizó una cirugía curativa y en este momento presenta una remisión completa de los síntomas de dolor local. La presencia de signos y síntomas de déficit motor y sensitivo y el dolor crónico del paciente junto a los hallazgos de anatomía patológica encontrados en el hueso se llegó al diagnóstico de enfermedad de Erdheim-Chester.

CC-1067. RECONSTRUCCIÓN DE LA CINTURA ESCAPULAR MEDIANTE PRÓTESIS DE ESCÁPULA. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Aranda Romero, I. Sánchez del Campo y D. Pérez Aguilar

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La escápula es una localización infrecuente para la aparición de tumores primarios y metástasis. Los tumores más comunes de escápula son el sarcoma de Ewing, el condrosarcoma, y los tumores metastásicos. Las alternativas a la prótesis de escápula son la amputación y la escapulectomía dejando el miembro suspendido de los tejidos blandos. Presentamos un caso de un paciente con un tumor de escápula tratado mediante prótesis constreñida.

Material y método: Se trata de un varón de 49 años sin antecedentes personales que presentaba dolor intermitente de hombro derecho de 2 años de evolución. La exploración física revelaba la existencia de una limitación funcional leve así como una masa en cara posterolateral del hombro de unos 15 x 18 cm. La RMN mostraba una gran masa que afectaba a deltoides, infraespinoso, redondo mayor y menor, y porción larga del bíceps así como la cabeza y cuello humerales y articulación glenohumeral. La biopsia fue informada como fibrosarcoma de grado intermedio y el estudio de extensión negativo. Se aplicó el protocolo de tratamiento de sarcomas de partes blandas de nuestro centro realizando radioterapia preoperatoria, resección tipo VI de Malawer y radioterapia intraoperatoria, seguido de reconstrucción con prótesis de escápula y radioterapia postoperatoria.

Resultados: Se le colocó una férula de abducción durante 4 semanas. El estudio AP de la pieza quirúrgica mostraba un fibrosarcoma de grado intermedio sin bordes de resección afectos. Durante el seguimiento no se han presentado complicaciones ni metástasis locales ni a distancia. El paciente presentaba una movilidad a los 6 meses postoperatorios de 70° de abducción, rotación interna en T7 y rotación externa de 5-10°.

Comentarios y conclusiones: En definitiva, la reconstrucción de la cintura escapular con prótesis de escápula es un procedimiento reciente, con pocos casos y resultados comunicados en la literatura. No obstante, muestran una mejoría funcional y cosmética con respecto a procedimientos reconstructivos más tradicionales. La inestabilidad se puede evitar utilizando prótesis constreñidas.

CC-1068. CIRUGÍA RADIOGUIADA CON SEMILLA DE I125 PARA RECIDIVA DE UN CONDROSARCOMA DE ILÍACO

F. Aranda Romero, I. Sánchez del Campo y D. Pérez Aguilar

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: La cirugía radioguiada se ha mostrado como una alternativa segura y efectiva en el manejo diagnóstico de la patología oncológica. Esta técnica puede ser útil en casos seleccionados donde la lesión tumoral puede ser difícil de localizar intraoperatoriamente debido a sus reducidas dimensiones o a una localización anatómica de acceso complejo. Este proceso permite realizar resecciones más reducidas disminuyendo la morbilidad quirúrgica. El uso de esta técnica se ha popularizado para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la cirugía oncológica de la mama, sin embargo existen pocos datos en la literatura sobre el uso de esta técnica en el campo de los tumores musculoesqueléticos.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 59 años con enfermedad de Ollier y recidiva de un condrosarcoma iliaco en el que se realizó una exéresis radioguiada de la lesión mediante la ayuda de un marcaje con una semilla de I135. Con ayuda del servicio de radiología se procede a la localización mediante TAC y a su marcado con una semilla de I135. En el estudio tomográfico se informaba de la lesión tumoral a nivel del compartimento glúteo en vecindad a la pala iliaca derecha de 25 mm de diámetro. En el quirófano se procede a la comprobación con la sonda del lugar de máxima captación, y a la escisión radioguiada de la lesión comprobando que en los márgenes de la misma no existe radioactividad.

Resultados: En el control postquirúrgico con gammacámara portátil se evidencia la presencia de la semilla en la pieza, centrada y alejada de los bordes. Posteriormente se confirma en el estudio AP la existencia de un condrosarcoma de bajo grado, constituido por tejido cartilaginoso, en cuyo interior se localiza la semilla, y cuyos bordes están libres de tumor.

Comentarios y conclusiones: La cirugía radioguiada se mostró como una técnica efectiva para la localización intraoperatoria de un tumor musculoesquelético, siendo recomendable su uso en casos seleccionados de lesiones de pequeño tamaño y difícil acceso anatómico.

CC-1069. TRATAMIENTO DE TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES RECIDIVANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

F.J. Carrillo Piñero, J.P. Puertas García-Sandoval, A. Valcárcel Díaz, J. Martínez Ros, S. García Hortelano, J. Moreno Fernández, R. Rodríguez Martínez y J.A. Calatayud Mora

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes o también llamado osteoclastoma, debido a su alto contenido en células gigantes multinucleadas de tipo osteoclástico, se caracteriza por ser etiológicamente benigno pero de comportamiento agresivo, localizándose en las epífisis de los huesos largos y si no se detecta de forma temprana o bien recidiva puede provocar la destrucción de la articulación. Su máxima frecuencia es entre los 15-30 años. Se caracteriza por clínica latente aunque puede debutar con dolor y en un 5-10% con fracturas patológicas. Presentamos un caso de tumor de células gigantes recidivante en mano.

Material y método: Paciente de 36 años que acude a consulta por tumoración mano izquierda. En la exploración física se observa masa en cara dorsal de mano izquierda, región quinto metacarpo, sin eritema ni aumento de temperatura. Dolor a la palpación en dicha región así como a la movilidad activa y pasiva las cuales se encuentran muy limitadas. Exploración neurovascular distal normal. El estudio radiológico muestra una lesión bien definida en extremo medio distal de diáfisis de quinto metacarpo, radiolúcida, de aspecto lítico y multiloculada. El paciente es intervenido realizando curetaje de la lesión y tomando una muestra, de la cual el estudio anatomopatológico da como resultado Tumor de células gigantes. Dos años después el paciente presenta una recidiva local, el estudio radiológico se observa la misma lesión pero con un carácter más agresivo. Se interviene de nuevo realizando curetaje más relleno con cemento. Un año más tarde el paciente vuelve a presentar la misma clínica y la misma lesión radiológica. Ante este diagnóstico y teniendo presente que se trata de la segunda recidiva se interviene quirúrgicamente realizando exéresis completa tumor en bloque y reconstrucción del defecto óseo con aloinjerto criopreservado de banco de huesos. Se realiza osteosíntesis con placa de minifragmentos (Stryker®).

Resultados: El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta al segundo día postoperatorio. En la radiografía simple de control se observa el aloinjerto con osteosíntesis en correcta posición. Un año y medio tras la intervención el paciente posee movilidad completa de quinto dedo, el aloinjerto se encuentra totalmente

integrado y se ha retirado la osteosíntesis. No nueva recidiva ni clínica ni radiológica.

Comentarios y conclusiones: En el manejo del tumor de células gigantes como primera opción terapéutica, siempre que por las técnicas de imagen, se constata la no afectación de la línea articular, se debe realizar un curetaje amplio de la lesión seguido de una técnica adyuvante (fenol, crioterapia, fresado con motor de alta revolución) y posteriormente el relleno del defecto con cemento, autoinjerto o aloinjerto liofilizado o bien procedente de banco de tejidos óseos. Las distintas técnicas son igual de correctas no obstante existe actualmente una cierta tendencia al uso del cemento aunque no existen estudios comparativos que lo avalen. La resección más el injerto se reserva en casos de tumores de células gigantes con destrucción de la cortical, afectación articular, gran componente de partes blandas y recidivas múltiples.

CC-1070. MEJORA DE LA EXÉRESIS DEL OSTEOMA OSTEÓIDE MEDIANTE DETECCIÓN GAMMAGRÁFICA INTRAOPERATORIA

I. Piñol Jurado, G. Pidemunt Moli, E. Alentorn Geli, J. Cebamanos Celma, D. Valverde Villamala, C. García Fontecha, I. Roca Bielsa y L. Puig Verdie

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno de localización más frecuente en extremidades inferiores y raquis. A nivel de la muñeca es infrecuente, siendo el escafoide y el hueso grande los más representativos. En el radio distal es excepcional, encontrándose una incidencia por debajo del 1%. Clínicamente da un dolor nocturno característico que mejora con antiinflamatorios no esteroideos. A nivel de la estiloides radial puede producir una clínica similar a la tenosinovitis de DeQuervain. La exéresis quirúrgica del osteoma osteoide es compleja ya que no se puede diferenciar macroscópicamente el tejido sano del tejido patológico, siendo la exéresis incompleta la complicación más frecuente. El tratamiento quirúrgico asociado a gammagrafía intraoperatoria mejora estos resultados.

Material y método: Descripción del caso: varón de 23 años que presentaba dolor de muñeca derecha, sobre estiloides radial, de 4 meses de evolución. Presentaba dolor nocturno ocasional que mejoraba con antiinflamatorios no esteroideos. El estudio radiológico y tomográfico mostraban una tumoración ósea de radio distal derecho compatible con un nidus. La gammagrafía presentaba hipercaptación en la misma zona. Tanto la exploración clínica como los estudios de imagen realizados eran compatibles con un osteoma osteoide del radio distal.

Resultados: El paciente fue intervenido quirúrgicamente efectuándose una escisión de la tumoración ósea guiada mediante gammacámara portátil intraoperatoria previa administración de 25mCi de TC99m dos horas previas a la cirugía. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de osteoma osteoide. El seguimiento a 12 meses del tratamiento es demostrativo de la resolución clínica y de la no recidiva de la tumoración.

Comentarios y conclusiones: El osteoma osteoide del radio distal es muy infrecuente. A menudo su diagnóstico es difícil. La tomografía computarizada y la gammagrafía son las dos exploraciones complementarias más efectivas en el diagnóstico. La confirmación es anatomo-patológica. Las lesiones susceptibles de ser reseadas con la ayuda del control gammagráfico, son aquellas que tienen una buena captación del isótopo en el estudio preoperatorio. La gammagrafía puede mejorar los resultados del tratamiento quirúrgico escisional, ya que localiza y detecta intraoperatoriamente restos de tejido tumoral; delimita la zona de resección reduciendo la incidencia de exéresis incompleta manteniendo un mayor stock óseo. Por contrapartida, esta técnica aumenta el tiempo quirúrgico y

requiere de equipamiento especial y soporte del servicio de medicina nuclear.

CC-1071. FRACTURAS PATOLÓGICAS TUMORALES DEL TERCIO PROXIMAL DE FÉMUR EN EL ANCIANO. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE CRUCES

I. Lafuente Pérez, N. Hernández González, L.M. Areizaga Hernández, J. Merino Pérez, E. Rabanal Fernández y L. Zorita Urricelqui

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Las metástasis óseas son las lesiones malignas más frecuentes en el esqueleto, con una amplia diferencia en comparación con las lesiones primarias, especialmente en el paciente anciano. De los huesos largos en el esqueleto periférico, el fémur es la localización más común de metástasis, seguidas por el húmero. Algunos autores han sugerido que el fémur es más propenso a sufrir una fractura patológica que otros huesos largos. En un número considerable de series publicadas en la literatura, más de la mitad de las fracturas patológicas de huesos largos ocurrieron en el fémur proximal. Los objetivos de nuestro estudio son analizar los resultados y las complicaciones obtenidas en las fracturas de fémur proximal en pacientes mayores de 65 años, secundarias a tumores óseos primarios y metastásicas, tratadas en el Hospital de Cruces entre los años 2001 y 2010, comparándolos con la literatura publicada.

Material y método: Estudio retrospectivo de 46 pacientes, 23 hombres y 23 mujeres, con edades comprendidas entre los 65 y 91 años, que presentaron fracturas patológicas de fémur proximal, secundarias a un tumor óseo primario o a una metástasis ósea, y que fueron tratadas en nuestro Hospital.

Resultados: Dentro de los resultados obtenidos tenemos una serie de pacientes intervenidos por fractura patológica de fémur proximal, tanto secundaria a un tumor primario como a una metástasis en los que hemos estudiado características como el tratamiento recibido, en caso de ser metastásico dónde se encontraba el tumor primario, la supervivencia del paciente, si se encontraron recurrencias o la aparición de complicaciones.

Comentarios y conclusiones: En ocasiones la aparición de una fractura puede ser el primer signo para el diagnóstico de una lesión tumoral. Hay que sospechar la posibilidad de una fractura patológica ante una historia de traumatismo mínimo, o cuando existe una desproporción entre el mecanismo de producción de la fractura y su apariencia radiológica, especialmente en pacientes de edad avanzada. Las fracturas patológicas conllevan una morbilidad seria y su tratamiento, sin considerar un substrato patológico, puede incrementar la diseminación tumoral por contaminación quirúrgica de los compartimentos anatómicos adyacentes. El objetivo del tratamiento de las fracturas patológicas en la región de la cadera y tercio proximal de fémur en el anciano debe ir encaminado a una recuperación funcional precoz para conseguir la mejor calidad de vida posible del paciente.

CC-1072. METÁSTASIS PERIPROTÉSICA EN PRÓTESIS DE CADERA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

J.L. Ezagui Bentolila, X. Cabo Cabo, S. Pedrero Elsusó, J. Moranas Barrero y F. Portabella Blavia

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: El propósito de este trabajo es presentar 3 casos que presentaban metástasis periprotésica en prótesis de cadera, que se manifestaban clínicamente como prótesis de cadera dolorosa. Así mismo se revisa la literatura relacionada con dicha patología

Material y método: Revisión retrospectiva de 3 pacientes que clínicamente presentaban una prótesis de cadera dolorosa. En dos de los casos no existía antecedente de enfermedad neoplásica. El primer caso resultó una metástasis de carcinoma de mama ductal infiltrante grado II. El segundo un adenocarcinoma mucosecretor de origen primario en colon con lesiones metastásicas pulmonares bilaterales, metástasis suprarrenal bilateral, adenopatía mediastínica e iliaca y metástasis en cadera derecha y el tercer caso metástasis periprotésica por adenocarcinoma mucinoso de colon con metástasis hepática. Los pacientes siguieron un estudio gammagráfico y por TC, y biopsia para estudio anatomopatológico.

Resultados: De los tres casos revisados el primero actualmente se encuentra en tratamiento radioterápico y quimioterápico e ingresado en centro oncológico para control. El segundo sigue tratamiento paliativo actualmente, con evolución tórpida debido a la extensa afectación metastásica. El tercer caso falleció a los 9 meses del diagnóstico tras tratamiento radioterápico paliativo.

Comentarios y conclusiones: 1. Dentro de la situación clínica de prótesis de cadera dolorosa ha considerarse en el diagnóstico diferencial la patología metastásica aunque ésta es infrecuente. 2. Para el diagnóstico es necesario efectuar una biopsia ósea periprotésica. 3. El manejo de los pacientes con metástasis periprotésicas de cadera es de tipo oncológico paliativo no quirúrgico, y requiere una atención multidisciplinaria.

CC-1073. QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO EN FÉMUR DISTAL EN UN VARÓN DE 50 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.F. Muñoz González, R. Iglesias Pañeda, D. Contreras Pedraza, J.A. Diáñez Raimúndez, C. Argüelles Rodríguez, S. Antón García, J. Gosálbez García y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso clínico de un paciente de 52 años diagnosticado y tratado en nuestro centro de un quiste óseo de fémur distal. Evaluación de resultado y revisión bibliográfica de casos similares.

Material y método: Revisión de caso clínico de un paciente remitido de otro centro, diagnosticado de quiste óseo en fémur distal, de localización metafiso-diafisaria, para valorar tratamiento quirúrgico definitivo.

Resultados: Tras la confirmación histológica de la lesión, y teniendo en cuenta la extensión y la alta capacidad destructiva del quiste, se realiza resección en bloque de fémur distal y reconstrucción con aloinjerto sintetizado sobre artroplastia total de rodilla. A los 6 meses de la cirugía, en un control radiológico, se comprueba pseudoartrosis a nivel del aloinjerto, por lo que se realiza enclavado retrógrado. En el momento actual, 3 meses después, el paciente deambula con bastones ingleses.

Comentarios y conclusiones: El quiste óseo aneurismático es una lesión osteolítica, hiperplásica, hiperémica-hemorrágica, reactiva, de naturaleza y origen desconocido, poco común. En el 80% de los casos se presenta antes de los 20 años, siendo muy poco frecuente a partir de los 30. En cuanto a la localización, tiene especial predilección por los huesos largos, preferiblemente a nivel metafisario o metafiso-diafisario. El diagnóstico de confirmación viene dado por el estudio histológico y se debe realizar diagnóstico diferencial con el quiste óseo simple, el tumor de células gigantes y, más importante, con el osteosarcoma telangiectásico, que radiológicamente tiene una presentación similar. El tratamiento es esencialmente quirúrgico, debido al alto potencial destructivo del quiste. Generalmente, consiste en escisión de la pared y curetaje completo, asociado a injerto óseo. En ocasiones, como el caso que nos ocupa, la expansión de la lesión requiere resección amplia, que se complementa con aloinjerto.

CC-1074. CONDROSARCOMA PÉLVICO CON EXTENSIÓN LUMBAR

J.F. Muñoz González, S. Ramos García, C. Argüelles Rodríguez, J.A. Diáñez Raimúndez, A. Gadañón García, D. Contreras Pedraza, A. de Riva García y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un paciente remitido de otro centro por ser este de referencia, diagnosticado de condrosarcoma pélvico. Evaluación del resultado y revisión bibliográfica al respecto.

Material y método: Revisión de caso clínico de un paciente varón de 58 años, sin antecedentes de interés, que consultó por dolor en hemipelvis izquierda, de 1 año de evolución, con irradiación a miembro inferior izquierdo. Tras los estudios correspondientes, es diagnosticado de condrosarcoma desdiferenciado, con afectación de áreas I y IV y extensión hacia la columna lumbar. Remitido a nuestro centro para valorar tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se realiza resección de área I, ala sacra izquierda y apófisis transversa de L5. Estabilización de hemipelvis con instrumentación de columna modificada intraoperatoriamente, e injertos corticoesponjosos. Postoperatorio sin incidencias. En el momento actual, seguimiento ambulatorio y deambulación con ayuda de bastón.

Comentarios y conclusiones: El condrosarcoma desdiferenciado es un tipo raro de condrosarcoma de alto grado que se origina de uno de bajo grado recidivante o de una lesión benigna de cartílago. Clínicamente se comporta como un tumor maligno de alto grado, con dolor y tumefacción, aunque estas manifestaciones pueden haber estado precedidas por las de un tumor benigno o de bajo grado. El tratamiento es exclusivamente quirúrgico, lo más radical posible. El pronóstico es malo, con una supervivencia aproximada del 15% a los 5 años.

CC-1075. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GRANULOMA EOSINÓFILO EN CADERA

J.I. Eugenio Díaz, M.L. Galadí Fernández, D. Gallo Padilla y R.M. Rodríguez Espejo

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Indicar la importancia de una buena planificación terapéutica apoyada en la bibliografía para el diagnóstico y tratamiento de lesiones.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente de 9 años de edad sin antecedentes personales de interés, con dolor en cadera izquierda de varios meses de evolución. El dolor despertaba al paciente por la noche y se acompañaba de malestar general. Se realizó radiografía simple donde se observó la existencia de lesión de bordes bien definidos a nivel de cuello femoral izquierdo. Se solicitó RMN que informó de la existencia de granuloma eosinófilo en cadera izquierda. Se realizó biopsia de la lesión guiada por TAC y se envió al paciente a Oncología. Tras realizar un estudio meticuloso de extensión se concluyó que el paciente presenta una histiocitosis de células de Langerhans con lesión única en cuello femoral.

Resultados: Se hizo una búsqueda bibliográfica meticulosa sobre las distintas posibilidades terapéuticas de dicha lesión y se observó que lesiones similares desaparecían de manera espontánea sin realizar curetaje ni administrar ningún tratamiento. Los pacientes consultaron otros traumatólogos que recomendaron fehacientemente realizar tratamiento quirúrgico (curetaje y osteosíntesis de la lesión). A pesar de esto y basándonos en la bibliografía se decidió tratamiento conservador. 6 meses después del diagnóstico de la lesión la RMN informa de la desaparición total/casi total de la lesión, apreciándose sólo mínimos cambios de intensidad del canal medular en el lecho de la lesión primitiva que podrían estar en relación con cambios posbiopsia sin evidencia de edema significa-

tivo in situ o circundante. Además el paciente se encuentra asintomático y realiza una vida normal.

Comentarios y conclusiones: Indicar la importancia de una buena planificación terapéutica apoyada en la bibliografía para el diagnóstico y tratamiento de lesiones.

CC-1076. SUPERVIVENCIA TRAS EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS ÓSEAS. CUANDO DUDAS SOBRE SI MERECE LA PENA

J. Merino Pérez, L.M. Areizaga Hernández, J.I. Aurrekoetxea Argandoña, E. Rabanal Fernández, I. Ibor Ureña y C. Lozano Marín

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Las metástasis óseas representan la causa principal de fracturas patológicas en el adulto. Los avances en oncología hacen que el cirujano se vea cada vez más enfrentado a este problema. Sin embargo, muchas veces nos entran dudas sobre el futuro de nuestros pacientes a la hora de tomar actitudes más o menos agresivas en el tratamiento.

Material y método: Estudio prospectivo de todos los pacientes tratados por lesiones patológicas o fracturas secundarias a enfermedad metastásica desde enero de 2010.

Resultados: El número medio de casos tratado anualmente es de 19. La edad media de los pacientes es de 66 años, siendo dos tercios de los mismos hombres. Más de la mitad de las metástasis se han encontrado en el fémur y el 31% en húmero. El tratamiento más frecuentemente utilizado ha sido el enclavado seguido de la artroplastia. La supervivencia a los 6 meses se encuentra cercana al 65%.

Comentarios y conclusiones: Aunque es imposible predecir el futuro de los pacientes con enfermedad metastásica, ante estos porcentajes de supervivencia, parece recomendable una actitud terapéutica que permita una movilización precoz, ya que el papel del cirujano es mejorar la calidad de vida de estos pacientes, cuya duración se ha prolongado.

CC-1077. FRACTURA PERIPROTÉSICA ATÍPICA ASOCIADA A LINFOMA ÓSEO PRIMARIO DE FÉMUR

J.F. Sánchez Soler, F. Montserrat Ramón, S. Gil González, C. Gamba, J. Leal Blanquet, R. Claramunt Torres, P. Hinarejos Gómez y L. Puig Verdier

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: El linfoma óseo primario es extremadamente infrecuente, suponiendo un 5% de los tumores óseos malignos primarios y menos de 1% de los linfomas. Se trata de una neoplasia que, en más de un 80% de los casos, presenta una buena respuesta al tratamiento con quimioterapia ± radioterapia. En la literatura encontramos muy pocos casos asociados a implantes ortopédicos, sólo uno asociado a un fracaso de artroplastia total de rodilla y ninguno relacionado con fractura periprotésica. Presentamos el caso de un fracaso de protésico con fractura periimplante debido a un linfoma primario de fémur.

Material y método: Varón de 70 años, prótesis de rodilla derecha en 2007. A los 4 años inicia dolor mecánico e inflamatorio. Tras el estudio inicial radiológico y analítico se descarta infección protésica. La gammagrafía muestra una hipercaptación del cóndilo femoral interno que orienta como aflojamiento del componente femoral. Se programa para recambio en un tiempo. Acude a urgencias por dolor agudo sin traumatismo presentando una fractura periprotésica de fémur distal. En la TAC vemos osteólisis sospechosa de fractura patológica, estudio de extensión negativo. Se realiza recambio protésico con modelo cementado de fijación diafisaria, se objetiva tejido necrótico, friable y granulomatoso en fémur distal. Los cultivos resultan negativos y el

estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico revela un linfoma difuso de células grandes tipo B.

Resultados: El paciente es derivado a hematología donde se completa estudio no presentando síntomas B ni localización extraósea. Mala respuesta dos líneas de tratamiento quimioterapia. Inicia radioterapia y se consigue el control local de la lesión hasta la fecha. El nuevo implante protésico se mantiene estable y la función de la rodilla es adecuada para el tiempo de evolución.

Comentarios y conclusiones: Presentamos un caso de complicación protésica de rodilla excepcional. La posible patogénesis por estimulación de la proliferación linfocítica y agentes mutagénicos relacionados con la presencia del implante protésico que algunos autores postulan, es una línea de investigación de gran interés si existe un aumento del número de casos en el futuro.

CC-1078. SARCOMA DE EWING EN PARTES BLANDAS DEL PRIMER DEDO DEL PIE

J.J. López Martínez, P. Puertas García-Sandoval, J.A. Calatayud Mora, A. Valcárcel Díaz, F.J. Carrillo Piñero, S. Vela Pardo, S. Illán Franco y C. Clavel Sainz

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: Con el término de sarcoma de Ewing se incluye un grupo o familia de tumores (EFT, Ewing's family of tumors) que engloba el tumor óseo de Ewing, el tumor extraóseo de Ewing, el tumor de Ewing atípico, los neuroepiteliomas periféricos o tumores neuroectodérmicos primitivos periféricos (pPNET) y el tumor de Askin. El sarcoma de Ewing es el prototipo de tumor maligno de células redondas, pequeñas y azules que afectan preferentemente al hueso, aunque también pueden afectar a partes blandas y otros órganos. Su mayor frecuencia de presentación es en la segunda década, siendo la edad media de inicio a los 14 años. Es el sexto tumor óseo primitivo en orden de frecuencia y el 1% en niños de todos los tumores malignos. De los tumores de esta familia, el sarcoma de Ewing óseo representa el 87% de los casos, el extraóseo el 8% y el PNET el 5%.

Material y método: Presentamos el caso de un escolar de 8 años, jugador de fútbol en escuela de formación de equipo profesional, que presenta dolor tras traumatismo en primer dedo de pie izquierdo que no cede durante 2 meses a pesar del reposo prolongado y los antiinflamatorios. Ante esta situación se decide realizar una radiografía simple que descarta la fractura. Una vez realizada la radiografía simple, y comparando visualmente ambos pies, se aprecia un leve aumento de tamaño en el primer dedo pie izquierdo, por lo que se decide realizar una resonancia magnética. Ante estos hallazgos, se decide realizar una biopsia percutánea en quirófano mediante tru-cut para su estudio anatomopatológico, siendo el diagnóstico resultante de sarcoma de Ewing de partes blandas de primer dedo pie izquierdo. En ese momento y tras realizar tomografía axial computarizada y gammagrafía ósea para descartar posible metástasis a distancia, se incluyó al paciente en el protocolo de quimioterapia para sarcoma de Ewing, con una disminución de tamaño tumoral del 67% a los 2 meses, siendo de $1,2 \times 1,5 \times 1$ cm (T $\times$ AP $\times$ L). Tras nuevo diagnóstico de extensión negativo, y ante la disminución parcial del volumen tumoral y el buen estado general del paciente, se decide realizar amputación completa del primer dedo pie izquierdo con tenoclis de extensor a flexor de primer dedo.

Resultados: El paciente mostró una buena funcionalidad posterior a la amputación, con reanudación de su actividad deportiva a los 6 meses de la cirugía.

Comentarios y conclusiones: El sarcoma de Ewing es por definición un tumor de alto grado, y generalmente se presenta en estadio IIB o III de Enneking, presentando casi el 25% de los enfermos enfermedad

metastásica de pulmón, hueso o médula ósea en el momento del diagnóstico. Su diagnóstico plantea dificultades en numerosas ocasiones, como en el sarcoma de Ewing extraóseo de nuestro paciente, siendo el aumento de tamaño y el dolor los síntomas de sospecha de patología neoplásica. Su pronóstico ha mejorado en gran medida desde el uso de la quimioterapia, de manera que si el tumor está localizado en un área y es menor de 8 cm el índice de supervivencia a los 5 años es superior al 80% asociando la resección completa del tumor y la quimioterapia. Para una resección completa tumoral es preciso en ocasiones realizar una cirugía oncológica agresiva como la amputación, con distintos resultados funcionales según su localización.

CC-1079. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN CÓNDILO FEMORAL

M.L. López de Dicastillo Roldán, V.E. Gómez Palacio, C. Rodríguez Alonso, B. Antón Capitan, F.M. Ramos Díez, C. Arias Nieto y J. Diáñez Raimúndez

Hospital San Pedro. Logroño.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes es una lesión frecuente dentro del grupo de tumores óseos primarios (4-10%), y de tumores óseos benignos (18-23%). Se considera tumor de células gigantes (TCG) cuando sólo es posible encontrar estas células sin un estroma determinado. Suele afectar a esqueleto maduro (20-50 años) con predominio en el sexo femenino. Típicamente es benigno y solitario. En un 1% de los casos puede haber múltiples lesiones, más frecuentemente si la localización es en manos, y pueden asociarse a enfermedad de Paget.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 37 años que acude a la consulta externa de traumatología remitido desde su médico de atención primaria para la valoración de lesión lítica expansiva en el cóndilo lateral femoral de la rodilla izquierda, como hallazgo radiológico en el contexto de una gonalgia inespecífica con inflamación progresiva de la rodilla, sin antecedentes de interés. No fiebre ni otros síntomas constitucionales, no clínica en otras articulaciones. El estudio con TAC confirma la lesión lítica metafisaria, limitada al cóndilo femoral lateral y que llega hasta zona subcondral respetando la superficie articular. Se realiza una biopsia y la histología posterior, confirma un tumor de células gigantes.

Resultados: Se planifica la intervención quirúrgica con curetaje e injerto cortico-esponjoso de banco consiguiéndose un buen relleno de la cavidad, y correcto control radiológico. El postoperatorio transcurre sin complicaciones se inicia descarga de la extremidad con movilidad activa de la rodilla, y posteriormente carga progresiva con ayuda de muletas hasta el peso total al mes de la intervención. El seguimiento durante un año en las consultas externas de traumatología ha transcurrido con buena evolución clínica y radiológica, correcto balance articular y tiene programadas sucesivas revisiones por el riesgo de recidiva de estas lesiones.

Comentarios y conclusiones: Localizaciones más frecuentes de los TCG, son: huesos largos de EEII (rodilla), radio distal y húmero proximal. Otras pueden ser: columna, pelvis, cráneo-cara, apófisis (rótula, trocánter mayor del fémur...), manos. En la revisión de la literatura, se describe un caso excepcional de TCG en tres localizaciones en la misma rodilla (cóndilo femoral, rótula y tibia) y en un mismo paciente. Esta descrito el tratamiento de esta lesión con injerto óseo sumado a espuma de gel y cemento (técnica de sandwich) que ayuda a prevenir el colapso del cartílago articular cuando la lesión esta tan cerca de la articulación. Existen posibles complicaciones asociadas al TCG como compresiones nerviosas, fracturas patológicas, pseudoartrosis, infecciones. Además el 50% de estas lesiones pueden recidivar y el 15% llevar a una degeneración sarcomatosa, por lo que nos parece importante el seguimiento de estos pacientes.

CC-1080. CASO CLÍNICO: CONDROBLASTOMA DE CALCÁNEO ASOCIADO A QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO

M. Besalduch Balaguer, N. Arriaga Lahuerta, A. Peiró Ibáñez, L. Trullols Tarragó, M. Gómez Masdén y I. Gracia Alegría

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los condroblastomas son tumores benignos óseos infrecuentes, que raramente se localizan en el calcáneo (< 1%), ya que generalmente se encuentran en epífisis de huesos largos. Por otro lado, los quistes óseos aneurismáticos (QOA) tienen una baja incidencia y es igualmente excepcional su localización en calcáneo, siendo más frecuente en metáfisis de huesos largos y vértebras. Es conocida la asociación de estas lesiones con otras lesiones óseas como el tumor de células gigantes, el osteoblastoma y la displasia fibrosa. Nos encontramos ante un caso de un condroblastoma asociado a QOA, en una localización atípica como es el calcáneo.

Material y método: Varón de 20 años que consulta por talalgia. Se observa en la radiología simple una lesión osteolítica. La TC informa de lesión lítica en zona posteromedial de calcáneo con adelgazamiento de la cortical. La RMN objetiva una lesión ósea con múltiples cavidades líquido-líquido sugestivo de QOA. Se completa el estudio con una biopsia trefina, poco productiva, negativa para células malignas. Bajo la sospecha diagnóstica de QOA se realiza curetaje agresivo, con relleno de homoinjerto morselizado y en marquetería.

Resultados: El estudio anatomopatológico revela el diagnóstico final de condroblastoma con QOA secundario. La evolución clínica y radiológica posterior fue satisfactoria, con buena integración del injerto, sin evidencia de recidiva a los 48 meses de seguimiento.

Comentarios y conclusiones: Este caso presenta el condroblastoma en una localización atípica, asociado a QOA, característica que lo hace aún más anómalo. El diagnóstico de sospecha es por imagen. El tratamiento adecuado para las dos lesiones son el curetaje agresivo y relleno de la cavidad con injerto además de reconstrucción osteocondral de la superficie articular si se encuentra afectada. Ante el diagnóstico de QOA, se debe contemplar su asociación con otras lesiones óseas y, por tanto, biopsiar partes sólidas adyacentes a la lesión quística para obtener un diagnóstico histológico completo.

CC-1081. METÁSTASIS ÓSEA DE MELANOMA EN CALCÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. López Antón, J.P. Puertas García-Sandoval, A. Valcárcel Díaz, S. Illán Franco, F.J. Carrillo Piñero, J. Martínez Ros, J.M. Moreno Fernández y S. García Hortelano

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción y objetivos: El melanoma maligno es un cáncer cutáneo poco frecuente (4%) pero muy agresivo, que causa el 79% de las muertes por cáncer de piel. La tasa de incidencia se ha duplicado en los últimos 40 años. Las manifestaciones clínicas de la metástasis ósea de este melanoma son graves, como dolor incoercible y en ocasiones incluso manifestaciones sistémicas. Este cáncer provoca lesiones líticas en los huesos afectados, con participación de la médula ósea. Para el diagnóstico de sospecha son útiles la radiografía simple convencional y la gammagrafía simple. El objetivo del tratamiento de la metástasis ósea del melanoma maligno es la estabilización ortopédica del hueso y el control del dolor.

Material y método: Mujer de 29 años diagnosticada de melanoma en dorso de pie izquierdo, que es intervenida realizándose resección e injerto cutáneo (dermatoplastia de hombro). Dos semanas después, es necesario ampliar la resección por afectación de los bordes quirúrgicos, siendo la biopsia del ganglio centinela positiva. Se realiza linfadenectomía inguinal izquierda, y durante un mes es tratada con QMT adyuvante. 6 meses después se produce una recidiva local, que es resecada nuevamente y tratada con QMT adyuvante (Melfalan, TNF e

hipertermia). Un año después del diagnóstico se evidencia lesión lítica en Rx simple compatible con metástasis ósea en calcáneo izquierdo, que es confirmada mediante biopsia. Se realiza nueva cirugía, resecando la lesión metastásica en calcáneo, aportando aloinjerto y artrodesando las articulaciones subastragalina y calcáneo-cuboidea.

Resultados: 6 meses después de la intervención la radiología simple muestra una buena incorporación del aloinjerto óseo, buena estabilidad y notable mejoría del dolor.

Comentarios y conclusiones: El melanoma maligno metastatiza con poca frecuencia a hueso, y cuando ocurre es señal de un estadio muy avanzado de la enfermedad. El 80% de las metástasis óseas del melanoma maligno se localizan en esqueleto axial, columna vertebral, costillas, pelvis y cráneo. Este melanoma es una de las neoplasias más comunes en los pies, y puede metastatizar hacia los huesos adyacentes. El objetivo terapéutico es conseguir una estabilización ósea para evitar la producción de fracturas patológicas, y un mejor control del dolor.

CC-1082. FRACTURA INTRAOPERATORIA EN LA CIRUGÍA DE RECAMBIO DE PRÓTESIS TUMORAL POR ROTURA DEL COMPONENTE FEMORAL DE PTR TIPO MUTARS

M. Menéndez García, J. Mondragón Rubio, M. Ercilla Oyarzábal, P. Mateo Sebastián, J. Ruiz Ruiz, I. Sancho González, D. Manrique Cuevas y J.J. López Blasco

Complejo Hospitalario de Navarra B. Pamplona.

Introducción y objetivos: Las prótesis tumorales, constituyen una gran avance en la cirugía reconstructiva de las extremidades, sin embargo, debido a su alta complejidad y demanda técnica, las intervenciones para revisión de las mismas, son un gran reto para el cirujano, y potencialmente de gran morbilidad para el paciente. Según Kinkel et al, las complicaciones de estas megaprótesis son frecuentes con una incidencia de revisión del 58%, y una supervivencia acumulada del implante del 57% a los 5 años.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente obesa de 47 años, diagnosticada de osteosarcoma parosteal de extremidad distal del fémur derecho, tratado en 2002 mediante resección del tumor y colocación de prótesis tumoral MUTARS (Modular Universal Tumor And Revision System, Implantcast, Buxtehude, Alemania) de rodilla, seguido de quimioterapia, con una evolución favorable. En 2011, ingresa por imposibilidad para la deambulación tras sentir un chasquido en la extremidad intervenida. 3 días previos al ingreso, había comenzado a sufrir dolor en tercio medio del mismo muslo. Se diagnostica entonces de rotura del componente femoral del implante, en la unión hueso-prótesis, por lo que se programa para cirugía de recambio de PTR tumoral.

Resultados: El fragmento proximal del vástago roto cementado, se encuentra altamente anclado al fémur y se extrae con muchas dificultades produciéndose una fractura intraoperatoria subtrocanterea. Dicha fractura es tratada mediante osteosíntesis con DHS de 135° de 80 mm, con placa de 6 agujeros y 3 cerclajes. Por último se reimplanta una prótesis tumoral MUTARS de iguales medidas al previo. Desde entonces la paciente ha evolucionado favorablemente, pero persiste déficit de fuerza. Dada la complejidad de la afectación de dicha extremidad, se indica marcha con bastones, evitando las bipedestaciones prolongadas y el transporte de pesos.

Comentarios y conclusiones: En la serie de Heisel et al, de 50 pacientes intervenidos por tumores óseos con el sistema MUTARS describe una tasa del 22% de aflojamiento aséptico, del 12% de infecciones profundas, y del 10% de luxación, sin registrar ninguna rotura en la unión hueso-vástago. De todas formas, esta complicación es posible, y el riesgo de fracturas periprotésicas intraoperatorias, durante el recambio del vástago, aumenta la morbilidad y dificulta la evolución favorable del paciente.

CC-1083. OSTEONCONDROMA DEL TOBILLO AFECTANDO LA ARTICULACIÓN TIBIO-PERONEA DISTAL. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

O.A. Guerra Álvarez, J.L. Guevara Matamoros, A. Saldaña Díaz, S. Sánchez Herráez y L. Ramos Pascua

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: El osteoncondroma es el tumor óseo benigno más frecuente y su diagnóstico es fácil con datos clínicos y un estudio radiográfico simple. En el tobillo y el pie, sin embargo, son poco frecuentes. La incidencia real es de muy difícil cálculo, ya que en un porcentaje elevado de pacientes son asintomáticos. Su tratamiento, de cualquier forma, es quirúrgico cuando el paciente refiere dolor o incomodidad, crecimiento del tumor o importante deformidad.

Material y método: Caso 1: paciente mujer de 57 años de edad sin antecedentes patológicos de interés que refiere dolor mecánico y tumoración en el tobillo derecho desde hace años, sin antecedente traumático. A la exploración física no se observan anomalías a la inspección, objetivándose molestias-dolor a la palpación de la cara anterior de la sindesmosis. La movilidad tibio-tarsiana y subastragalina, así como la exploración neurovascular distal, fueron normales. El estudio radiográfico simple puso de manifiesto una imagen excrescente en la articulación tibio-peronea distal, con halo escleroso en la vertiente tibial, sin signos de agresividad radiológica. La TC confirmó el diagnóstico de osteoncondroma sesil implantado en la cara articular peroneal de la articulación tibio-peronea distal, con algún signo degenerativo intraarticular. Se realizó resección marginal en bloque del tumor por un abordaje antero-lateral, desinsertando la sindesmosis del peroné, que luego sería reinsertada con túneles transóseos. Caso 2: paciente mujer de 73 años de edad sin antecedentes patológicos de interés que consulta por molestias mecánicas en el tobillo. La exploración física fue anodina, presentando en el estudio radiográfico y TC un osteoncondroma sesil implantado en la metafisis distal de la tibia que improntaba y deformaba el peroné. Se realizó resección marginal en bloque del tumor por abordaje directo antero-lateral.

Resultados: El postoperatorio en ambos pacientes discurrió sin incidentes. Después de 2 y 3 años de seguimiento, respectivamente, ambas pacientes refirieron encontrarse mejor que antes de la intervención, una de ellas con molestias residuales que tolera sin necesidad de tomar analgésicos. La exploración física fue normal y el estudio radiológico no reveló recidivas de la tumoración, inestabilidad ni otros hallazgos patológicos de interés.

Comentarios y conclusiones: El máximo respeto y la reconstrucción de la sindesmosis en osteoncondromas sintomáticos que afectan a la articulación tibioperonea distal parece fundamental para conseguir un buen resultado funcional.

CC-1084. COSTILLA BÍFIDA. ENTIDAD HABITUALMENTE BANAL QUE PODRÍA CONFUNDIRSE CON UN TUMOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

O.A. Guerra Álvarez, P. Casas Ramos, A. Álvarez Castro, M. Suárez Huerta, L. Ramos Pascua, J. Díez Romero, R. Marcos Mesa y J. Betegón Nicolás

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: El diagnóstico diferencial radiológico de un tumor óseo incluye patologías no tumorales de muy diferente naturaleza. Las malformaciones congénitas serían un grupo de ellas. Su conocimiento evitaría errores cognitivos que podrían derivar en tratamientos inadecuados y en intranquilidad innecesaria para el paciente y su familia. Los principales procesos patológicos óseos que pueden observarse en una radiografía de tórax incluyen displasias congénitas,

enfermedades inflamatorias e infecciosas, traumatismos y neoplasias. El origen óseo se sospecha cuando se observa una interfase nítida con el pulmón, expansión y/o destrucción del hueso, calcificaciones u orientación de la lesión en el trayecto costal. La costilla bífida es la deformidad congénita costal más frecuente y se ha de interpretar como una variante anatómica de la normalidad, aunque puede presentarse en síndromes como el de Gorlin o el de Klippel-Feil. Se estima que se presenta en el 0,6% de la población y se caracteriza por una duplicidad del arco anterior de una costilla, sin repercusión clínica ni, habitualmente, mayor trascendencia que la de poder confundirse con otra entidad.

Material y método: Paciente varón de 6 años de edad sin antecedentes de interés remitido a la Unidad de Tumores Músculo-Esqueléticos de nuestro Hospital por sospecha de tumor costal a raíz de una radiografía practicada por un traumatismo banal. La madre del paciente refiere que se percató de la tumoración 2 años antes, atribuyéndola a una caída de la bicicleta, y que no ha crecido ni le duele desde entonces. A la exploración física se observaba y palpaba una tumoración dura y no dolorosa a nivel de la 6ª costilla izquierda, siendo el resto de la exploración normal. Con la sospecha de un osteoma o de un callo de fractura solicitamos una gammagrafía ósea con fines fundamentalmente académicos, observando una alteración de la morfología normal de la quinta costilla, con una bifurcación en su porción más anterior y captación normal que permitió el diagnóstico definitivo de costilla bífida.

Resultados: Se informó a la familia de la entidad y el paciente fue dado de alta para seguimiento por su pediatra, no constándonos, 2 años después de la consulta en nuestra Unidad, de incidencias evolutivas.

Comentarios y conclusiones: El conocimiento de la costilla bífida como entidad banal en la mayoría de las ocasiones es fundamental para evitar exploraciones complementarias o gestos terapéuticos innecesarios.

CC-1085. EFECTO DE UN INHIBIDOR SELECTIVO DE LA COX-2 SOBRE EL DOLOR PRODUCIDO EN EL OSTEOMA OSTEÓIDE

P. Carpintero Benítez, R. Carpintero Lluch, J.A. Serrano Trenas, P. López Castro, F. León Vaquero y P. Serrano Lázaro

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: La característica clínica más relevante del osteoma osteoide es el dolor, que está relacionado con la secreción de COX-2. Este dolor suele mejorar con la administración de AINES. Nos propusimos ver la respuesta del dolor en este tipo de tumor con la administración de un inhibidor selectivo de la COX-2 (etoricoxib).

Material y método: Se ha realizado un estudio prospectivo en 19 pacientes diagnosticados de osteoma osteoide, los cuales habían tomado previamente AINES convencionales. Todos fueron tratados con 90 mg de etoricoxib, y el dolor evaluado mediante EVA, asimismo se investigaron los posibles cambios del tratamiento en la captación gammagráfica.

Resultados: Todos los pacientes notaron una mejoría del dolor a la semana de tomar el inhibidor selectivo de la COX-2 respecto a cuando eran tratados con AINES convencionales. Al mes de iniciar el tratamiento, el dolor nocturno según la medición con la escala visual analógica el dolor nocturno pasó de $1,78 \pm 0,76$ a $0,79 \pm 0,36$, y el dolor diurno pasó de $1,40 \pm 0,90$ a $0,45 \pm 0,42$. En seis pacientes que rechazaron el tratamiento quirúrgico, el estudio gammagráfico se normalizó a los seis meses, aunque persistía un dolor más atenuado.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento con etoricoxib del dolor producido por el osteoma osteoide, es más efectivo que con AINES convencionales, y puede ser el tratamiento definitivo en aquellos pacientes que rechazan o que está contraindicado el tratamiento quirúrgico.

CC-1086. OSTEOMAS OSTEOIDES DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FÉMUR. TRATAMIENTO CON TERMOABLACIÓN DEL NIDUS

R. Marcos Mesa, L.J. Díez Romero, S. Sánchez Herráez, J.A. Santos Sánchez, V. Valderrábano y L.R. Ramos Pascua

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno relativamente frecuente. El 25-40% de ellos se localiza en el extremo proximal del fémur, causando dolor y diferentes grados de impotencia funcional, además de exponer a trastornos de la fisis, cambios crónicos de remodelación ósea (ensanchamiento y acortamiento del cuello femoral o reducción de la altura epifisaria) y artrosis. La termoablación del nidus con ondas de radiofrecuencia es un procedimiento eficaz con poca morbilidad frente a la clásica resección en bloque. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia con la técnica en los casos de asiento en la cadera.

Material y método: Hemos revisado 5 pacientes con osteomas osteoides del extremo proximal del fémur tratados en los Servicios de COT del Hospital Clínico Universitario de Salamanca (3 casos) y en el Hospital Universitario de León (2 casos) mediante termoablación del nidus con ondas de radiofrecuencia guiados por TC y ecografía. Tres fueron mujeres y dos, hombres, con edades comprendidas entre 15 y 24 años de edad. Todas se trataron con la técnica referida, describiéndose ésta y cada caso en particular, así como el resultado de aquélla después de un tiempo medio de seguimiento de 7,4 años (14-1 año).

Resultados: Todos los pacientes fueron dados de alta al día siguiente de la termoablación, caminando sin bastones y sin dolor; y no se registró ninguna complicación. En la actualidad, todos se mantienen asintomáticos, realizan una vida rigurosamente normal, sin ninguna limitación, y no ha habido recidivas del tumor.

Comentarios y conclusiones: La termoablación del nidus con ondas de radiofrecuencia guiada por T.A.C. es la técnica de elección en el tratamiento de osteomas osteoides del extremo proximal del fémur, pudiéndose guiar la técnica por ecografía en manos expertas (facilitándola y acortando el tiempo de exposición a radiaciones ionizantes).

CC-1087. CONDROSARCOMA DE PELVIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Iglesias Pañeda, J.F. Muñoz González, J.A. Diánez Raimúndez, C. Argüelles Rodríguez, S. Ramos García, D. Bertrand Álvarez y A. Braña Vigil

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso clínico de un paciente con condrosarcoma de pelvis. El objetivo es valorar la actitud terapéutica a seguir y que grado de influencia tiene en el pronóstico el diagnóstico anatomopatológico y la localización de la masa tumoral.

Material y método: Paciente varón, con un cuadro clínico de 3 meses de evolución, consistente en dolor en ingle izquierda y edema en miembro inferior izquierdo. En la exploración física, se observa una tumoración en pliegue inguinal izquierdo, sensible a la presión y a la movilización pasiva de la cadera. Como pruebas complementarias, se realiza eco Doppler, un estudio radiográfico simple y un TC pélvico, observándose una masa lítica expansiva en rama ilio-pubiana izquierda, fondo de cotilo y muro anterior, con una masa de partes blandas asociada. Se realiza biopsia de la lesión, compatible con condrosarcoma de pelvis.

Resultados: Se completan estudios de extensión, y se decide realizar tratamiento quirúrgico consistente en la resección de las áreas II-III de hemipelvis izquierda y reconstrucción con prótesis tipo Cornet. El diagnóstico histológico postoperatorio es el de condrosarcoma pélvico grado II. El paciente presenta una evolución posquirúrgica favorable, deambulando con uso de dos bastones ingleses. Posteriormente, se detecta inestabilidad de la prótesis de reconstrucción asociada a luxa-

ción, por lo que se requirió una nueva intervención implantándose un cotilo constreñido. Actualmente, se encuentra deambulando y sin evidencia de recidiva de la enfermedad.

Comentarios y conclusiones: El condrosarcoma es un tumor frecuente entre los tumores óseos malignos primitivos; es el segundo en frecuencia después del osteosarcoma. Se observa en el adulto después de los 40 años, es de evolución lenta y poco sintomático. Las localizaciones más frecuentes son la pelvis y el fémur proximal. El tratamiento se basa en la resección quirúrgica amplia, y los factores pronósticos son el grado histológico y la calidad de la exéresis. Ningún tratamiento adyuvante ha demostrado ser eficaz.

CC-1088. RECIDIVA DE CARCINOMA ESPINOCELULAR EN BRAZO DERECHO. AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA

S. Amor Jiménez, P. Nicolás Gil, M. Hernández Torralba, F. Cebrián Córdoba, P. Sánchez Angulo y F. Albaladejo Mora

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción y objetivos: El carcinoma espinocelular es una neoplasia cutánea maligna derivada de las células de epidermis o sus anexos. Se caracteriza por lesiones vegetantes, verrugosas o ulceradas que predominan en cabeza y extremidades. Su crecimiento es rápido y puede establecer metástasis en ganglios regionales y otros órganos. Predomina en partes expuestas a la luz solar. Casi siempre aparece sobre una queratosis actínica o sobre una piel dañada por la luz solar, aunque lo puede hacer sobre piel sana. La evolución es crónica pero más rápida que la del carcinoma basocelular.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 87 años, diagnosticada de carcinoma espinocelular en brazo derecho que tras resección en bloque y radioterapia presenta recidiva local del mismo, no siendo subsidiaria de más irradiación debido a la agresividad local, la falta de respuesta al tratamiento y la sobreinfección de la lesión, por lo que se deriva a nuestro servicio para realizar una amputación reglada del miembro.

Resultados: Se practica una amputación supracondilea reglada del miembro superior derecho. La herida quirúrgica evoluciona correctamente, mejorando los parámetros analíticos derivados de la sobreinfección de la lesión.

Comentarios y conclusiones: En la mayoría de los pacientes el tratamiento es quirúrgico (escisión simple, electrodesecación y curetaje, criocirugía, cirugía de Mohs, por láser y cirugía de ganglios linfáticos). Puede utilizarse también la radioterapia superficial, y quimioterapia. El interferón se utiliza sólo en pacientes a los que no se les puede practicar otros tratamientos. Cuando la lesión se presenta en un miembro y es muy agresiva localmente, puede ser necesaria la amputación de la extremidad.

CC-1089. LESIONES TUMORALES TRATADAS MEDIANTE ESCAPULECTOMÍA

T. del Olmo Hernández, C. Justo Astorgano, C. Hernández Galera, I. Sánchez del Campo Arriola, D. Pérez Aguilar, J.C. Gutiérrez Hernández, M.C. Sanz Pascual y F. Aranda Romero

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos: El objetivo de este estudio es valorar los resultados oncológicos y funcionales de la escapulectomía para el tratamiento de los tumores de la región escapular. La escápula es la segunda localización más común de los tumores del hombro, siendo la más frecuente el húmero. La evaluación precisa mediante RMN y TAC, así como la llegada de la radioterapia y la quimioterapia han ampliado las indicaciones de la escapulectomía en unos tumores en los que la amputación era la única cirugía contemplada. A la hora de elegir entre escapulectomía parcial, total o ampliada hay que tener en cuenta la

localización, tamaño y extensión del tumor. Así y todo es una cirugía que requiere experiencia y habilidad por parte del cirujano para conseguir resultados oncológicos (eliminación del tumor y evitar recidivas) y funcionales (restaurar una buena función del hombro) válidos. Las últimas publicaciones destacan la mejora funcional y estética de la reparación tras la escapulectomía mediante prótesis escapulares tanto constreñidas como no constreñidas.

Material y método: Revisión retrospectiva de los casos intervenidos mediante escapulectomía por resección tumoral desde los años 2000 a 2011 en el servicio de Ortopedia del Adulto del Hospital Ramón y Cajal. En total 10 pacientes fueron intervenidos en este periodo, con tumoraciones a nivel escapular de diferentes categorías. El grupo de pacientes se compone de 7 mujeres y 3 varones con una edad media de 41,9 (17-71 años).

Resultados: Del total de intervenidos en 3 pacientes se realizó la sustitución de la escápula con prótesis de escápula, el resto de los casos se realizó la escapulectomía total o parcial sin reparación protésica. De éstos últimos se realizaron 3 resecciones según la técnica de Malawer tipo III y 4 resecciones Malawer tipo IV. En dos ocasiones de recibieron radioterapia intraoperatoria y en todos los casos se completó el tratamiento con quimioterapia postoperatoria. Entre los tipos de tumores que se hallaron en la anatomía patológica se encuentran: 3 tumores de Ewing, 2 metástasis tumorales (los primarios fueron un hipernefoma y un hepatocarcinoma), 4 sarcomas de partes blandas y 1 condrosarcoma de escápula.

Comentarios y conclusiones: Los resultados oncológicos en cuanto a recidiva local son buenos, sin recidivas en el momento actual. La supervivencia depende del tipo de tumor con peores resultados en las lesiones metastásicas. La recuperación funcional fue aceptable en todos los casos con un grado de satisfacción bueno de los pacientes.

CC-1090. LIPOMA GIGANTE SUPRA-INFRACLAVICULAR

V. Rico Ramírez, C. Diago Guiral, F. Corbi Aguirre, J. Roig Llopis, M. Oldrati Oldrati, A. Mora de Sambricio e I. de Miguel Herrero

Hospital de Manacor. Baleares.

Introducción y objetivos: Los lipomas representan los tumores benignos más frecuentes del organismo, pudiéndose presentar en cualquier localización. Sin embargo, las variaciones gigantes son relativamente infrecuentes y causan problemas diagnósticos con otras neoplasias benignas y malignas. Los lipomas gigantes localizados en la región supra e infraclavicular son infrecuentes.

Material y método: Se describe el caso de un varón de 56 años de edad que presentaba una masa supra e infraclavicular izquierda de 8 años de evolución que le provocaba disconfort con la laterización del cuello pero sin déficit neurovasculares. El examen clínico reveló una masa indolora, blanda y de bordes regulares que no retraía la piel. En la RMN se objetivó una masa de aproximadamente 15 × 5,6 × 5,5 cm que se extendía desde la base del cuello, a nivel retroclavicular hasta axila, mostrando íntima relación con el paquete vasculonervioso al que desplazada. Se planificó exéresis de la lesión con osteotomía de la clavícula.

Resultados: El resultado del estudio anatomopatológico fue de lipoma. En el control postoperatorio el paciente estaba asintomático y en el seguimiento a los 13 meses y a los 3 años no se detectó recidiva de la tumoración ni molestias.

Comentarios y conclusiones: Los lipomas gigantes subcutáneos que se presentan en la espalda, muslos, cuello y antebrazo han sido publicados en la literatura. La región supra e infraclavicular es una localización infrecuente para la aparición de lipomas. Nosotros no hemos encontrado ningún artículo en la literatura que redacte casos de lipomas gigantes con dicha localización, por el contrario, sí hemos encontrado un caso de liposarcoma con fractura patológica de clavícula y un caso de lipoma de células fusiformes que formaría parte del diag-

nóstico diferencial. El desplazamiento de estructuras vasculonerviosas a nuestro paciente no le causaba ninguna manifestación clínica.

CC-1091. LIPOSARCOMA DE BAJO GRADO EN MUSLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Barriendos Miguel, E. Curiá Jove, R. Jove Talavera, G. Molina Olivella, V. Altemir Martínez y J.J. Fernández Martínez

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción y objetivos: Los liposarcomas son tumores relativamente raros, propios de adultos entre 40 y 60 años, con ligera prevalencia por el sexo masculino y cuyo rasgo único limitado a éstos es su tendencia a aparecer en espacios retroperitoneales. El 50% se localizan en el muslo. Debemos sospechar malignidad ante un tamaño > 5 cm, localización profunda, consistencia firme y adhesión a estructuras subyacentes. El tratamiento, además de la cirugía incluye la radioterapia alcanzando tasas de control local del 90%. Presentamos el caso de un liposarcoma de bajo grado no tratado con radioterapia y que presento una buena evolución.

Material y método: Varón de 83 años con antecedentes personales de alergia a ciprofloxacino, y prostatectomía, que presenta tumoración en muslo derecho de años de evolución que en los últimos meses ha aumentado de tamaño, de consistencia blanda y sin adherencias a planos superficiales. La RNM mostró una tumoración de 17 × 7 × 6 cm (CC × T × AP) de estirpe lipomatosa compatible con liposarcoma de bajo grado. Se realizó extirpación quirúrgica sin incidencias, siendo el postoperatorio inmediato correcto. La anatomía patológica confirmó el liposarcoma de bajo grado. No se radió localmente al paciente por su avanzada edad y la baja agresividad anatomopatológica.

Resultados: Dos semanas después, reingresa por seroma de 20 × 10 cm precisando reintervención quirúrgica. Evolucionó tórpidamente, con cultivos positivos para *Enterobacter cloacae*. La antibioterapia fue efectiva consiguiendo la remisión del cuadro. Siguió controles en consultas externas sin presentar recidivas al año de la intervención.

Comentarios y conclusiones: En los liposarcomas de bajo grado, la asociación de edad avanzada nos puede permitir evitar la radioterapia local como terapia coadyuvante por el bajo turnover celular general de éstos pacientes. Debemos insistir en la prevención de serosas tras la extirpación de grandes masas subcutáneas mediante la aplicación de compresivo y packing durante largo tiempo.

CC-1092. OSTEOMA OSTEÓIDE. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO MEDIANTE RESECCIÓN DE LA LESIÓN Y ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA GUIADA POR TAC

B. Morales Moreno, V. Vaquerizo García, A. Aragón Olaguibel, M. García López, F. Chivato Vivanco, B. Batres Cid, A. Suárez Ratia y P. Sierra Madrid

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El osteoma osteoide representa el 12% de los tumores óseos benignos. Suele afectar a pacientes jóvenes menores de 20 años que presentan dolor que empeora por las noches y que mejora con la administración de Aspirina u otros AINEs. Se requiere la escisión completa del nidus para curar al paciente. Nuestro objetivo es presentar los resultados obtenidos en el tratamiento del osteoma osteoide mediante la combinación de la resección percutánea del tumor con la posterior ablación perilesional con radiofrecuencia guiada por TAC.

Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo de 9 pacientes (7 hombres y 2 mujeres). La edad media fue de 18 años (rango, 8-32 años). Todos presentaban criterios clínicos y radiológicos sugestivos de osteoma osteoide localizados en fémur (6), tibia (2) y metatarsiano (1). Éste último fue tratado previamente mediante cirugía abierta

7 meses antes, pero posteriormente recidivó. Bajo anestesia general o raquídea y control con TAC se localizó la lesión y se procedió a la resección percutánea del tumor con una trefina de 10 mm de diámetro obteniendo tejido suficiente para su estudio anatomopatológico. A continuación, se realizó ablación perilesional con radiofrecuencia guiada por TAC mediante ciclos de 5 minutos de duración alcanzando una temperatura de 100°.

Resultados: El tiempo medio de seguimiento fue de 21 meses (rango, 3-41). Después del tratamiento, todos los pacientes volvieron a sus actividades normales. Se observó dolor persistente en 3 pacientes que fueron controlados con AINES durante el primer año posquirúrgico. La evolución fue satisfactoria en 8 de los 9 pacientes. Se realizaron controles mediante RMN y TAC observándose un nidus activo residual en éste paciente, el cual fue tratado con una segunda cirugía mediante resección de la lesión guiada por TAC, mejorando tras la intervención. El diagnóstico histológico se confirmó en 7 de los 9 pacientes.

Comentarios y conclusiones: El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno habitualmente tratado con AINES. Aquellos pacientes que no responden al tratamiento médico o incapaces de mantener tratamiento a largo plazo con medicación, requieren la resección del tumor. Hoy en día existen numerosas técnicas percutáneas como la resección, la inyección de etanol, la crioterapia, la fotocoagulación por láser y la ablación por radiofrecuencia guiada por TAC. La combinación de resección percutánea y ablación perilesional con radiofrecuencia guiada por TAC es una técnica sencilla que proporciona muy buenos resultados clínicos con una baja tasa de complicaciones y recidivas. A su vez consigue una alta tasa de confirmación histológica del tumor.

CC-1093. CONDROSARCOMA HUMERAL Y OSTEOCONDROMA GIGANTE PREVIO

C. Ruiz Rituerto, E. Cobelo Romero, F. Mandiá Mancebo, J. González García, M. Feijoo Lorenzo, M.E. Lucas Bermejo y X. Suárez Novoa

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.

Introducción y objetivos: Se presenta un caso de condrosarcoma bien diferenciado, en un paciente de 30 años, localizado en diáfisis humeral y con el antecedente previo de osteocondroma gigante en la misma localización, resuelto nueve años antes. Se trata de abordar el planteamiento diagnóstico y terapéutico de elección para conseguir el mejor resultado funcional limitando los riesgos asociados a estas lesiones y tratando de implementar el pronóstico.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente de 30 años, con antecedentes anodinos a excepción de un osteocondroma gigante en cara anterolateral del tercio proximal del brazo izquierdo, extirpado en otro centro sanitario en 2003. Visto en consultas externas presentando bultoma en cara posterolateral del tercio proximal del brazo izquierdo. Un año de evolución, duro e inmóvil, que causa dolor en reposo que aumenta con la actividad y que ocasiona parestesias y déficit motor en territorio del nervio radial. Se realizan estudios de imagen (radiografía simple, TAC, RMN y gammagrafía ósea) que sugieren la posibilidad de que la masa pueda estar en relación con un proceso tumoral sin extensión a distancia. Se realiza también un estudio electromiográfico que confirma la alteración tanto a nivel motor como sensitivo del nervio radial. Se decide realizar una biopsia incisional, confirmándose el diagnóstico de condrosarcoma periférico bien diferenciado. Se hace la planificación quirúrgica y antes de la intervención se realiza una arteriografía en la que se procede a embolización parcial de la arteria mayor adyacente al tumor. Se opta quirúrgicamente por realizar una resección intercalar con márgenes amplios, liberación del paquete vasculonervioso humeral y del nervio radial, colocación de aloinjerto de diáfisis humeral y osteosíntesis con clavo endomedular y dos placas con tornillos.

Resultados: El postoperatorio se desarrolla sin incidencias, los controles radiográficos son satisfactorios y el resultado anatomopatológico del material remitido para estudio es el de condrosarcoma periosteal grado 2, sin afectación del canal medular y con los márgenes quirúrgicos libres de infiltración neoplásica.

Comentarios y conclusiones: El condrosarcoma es un tumor maligno de origen cartilaginoso, segundo en frecuencia entre los de tipo óseo primarios y puede presentarse de manera aislada o secundario a otros procesos como el osteocondroma o el condroblastoma. El diagnóstico se basa en la historia clínica, las pruebas de imagen y el estudio histológico. En el caso de los condrosarcomas periféricos de bajo y medio grado el tratamiento de elección es la resección quirúrgica con márgenes amplios y su pronóstico en términos de supervivencia a diez años es superior al 75%, incrementándose hasta el 90% en casos secundarios.

CC-1094. DISCUSIÓN EN TORNO AL DIAGNÓSTICO DE CONDROBLASTOMA

C. Maquieira Canosa, M.D. Mateos Pérez, F. Mesa Ramos, J.A. García Arévalo Herrero y M. Mesa Ramos

Hospital Valle de los Pedroches. Córdoba.

Introducción y objetivos: Condroblastoma: el más frecuente de los tumores óseos benignos epifisarios en adolescentes y niños. Sintomatología más habitual dolor moderado de meses de evolución cerca de una articulación. Radiológicamente imagen de radiolucencia, calcificaciones punteadas y osteolisis oval. Diagnóstico diferencial con los 3 tumores que invaden la fisis (condroblastoma, tumor células gigantes, condrosarcoma) y otras lesiones como osteonecrosis, absceso óseo y ganglión intraóseo. Diagnóstico definitivo anatomopatológico. Tratamiento de elección quirúrgico. Pronóstico bueno. Queremos hacer una llamada de atención a la existencia de éste tumor y como puede confundirse con otras lesiones.

Material y método: Varón, 14 años, dolor moderado en rodilla derecha, meses de evolución. Niega antecedente traumático y episodios de bloqueo. En Rx imagen oval radioluciente en cóndilo femoral externo, pequeño cuerpo libre intraarticular. Informe RM: en cóndilo femoral externo margen anterior, extensa área de erosión ósea, con geoda subcondral sugerente de fractura osteocondral. No edema óseo asociado. Signos de sinovitis. Valorar con antecedentes. Ante la sospecha de no tratarse de una lesión traumática ni avascular, realizamos estudio previo a la cirugía: la imagen de radiolucencia ha desaparecido y aparece cuerpo libre suprapatelar. En la intervención se encuentra lecho cartilaginoso en parte anterior de cóndilo externo y cuerpo libre, extrayéndose el mismo, legrándose el lecho y toma de biopsia. Diagnóstico anatomopatológico: condroblastoma.

Resultados: La imagen de cuerpo libre podría llevarnos al diagnóstico de fractura osteocondral si obviamos que no existe antecedente traumático. Los casos de necrosis avascular en los niños son excepcionales. A pesar de ello estos dos diagnósticos se llegaron a considerar, evidentemente obviando la historia clínica.

Comentarios y conclusiones: Aunque a posteriori parece claro el diagnóstico de condroblastoma, pretendemos evidenciar el interés de estudiar la evolución de los procesos.

CC-1095. LIPOSARCOMA EN MIEMBRO INFERIOR. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

C. Fernández Valencia Kettunen, O. Pérez Simanca, I. Martínez Melián, A. Simón Carrascal, B. Cornet Alexander, P. Muñoz Mingarro, B. Ruiz Nieto y P. Zuñil Acosta

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción y objetivos: Es el segundo tumor maligno en frecuencia de los sarcomas de partes blandas. Tiene un origen mesodérmico deri-

vado del tejido adiposo. Aparece en ambos sexos con igual frecuencia y habitualmente después de 50 años, aunque puede aparecer a cualquier edad. Suele localizarse en miembro inferior, sobre todo en el muslo. Su diagnóstico precoz es difícil ya que característicamente tienen un crecimiento lento y su única clínica suele ser la presencia de una masa, apareciendo el dolor en estadios tardíos. La radiografía simple suele ser normal. RMN no es específica, excepto para tumores bien diferenciados en los cuales se aprecia aspecto graso de la masa. Su tratamiento es la cirugía radical asociado a radioterapia y quimioterapia, cuando sea posible.

Material y método: Se presenta en este trabajo dos pacientes diagnosticados de liposarcoma bien diferenciados en miembros inferiores. Ambos pacientes habían consultado por dolor y aumento de diámetro progresivo del miembro afecto, motivo por el cual se propuso en ambos casos como diagnóstico inicial TVP, que luego fue descartada mediante ECO doppler venoso, y en el cual se evidenció como hallazgo casual una masa con densidad grasa. En la RMN realizada posteriormente se observa en ambos casos lesión profunda de partes blandas compatible con probable liposarcoma.

Resultados: Una vez confirmado el diagnóstico mediante anatomía patológica a se realiza resección del tumor, asociado posteriormente a radioterapia.

Comentarios y conclusiones: El liposarcoma es una entidad que suele diagnosticarse de forma tardía debido a la escasa sintomatología y la gran variedad de diagnósticos diferenciales posibles. Con este trabajo se insiste en el diagnóstico precoz, y así mejorar el pronóstico a través del tratamiento adecuado de la lesión.

CC-1096. TUMOR EN LA PALMA DE LA MANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Yagüe Solís, V. García Virto, M. Plata García, R. Hernández Ramajo, C. Simón Pérez y M.A. Martín Ferrero

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: Los segundos tumores de partes blandas en frecuencia en la mano son los tumores de células gigantes de la vaina tendinosa, después de los gangliones, siendo más frecuente en los tres dedos radiales y en región volar. Nuestro objetivo es presentar el caso de uno de estos tumores en cara volar de la mano que se extendía a dorsal.

Material y método: Se trata de un varón de 69 años que presenta una tumoración en la palma de la mano de 1 año de evolución, con dolor y dificultad a la flexión principalmente del tercer dedo. Las radiografías no revelaron masas óseas. La RMN revela una gran masa mamelonada de 5,2 cm × 3,4 cm × 2,7 cm, que rodea la musculatura flexora, que llega a la región dorsal y erosiona el tercer metacarpiano, no pudiendo descartar lesión maligna. Se realiza intervención de exéresis, resecando la masa al completo para su estudio, observándose la erosión e invasión del tercer metacarpiano en su región volar.

Resultados: No surgieron complicaciones en el postoperatorio inmediato de tipo neurovascular ni infeccioso, presentando buena evolución de la herida quirúrgica y partes blandas. Al mes de la intervención el paciente refiere funcionalidad completa. No se aprecia recidiva a los 4 meses. El estudio histológico confirma la existencia de un tumor de células gigantes de vaina sinovial.

Comentarios y conclusiones: El tumor de células gigantes de la vaina sinovial es un tumor firme, nodular, de crecimiento lento, de manera que probablemente está presente antes de que el paciente lo note. La invasión ósea real es rara, no es típica y puede deberse a una neoplasia más agresiva. Su tratamiento es la escisión marginal, aunque se ha publicado un riesgo de recidiva desde un 5% hasta un 50%. Esta parece deberse a lesiones satélites o escisión incompleta, aunque hay otros factores para ello, como la afectación articular o la presencia de erosión por presión radiológica, como es nuestro caso. Por el

momento no se han descrito transformaciones malignas de este tipo de tumores.

CC-1097. VERTEBRECTOMÍA EN PACIENTE CON METÁSTASIS DE LIPOSARCOMA DE CAVA

I. Méndez Mesón, F. Ordóñez Pascual, M.P. Peña Fernández, S. Bazaga Díaz, G. Azuara Dapía, R. Guijarro Guijarro, M.J. Ceinos Manzano y M.J. Gómez Cancio

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción y objetivos: Las metástasis vertebrales son una patología que está aumentando su incidencia a lo largo de los años. Se estima que en el año 2012 habrá un total 208.268 de casos nuevos de cáncer en España, de los cuales un 10% desarrollarán metástasis en la columna vertebral. El objetivo de la presentación es la presentación de un caso de vertebrectomía lumbar y la revisión de la literatura existente sobre el tratamiento de las mismas.

Material y método: Se realizó una búsqueda con los términos metástasis vertebral en inglés, español o francés de los últimos 10 años. Se seleccionaron aquellos cuyo tema principal fuera el tratamiento.

Resultados: Paciente varón de 36 años sin antecedentes de interés que acude por dolor lumbar de varios meses de evolución. Tras estudio clínico y radiológico se diagnostica de liposarcoma de cava con metástasis L4 única. Se realiza exéresis del tumor primario y vertebrectomía con fijación posterior y estabilización con caja somática anterior. Se revisaron 57 artículos de la literatura médica en la que se nos indica que para tomar la decisión terapéutica que hay que realizar en el contexto de metástasis vertebrales hay que tener en cuenta los índices de Tokuhashi y de Karnofsky que indican la condición general del paciente y la supervivencia estimada. Las técnicas pueden ser curativas o paliativas atendiendo a estos índices. Una vez tomada la decisión de realizar una exéresis de la vértebra afecta se debe evaluar la operabilidad de la metástasis mediante la clasificación de Tomita.

Comentarios y conclusiones: Las metástasis vertebrales son una patología cada vez más frecuente. Por ello hay que conocer las posibilidades terapéuticas que tenemos a nuestra disposición. La decisión de operar y el tipo de cirugía a realizar es una decisión compleja, aunque existen herramientas que nos pueden facilitar la toma de decisiones.

CC-1098. FRACTURA PERIPROTÉSICA EN PACIENTE CON SARCOMA FUSOCELULAR DE TERCIO DISTAL FÉMUR. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Badiola Vargas, S. Ferrer Perión, J.A. Camacho Chacón, B. García Martínez, I. Garrido Santamaría, C. Bejarano Lasunción, A. Aguilar Ezquerro y S. Aldabas Soriano

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Las fracturas alrededor de los implantes protésicos de rodilla son una complicación seria de los mismos y suponen un reto en la mayoría de las ocasiones, más aún si se trata de prótesis de sustitución tumoral debido a la características peculiares de este tipo de pacientes y a la mayor resección de tejidos a los que se les somete.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente diagnosticada hace 8 años en nuestro centro (H.U.M.S. de Zaragoza) de un sarcoma fusocelular del tercio distal del fémur derecho y tratado mediante resección del extremo distal del fémur y reconstrucción de la articulación con una prótesis de sustitución tumoral. Siete años más tarde sufre caída con el resultado de fractura periprotésica del tercio distal del fémur. Tras estudio con detenimiento de la fractura, es intervenida realizándose osteosíntesis con tornillo-placa DHS larga y cerclaje.

Resultados: Actualmente la paciente tiene buena calidad de vida y deambula con la ayuda de bastones.

Comentarios y conclusiones: Las fracturas alrededor de los implantes protésicos de rodilla son una complicación seria de los mismo. Independientemente del tratamiento realizado presentan importantes tasas de complicación postoperatorias. La correcta clasificación de la fractura y valoración del paciente en conjunto se hace necesario. Los tipos de implantes utilizados en la actualidad debido al concepto de modularidad hacen que el tratamiento de cada fractura requiera una planificación individualizada.

CC-1099. OSTEOSARCOMA DE TIBIA DISTAL. RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE ALOINJERTO MÁS PERONÉ IPSILATERAL

J. González Acha, L. Montes Medina, P. Esnaola Guisasola y S. Lizeaga López de Guereñu

Hospital Universitario Donostia. Guipúzcoa.

Introducción y objetivos: El osteosarcoma es el tumor primario maligno de hueso más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes siendo la rodilla su localización preferente. Las localizaciones distales son raras. Presentamos un caso de osteosarcoma de tibia distal, las alternativas de tratamiento quirúrgico y el procedimiento empleado.

Material y método: Varón de 14 años que consulta por tumefacción y dolor en tobillo izquierdo. La Rx y TAC muestran lesión blástica en metáfisis tibial distal con reacción perióstica. En RMN lesión de 38 × 10 mm que contacta con la fisis con componente de partes blandas. La biopsia informaba osteosarcoma convencional. Tras estudio de extensión negativo, se estadió como osteosarcoma IIB de Enneking. Tras quimioterapia fue intervenido mediante resección amplia y reconstrucción con aloinjerto masivo de tibia distal, artrodesis tibioastragalina, osteosíntesis con clavo intramedular retrógrado bloqueado; suplementado con trasposición de peroné ipsilateral vascularizado.

Resultados: Tras un año de seguimiento, se encuentra libre de enfermedad, consolidación completa tibioastragalina e incompleta proximal. Camina sin muletas, sin dolor, y mínima cojera. Como complicación precoz presentó necrosis cutánea en cara dorsal de herida quirúrgica de 2 × 8 cm que precisó cobertura.

Comentarios y conclusiones: La localización predilecta del osteosarcoma es la rodilla, donde el tratamiento está estandarizado, realizándose cirugía de salvamento de la extremidad en un 90-95% mediante resección amplia y reconstrucción con prótesis tumoral o alo-prótesis. Las localizaciones distales son raras (metáfisis tibia distal < 3%), el tratamiento se ve complicado por la escasa cobertura de partes blandas, siendo frecuente la amputación. Se han planteado reconstrucciones mediante aloinjerto masivo reforzado con injerto de peroné vascularizado tanto ipsi como contralateral, habiéndose conseguido disminuir el número de amputaciones. El uso de peroné vascularizado ipsilateral simplifica y acorta el tiempo quirúrgico, con similares resultados, baja tasa de complicaciones y evitando la morbilidad en la zona donante.

CC-1100. LESIÓN PSEUDOTUMORAL DE RODILLA

J. Gosálbez García, R. Iglesias Pañedo, F. Muñoz González, D. Beltrand Álvarez, A. Gadañón García, J. Martínez Álvarez, D. Bonilla Díez y A. Braña Vigil

Hospital Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Las lesiones líticas óseas producidas por depósitos de urato de sodio (tofos) son generalmente manifestaciones de la enfermedad de la gota muy evolucionada. Tras muchos años de hiperuricemia sostenida, puede sobrevenir la formación de tofos en el celular subcutáneo y articulaciones, siendo mucho menos frecuentes las intraóseas. Los tofos intraóseos pueden simular lesiones de carácter neoplásico. Suelen adoptar la forma de geodas excéntricas paraar-

ticulares sin ribete escleroso. A veces pueden presentar calcificaciones en su interior simulando un encondroma o infarto óseo y en otras ocasiones por su aspecto radiológico agresivo, es necesario establecer el diagnóstico diferencial con el condrosarcoma de células claras mediante biopsia. Con todo, las lesiones radiológicas fundamentalmente se observan en manos y pies siendo la localización patelar excepcional.

Material y método: Varón de 55 años derivado desde el médico de AP para valoración de lesión en rótula derecha. En la exploración se aprecia una leve tumefacción en parte superior de la rótula, levemente dolorosa a la presión, no adherida a la piel y con ausencia de signos inflamatorios locales ni circulación colateral. La movilidad de la rodilla es normal con molestias en últimos grados de flexión y al subir y bajar escaleras. El paciente no refiere antecedentes de artritis gotosa en dicha articulación ni otras manifestaciones clínicas propias de la enfermedad. Las radiografías ponen de manifiesto una lesión lítica en el cuadrante superoexterno en forma de "sacabocados" con imágenes de densidad cálcica en su interior.

Resultados: Como tratamiento y confirmación diagnóstica se realiza una biopsia-escisión de la lesión mediante abordaje directo, curetaje hasta hueso esponjoso sano y reanclaje del aparato extensor mediante puntos transóseos. La evolución postoperatoria fue satisfactoria precisando de una inmovilización temporal hasta la cicatrización de las partes blandas.

Comentarios y conclusiones: Nos encontramos ante un caso poco frecuente de tofo intraóseo en un paciente sin antecedentes de enfermedad conocida en el que el diagnóstico de certeza requiere de una biopsia-escisión de la lesión y análisis del material obtenido en fresco al microscopio de luz polarizada en donde se observan los cristales de urato monosódico como agujas birrefringentes y brillantes.

CC-1101. DOLOR LUMBAR DE 18 MESES DE EVOLUCIÓN

J. Bravo Martín, E. Muñoz Mahamud y A. Combalia Aleu

Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción y objetivos: El cordoma sacro es un tumor crecimiento lento con un retraso diagnóstico de incluso más de cinco años. Su incidencia anual es de aproximadamente 1/1.000.000 habitantes.

Material y método: Varón de 61 años de edad, sin antecedentes médicos de interés que es remitido por dolor lumbo-sacro de 18 meses de evolución sin antecedente traumático previo, refiere incontinencia rectal en los últimos días. Aporta exploraciones complementarias que informan de cambios artrósicos. En la exploración física destaca zona de consistencia blanda a nivel de últimas vertebrae sacras y signo de Laségue positivo a 30°.

Resultados: Se realizan una radiografía de sacro en la que no se evidencian alteraciones significativas, una RM que informa de tumoración sacra en S4-S5 y cóccix, con componente de partes blandas y una biopsia tru-cut guiada por TC con dictamen de cordoma sacro. Establecido el diagnóstico se procede a colostomía electiva de derivación y a resección en bloque del tumor. El paciente precisó de sondaje vesical y colostomía permanente por pérdida de control de esfínteres. A los seis meses de intervención permanece sin dolor y con una RM de control que no muestra recidiva tumoral.

Comentarios y conclusiones: El cordoma sacro es un tumor óseo maligno, localmente agresivo, de crecimiento lento, tardíamente metastatizante, que surge de restos embrionarios ectópicos del tejido notocordial. La presentación clínica consiste en dolor local. El diagnóstico diferencial incluye metástasis, tumor de células gigantes, condrosarcoma, plasmocitoma, osteomielitis, linfoma y el cáncer de cérvix en caso de mujeres afectas. El tratamiento de estos tumores es principalmente quirúrgico y consiste en la resección radical. En cordomas de gran tamaño o que haya afectación por encima de S2 puede ser necesario un doble acceso, abdominal y posterior.

CC-1102. SARCOMA SACROILIACO POSRADIOTERAPIA EN PACIENTE CON CÁNCER DE ENDOMETRIO

J.M. Reyes Cabrera, S. López Alonso, J.I. Varo Rodríguez, M.D. García Mota, J.A. Queiruga Dios y R. González Alconada

Hospital Virgen del Puerto. Cáceres.

Introducción y objetivos: La irradiación terapéutica puede inducir malignidad dentro de los márgenes de los campos de radiación a largo plazo después del tratamiento. La incidencia de sarcoma óseo post radiación es baja, se ha estimado que ocurre en menos de 0,04% de los pacientes tratados con radioterapia que sobrevivieron a los 5 años. Los tipos histológicos de los sarcomas secundarios a irradiación terapéutica son variables pero el osteosarcoma, el histiocitoma fibroso maligno y el condrosarcoma son los más comunes. El cáncer ginecológico es uno de los tumores más frecuentemente asociados a los reportes de sarcomas secundarios después de la irradiación terapéutica. Clínicamente es importante hacer un diagnóstico temprano del sarcoma secundario y diferenciarlo de recurrencia o metástasis del tumor primario, ya que el tratamiento y el pronóstico son bastante diferentes.

Material y método: Caso clínico. Mujer de 68 años que es enviada a la consulta de Traumatología por dolor de tipo inflamatorio en articulación sacroiliaca derecha y en zona lumbar de 6 meses de evolución irradiado a miembro inferior derecho. AP: adenocarcinoma endometrial en el año 1999 tratado con histerectomía + anexectomía bilateral, 6 sesiones de quimioterapia (taxol y carboplatino) y radioterapia (dosis total de 5.000 cGy). Seguimiento anual con TAC abdominopélvico que fue positivo a los 2 años de tratamiento para metástasis pélvica a nivel de tejidos blandos para lo cual recibió tratamiento con radioterapia (dosis total de 1.000 cGy), termina el tratamiento en 2001. Seguimiento hasta la fecha con TAC abdominopélvico y marcadores tumorales negativos. EF: dolor en articulaciones sacroiliacas de predominio derecho, Patrick positivo, Lasague y Bragard negativos. Arcos de movilidad articular conservados. Sin déficit sensitivo ni motor. Reflejos osteotendinosos normales. Rx de pelvis: imagen osteolítica en articulación sacroiliaca derecha. RMN de columna lumbosacra: lesión osteolítica de comportamiento agresivo en región sacroiliaca derecha de 8 x 8 x 7 cm con predominio de afectación sacra asociando componente de partes blandas epidural y foraminal ipsilateral a este nivel sugiriendo infiltración metastásica. Fractura/depresión crónica de L5. Multidiscopatía degenerativa.

Resultados: Ante los hallazgos de RMN se decide realizar biopsia abierta de lesión en sacro, dando como resultado tumor mesenquimal maligno de alto grado tipo histiocitoma fibroso maligno variedad pleomórfico estoriforme. Se decide realizar tratamiento con quimioterapia y radioterapia con intención de disminuir el tamaño tumoral en vistas de posibilidad de tratamiento quirúrgico posterior en caso de disminución de tamaño de la masa.

Comentarios y conclusiones: Los sarcomas secundarios a radioterapia tienen un período de latencia prolongado, usualmente se presentan a partir de 5 años de haber finalizado el tratamiento con radioterapia. El sarcoma post radiación es una patología poco frecuente por lo que pasa usualmente desapercibido por el personal médico, debido a ello los pacientes con antecedentes oncológicos, dolor lumbar, sacroiliaco o de cadera y hallazgos radiológicos sugestivos de malignidad a estos niveles son diagnosticados de metástasis óseas y son tratados de forma paliativa. El diagnóstico diferencial puede realizarse mediante TAC o RMN, en donde se encuentran imágenes de masas óseas redondeadas u ovaladas, extendidas a los tejidos blandos anteriores, posteriores o ambos. Estos cambios son más sugestivos de sarcoma mientras que los cambios metastáticos tienen tendencia a la invasión irregular de los tejidos blandos. Los pacientes con antecedentes oncológicos pélvicos que han sido sometidos a radioterapia son más susceptibles de desarrollar un sarcoma secundario, aunque su ocurrencia es rara. Tienen

un largo período de latencia, por lo cual deben realizarse revisiones periódicas.

CC-1103. SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTARIA DE CADERA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.A. Porcel Vázquez, E. Guerra Farfán, D.A. Muñetón Herrera, G. Rieiro Mena, S. Barrera Ochoa, X. Plano Jerez, M. Pérez Rodríguez y R. Vélez Villa

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: La sinovitis villonodular es una patología proliferativa en forma de masa vascular de la membrana sinovial. Aunque es de carácter benigno, localmente se comporta de forma muy agresiva, ya que acaba sangrando y erosionando el cartilago articular y propiciando una degeneración intraarticular de forma precoz. Recibe el calificativo de pigmentaria debido a los depósitos intra y extracelulares de hemosiderina que se acumulan por el sangrado. Se pueden distinguir dos formas, una localizada y otra difusa, esta última, más frecuente en las grandes articulaciones como la cadera.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 32 años que presenta dolor de meses de evolución en cadera derecha con disminución progresiva de la funcionalidad. Al examen radiológico inicial destacaba la presencia de imágenes de osteolisis en la cabeza y en el cuello femoral sugestivas de necrosis ósea avascular, por lo que se solicitó un estudio mediante RNM.

Resultados: El estudio mediante RNM informa de proliferación sinovial con signos degenerativos, que podrían ser compatibles con sinovitis villonodular pigmentaria. Por dicho motivo se solicitó una punción biopsia guiada por TC que confirmó el diagnóstico. Dado el grado de destrucción articular, desde un principio se decidió realizar un abordaje posterolateral de cadera para llevar a cabo la exéresis de todo el tejido proliferativo, enviando muestras para análisis histológico que corroboraban el diagnóstico inicial. Se llevó a cabo la reconstrucción del espacio articular mediante artroplastia total de cadera, con un par de fricción cerámica-cerámica. La evolución postoperatoria resultó satisfactoria, adaptándose la paciente a su vida normal, con deambulación autónoma sin ayudas, y sin referir ningún tipo de dolor. Al año de seguimiento no se evidenciaba ningún signo de recidiva local.

Comentarios y conclusiones: Es una patología benigna poco frecuente en la que hay que realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades potencialmente malignas. El diagnóstico de elección es la biopsia del tejido lesional. Como tratamiento, en las formas localizadas se recomienda la sinovectomía completa con curetaje de los focos de osteolisis y relleno de los mismos mediante injerto óseo. Si la afectación es difusa y la destrucción articular es muy extensa, como en el caso descrito, se recomienda la artroplastia total como tratamiento de elección. En ambos casos se aconseja la exéresis completa del tejido proliferativo debido a su alto potencial de recurrencia.

CC-1104. CLAUDICACIÓN INTERMITENTE POR LIPOMA ATÍPICO EN MUSLO

J. Garrido Gómez, A. Martínez Calzón y E. Cárdenas Grande

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: Los lipomas son tumores encapsulados, benignos y de origen mesenquimal. La incidencia de pseudoaneurismas es de alrededor 10%, en ocasiones pueden ser de gran tamaño y producir compresión sobre estructuras vecinas. Presentamos un caso de una paciente de 49 años con claudicación intermitente en la extremidad inferior izquierda secundaria a un lipoma subfascial gigante que se dispone entre la arteria femoral profunda y superficial.

Material y método: Paciente de 49 años con antecedentes de obesidad y cáncer de mama intervenida 3 años. Presenta tumoración de

gran tamaño en la cara medial del muslo izquierdo de tres meses de evolución. La paciente refiere dolor en la pantorrilla izquierda cuando camina aproximadamente 250 metros que le obliga a parar y a sentarse. El dolor cede cuando se sienta y flexiona la cadera. La RNM indica la presencia de un tumor profundo de localización subfascial de origen adiposo dispuesto entre los músculos sartorio, aductor largo y vasto interno del cuádriceps. La RNM con contraste describe un tumor con zonas heterogéneas y una relación íntima con la arteria femoral profunda y superficial que presentan una reducción de su diámetro. La exploración rco-Doppler mostró aceleración en determinadas zonas de la arteria, aquellas más desplazadas por la tumoración.

Resultados: La paciente fue intervenida para extirpar el tumor. Profundamente a la fascia del cuádriceps se aprecia una masa lipomatoso no lobulada y encapsulada, de coloración amarillento-parduzca de $11 \times 9 \times 4,5$ cm que tiene una relación íntima con la arteria, vena y nervio femoral. Tras la disección cuidadosa del compartimento interno del muslo, se encuentra la arteria femoral profunda y superficial cuyas paredes se encontraban adheridas a la cápsula del tumor. Sin embargo, la pared arterial no estaba infiltrada por el tumor. Posteriormente a la cirugía, la paciente recuperó su marcha normal desapareciendo la claudicación intermitente. El ITB basal y postesfuerzo al mes de la cirugía fue compatible con la normalidad. El estudio histológico confirmó que se trataba de un lipoma benigno.

Comentarios y conclusiones: La compresión extrínseca vascular producida por un tumor es poco frecuente. La mayoría de los casos descritos de compresión extrínseca se producen en venas, debido a su poca resistencia al colapso ya que poseen una capa muscular delgada. Sin embargo, la compresión arterial es menos frecuente, debido a que poseen una capa muscular más gruesa que opone una resistencia mayor al colapso vascular. La compresión extrínseca arterial en cirugía ortopédica casi siempre se debe a causas iatrogénicas, aunque existen casos muy raros de compresión arterial en miembros producidos por tumores óseos y de partes blandas.

CC-1105. NEUROFIBROMA EN TOBILLO Y PIE EN NIÑO CON NEUROFIBROMATOSIS

J.J. Sáez Picó, P. Doménech Fernández, M. Navarro Amorós, R. Navarro Ortiz, F. Paulos Dos Santos, F. Martínez López, B. Arribas Sanz y J. Pérez Román

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción y objetivos: La neurofibromatosis es una enfermedad de herencia autosómica dominante, que se caracteriza por lesiones cutáneas, desde manchas café con leche hasta tumoraciones de mayor o menor tamaño, alteraciones en el sistema nervioso central y periférico, alteraciones esqueléticas, en las glándulas de secreción interna y externa, y en otros órganos y sistemas. La forma más común es la neurofibromatosis tipo I que es la que presenta las manchas café con leche y las tumoraciones cutáneas.

Material y método: Nuestro caso trata de un niño, hijo de madre con neurofibromatosis, que presentaba múltiples manchas café con leche y una tumoración palpable a nivel infra y retromaleolar externo en tobillo izquierdo, con signo de Tinnel positivo y dificultad para la marcha.

Resultados: Se le realizó RMN detectándose una tumoración que englobaba el paquete vasculo-nervioso tibial posterior. De modo que se decide la escisión quirúrgica de la misma y análisis anatomopatológico posterior, siendo confirmado el diagnóstico de neurofibroma.

Comentarios y conclusiones: Debido al contexto de la patología que presenta el paciente, debe entrar en el diagnóstico diferencial la posibilidad de que se tratase de un neurofibroma que, en casos como el que nos ocupa, debe de ser abordado quirúrgicamente debido a la compresión de estructuras como es el paquete vasculo-nervioso tibial posterior, con la consecuente sintomatología; y a la dificultad

añadida que provocaba para la marcha plantigrada. Aunque la presencia de neurofibromas en pacientes que padecen esta patología es algo común, no es habitual que estos afecten estructuras nobles como en nuestro caso y que, por tanto, requieran intervención quirúrgica.

CC-1106. REABSORCIÓN ESPONTÁNEA DE OSTEONCONDROMAS

J.N. Albiñana Cunningham, S. García Mata, M. Brun Sánchez y M. Menéndez García

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos: El objetivo de la presentación es mostrar la rara posibilidad, pero real, de desaparición espontánea de un osteocondroma.

Material y método: Paciente de sexo femenino de 7 años de edad. Acudió a consultas externas por tumoraciones en las extremidades (tumores en fémur distal izquierdo y tibia izquierda). Tras estudio clínico y radiológico se diagnosticó de osteocondromas en fémur distal izquierdo, tibia distal izquierda, 4º dedo de la mano derecha y 8ª costilla derecha. Se informó a la familia del proceso aconsejándose revisiones periódicas. No se observaron cambios clínicos ni radiológicos en los osteocondromas durante 4 años.

Resultados: Durante una revisión rutinaria, a los 13 años de edad, la paciente refiere no palparse tumoraciones. Clínica y radiológicamente se observa desaparición espontánea del osteocondroma femoral y parcial del tibial.

Comentarios y conclusiones: Existen muy pocos casos publicados de desaparición espontánea de osteocondroma. Aunque sea poco frecuente es un dato a tener en cuenta en la evolución de los mismos durante el crecimiento. Esta posibilidad refuerza la idea de realizar la exéresis al final del crecimiento óseo.

CC-1107. LESIÓN ÓSEA INFRECUENTE EN EL PIE

M. Combalia San Román, A. Vicente Guillén, M. Marsal Sensi, A. Calvo del Cos, M. Gómez Guijarro y M. Lucena Gómez

Pius Hospital de Valls. Tarragona.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso clínico de un paciente de 68 años de edad con dolor en el pie derecho de dos meses de evolución y antecedentes de nefrectomía por hipernefoma 17 años antes, con resección de metástasis pulmonares hace 2 años. Aporta una Rx con una lesión lítica en astrágalo, una analítica poco concluyente y una gammagrafía ósea normal. Se discute la mejor opción terapéutica tras el diagnóstico de la lesión, teniendo en cuenta la esperanza de vida del paciente.

Material y método: Se realiza un TAC del pie que revela una lesión lítica del cuerpo del astrágalo que infiltra la articulación subastragalina. La esperanza de vida del paciente es de 2 meses. Se realiza en un mismo tiempo quirúrgico biopsia de la lesión y relleno de la cavidad con hidroxiapatita.

Resultados: El resultado de la biopsia confirma la sospecha diagnóstica de metástasis ósea de carcinoma renal. El paciente sobrevive a los 18 meses del diagnóstico e intervención, completamente asintomático durante los primeros 6 meses y con un dolor de tipo mecánico en el pie actualmente. Las pruebas de imagen revelan varios focos de metástasis en el tarso.

Comentarios y conclusiones: Con este trabajo los autores quieren destacar la singularidad del origen y de la localización de esta metástasis ósea, así como reflexionar sobre la necesidad de mejorar la calidad de vida de un paciente a pesar del mal pronóstico vital. Creemos que la decisión de aumentar la resistencia del astrágalo con el relleno de hidroxiapatita ha permitido al paciente deambular hasta la fecha.

CC-1108. FRACTURA PATOLÓGICA DE HÚMERO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MIELOMA MÚLTIPLE

M. Cruz Sánchez, P. Guirro Castellnou, S. Gil González, S. Martínez Díaz, F. Santana Pérez, A. Alíer Fabrego, R. Torres Claramunt y L. Puig Verdíe

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos: El mieloma múltiple es el tumor óseo primario maligno más frecuente. En la mayoría de los casos se localiza a nivel vertebral (50%), en cambio su presentación como fractura diafisaria de húmero atraumática ha sido descrita por pocos autores. A través de un caso clínico se muestra su manejo terapéutico.

Material y método: Hombre de 85 años que presenta algia e impotencia funcional de un mes de evolución en brazo izquierdo sin antecedente traumático. En la radiografía se observa fractura patológica diafisaria de húmero sobre lesión osteolítica. Se realiza estudio de extensión mediante TC toraco-abdominal, gammagrafía y marcadores tumorales sin objetivar patología tumoral. Se procede a biopsia guiada por TC sin obtener resultados concluyentes por lo que ante la rápida progresión clínica y radiológica de la lesión se procede a enclavado endomedular y nueva biopsia. El estudio anatomopatológico y hematológico señalan que se trata de un mieloma múltiple IgG kappa estadio III A según el estadiaje Durie-Salmon tributario de tratamiento sintomático mediante radioterapia local y quimioterapia (melfalán-prednisona).

Resultados: A los 4 meses de seguimiento, el paciente no presenta dolor en foco de fractura, un resultado funcional de 46 puntos según índice de Constant, signos radiográficos de consolidación y recalcificación de la lesión. Pese al tratamiento oncológico desarrolla progresión tumoral con metástasis subcutáneas multifocales siguiendo tratamiento paliativo.

Comentarios y conclusiones: La presentación de mieloma múltiple en estadio avanzado como fractura patológica diafisaria de húmero es muy poco frecuente. El enclavado endomedular y la radioterapia local permiten el control sintomático de la fractura y favorecen su consolidación.

CC-1109. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN RÓTULA

M.J. Calvo de Mora Rebollo, C. Martínez Cornago, D. Skibinska, P. Peleato Gistau, E. Joven Aliaga, D. Iglesias Aparicio y S. Ferrer Peirón

Hospital de Barbastro. Huesca.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes benigno del hueso es una lesión neoplásica de bajo grado que casi siempre aparece en la región epifisaria o metafisaria de un hueso largo y se desarrolla a través del proceso de osificación endondral. La lesión normalmente es solitaria y se hace sintomática cuando se ha destruido bastante porción del hueso. Aunque es benigno, tiene una tendencia para la destrucción significativa del hueso, recidiva local, y de vez en cuando a dar metástasis. La historia natural del tumor de células gigantes varía ampliamente y puede extenderse desde la destrucción ósea local, a la metástasis local, metástasis al pulmón, metástasis a los ganglios linfáticos (raro), o transformación maligna (rara).

Material y método: Presentamos un caso de una mujer de 26 años con lesión quística en rótula izquierda. Se interviene realizándose curetaje, aporte de matriz ósea y factores de crecimiento plaquetarios.

Resultados: La anatomía patológica demostró ser un tumor de células gigantes. Su evolución clínica ha sido satisfactoria.

Comentarios y conclusiones: La tumoración de células gigantes es rara en rótula. Consideramos la opción del curetaje como la idónea, si bien se describen otras como la radioterapia, la exéresis, la crioterapia, el relleno con polimetilmetacrilato.

CC-1110. EPITELIOMA CUNICULATUM. CARCINOMA POCO FRECUENTE COMO SIMULADOR DE INFECCIÓN

M.M. Méndez Ojeda, J. Selga Marsa, V. Barro Ojeda, P. Corona Pérez-Cardona, C. Amat Mateu y X. Flores Sánchez

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Epitelioma cuniculatum es una enfermedad muy poco prevalente, es un subtipo de carcinoma verrugoso del pie de bajo grado, simulador de otras patologías más frecuentes, por lo tanto de difícil diagnóstico, si no se sospecha.

Material y método: Presentamos una paciente de 76 años de edad, con una lesión en la región plantar de más de 5 años de evolución, orientada y tratada inicialmente como una verruga vulgar, sin mejora con los tratamientos habituales para este tipo de lesiones; evolucionando tópidamente, siendo derivada a nuestro centro con el diagnóstico de osteomielitis crónica.

Resultados: En nuestro hospital se realiza biopsia escisional diagnosticando carcinoma escamoso queratinizante infiltrante. En esta fase avanzada de la enfermedad el único tratamiento posible era el radical, requiriendo amputación. Este caso pone de manifiesto la dificultad del diagnóstico de carcinoma cuniculatum, a menudo encubierta durante largos periodos por otras patologías más comunes en esta zona ya que las simula. Con esta entidad se comete a menudo un error diagnóstico al considerar el cuadro como una osteomielitis, como complicación de una lesión cutánea benigna (verruga plantar) basándose en la existencia de fistulización (clásico signo de infección) y algunas pruebas de imagen que pueden sustentar (como la gammagrafía, en nuestro caso).

Comentarios y conclusiones: Es importante recalcar que las lesiones infecciosas de partes blandas se resuelven con desbridamiento adecuado y tratamiento antibiótico específico. Ante una mala evolución deberíamos replantear el diagnóstico, realizando pruebas específicas como anatomía patológica, teniendo presente que las infecciones pueden concomitante y/o enmascarar patologías neoplásicas. El tratamiento es la resección local amplia, los casos más avanzados requieren amputación. La decisión del nivel de amputación en nuestro caso, fue el descrito por Syme, primero por la necesidad de realizar una cirugía curativa en un solo acto quirúrgico y obtener un buen muñón terminal de carga, sin requerir de colgajos, segundo, la poca disimetría que conlleva para la paciente, permitiendo deambular intradomiciliariamente y cortos recorridos sin prótesis, y tercero porque necesita de un menor gasto energético para realizar la marcha con prótesis. Es muy importante el seguimiento clínico de los pacientes ya que las recidivas son frecuentes incluso después de correcta cirugía, algunos autores recomiendan un seguimiento locorregional semestrales o anual por un mínimo de dos años.

CC-1111. CONDROSARCOMA LOCALIZADO EN VÉRTEBRA LUMBAR

M. Rotinen Díaz, I. Cearra Guezuraga, J. Hoyos Cillero, E. Álvarez Irusteta, R. Mongil Escudero, D. Martínez Ogalla, A. Izaguirre Zurinaga e I. Gorostiaga Mendia

Hospital de Basurto. Vizcaya.

Introducción y objetivos: Se presenta el caso de un varón 61 años, sin antecedentes de interés que acude por dolores lumbares de aproximadamente 20 años de evolución intensificados en los últimos meses con irradiación a ingle y muslo izquierdos con parestesias. Síndrome general con pérdida de peso no cuantificada. No pérdida de fuerza. No incontinencia esfinteriana, estreñimiento. Se realiza en centro privado un TC con resultado de lesión de predominio lítico que afecta cuerpo vertebral L2 con masa de partes blandas hacia lado derecho y afectación del muro posterior y del pedículo derecho. También se realiza una resonancia magnética nuclear con resultado de lesión ocu-

pante de espacio a nivel L2 y su pedículo lateral derecho que insufla la cortical a nivel del muro posterior y a nivel del muro anterior derecho sugestivo de neoplasia. Tras realizar una biopsia se confirma el diagnóstico de condrosarcoma bien diferenciado a nivel de L2.

Material y método: Se realiza diagnóstico diferencial ante la presentación clínica, principalmente en relación a tumores vertebrales, y revisión bibliográfica de la patología tumoral incidente en la columna vertebral.

Resultados: La paciente presenta una evolución favorable tras seguir tratamiento quirúrgico en varios tiempos, inicia deambulacion con corsé de triple apoyo.

Comentarios y conclusiones: El condrosarcoma es un tumor productor de cartilago 3^{er} tumor primario maligno más frecuente La clínica más habitual es dolor en el área de la lesión, masa palpable y clínica neurológica. El tratamiento de elección es la resección en bloque.

CC-1112. CASO CLÍNICO: DEBUT CON TROCANterITIS DE SARCOMA DE PARTES BLANDAS

P. Gil Martínez, C. Igualada Blázquez, J.M. Arnal Burró, E. Carbó Laso, T. Quevedo Narciso, M. Cuervo Dehesa y J. Vaquero Martín

Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: El sarcoma pleomórfico sin otra especificación (también conocido en el pasado como histiocitoma fibroso maligno) es un tumor de alto grado formado por fibroblastos, miofibroblastos e histiocitos. Es el tumor de tejidos blandos más frecuente en adultos mientras que como tumor óseo primario es menos común. La localización más frecuente es en los brazos o las piernas. Este sarcoma ocurre con más frecuencia en los adultos de edad avanzada. Clínicamente, los sarcomas pueden presentarse con variadas formas clínicas, suelen cursar con dolor y tumefacción local, con historia de una masa que crecen rápidamente.

Material y método: Mujer de 50 años de edad que presenta durante 3 meses dolor en región trocantérica derecha, diagnosticándose inicialmente de trocanteritis y tratada con analgésicos habituales y con infiltraciones con corticoide y anestésico local. Tras una de las infiltraciones presenta un aumento del dolor, impotencia funcional, fiebre y leucocitosis. Como pruebas complementarias se realizó Rx y TAC y se diagnostica de absceso secundario a infiltraciones.

Resultados: Se procedió al drenaje del absceso encontrando un tejido blando de aspecto cerebroide compatible con tumor maligno. Las muestras se analizaron en anatomía patológica que diagnostica de sarcoma pleomórfico de alto grado. Se realizó un tratamiento combinado de radioterapia neoadyuvante, cirugía y quimioterapia adyuvante.

Comentarios y conclusiones: Los sarcomas de partes blandas pueden presentar diferentes formas clínicas en su debut pudiendo dificultar y retrasar el diagnóstico y por tanto el tratamiento en muchos casos.

CC-1113. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLÍNICO, RADIOLÓGICO Y ARTROSCÓPICO DE GONALGIA E INFLAMACIÓN DE RODILLA SIN TRAUMA PREVIO EN PACIENTES JÓVENES

S. Domínguez Díaz, G. Salmerón Vélez, I. Martín Concepción, L. Márquez Rodríguez y D. Mejías Montañez

Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: La sinovitis vellonodular pigmentada es una proliferación fibrohistiocítica benigna, aunque provocar destrucción ósea y de partes blandas localizada. Consiste en múltiples protrusiones sinoviales nodulares y vellosas que afectan a articulaciones, bursas y vainas tendinosas. Su color característico se debe

a los depósitos de lípidos y hemosiderina. La localización más frecuente es en la rodilla (con mucha diferencia respecto al resto). Otras localizaciones son el hombro, el codo y la cadera. Suelen aparecer en pacientes jóvenes de entre 20 y 40 años. Es más frecuente en varones (relación 2:1 frente a las mujeres). El objetivo de esta publicación es hacer un diagnóstico diferencial tanto clínico como radiológico (RMN principalmente) y mediante las imágenes del artroscopio sobre las posibles patologías que pueden dar una inflamación crónica y dolor de rodilla en pacientes jóvenes y aparentemente sanos.

Material y método: El caso clínico principal sobre el cual gira todo nuestro trabajo es un varón de 22 años que fue visto en nuestro hospital, llegando a nuestro Servicio de Traumatología tras múltiples consultas al Servicio de Urgencias por una aparente clínica de gonalgia e inflamación. La clínica que presentaba el paciente tenía ya al comienzo aspectos que podían ponernos en la pista de sinovitis vellonodular diferenciándola de otro tipo de tumoraciones benignas y patologías osteomusculares. Se pretende hacer una revisión de todos esos puntos que nos diferencian unas patologías de otras en este tipo de lesiones, poco frecuentes por otro lado.

Resultados: Se comparan las distintas patologías que pueden aparecer con inflamación y dolor de rodilla sin trauma previo. Por la rapidez de la evolución debemos pensar o descartar la posible malignidad de la lesión. Si afecta a varias articulaciones podemos descartar casi todas. Por las pruebas de imagen podemos diferenciar entre: sinovitis vellonodular, condromatosis sinovial, lipoma arborescente, hemangioma sinovial, hemofilia, sarcoma sinovial intraarticular y artritis tuberculosa. Mediante las imágenes del artroscopio podemos diferenciar claramente entre sinovitis vellonodular, lipoma arborescente, condromatosis y artritis reumatoide.

Comentarios y conclusiones: La sinovitis vellonodular pigmentada es una patología relativamente poco frecuente aunque de diagnóstico fácil si pensamos en ella y en este grupo de patologías descritas en el estudio. Debido a su buen pronóstico y tratamiento en los estadios más precoces, no debería pasarse por alto ni dejarse evolucionar. Confiamos en que se haya elaborado un algoritmo útil para poder aplicarlo a la práctica clínica.

CC-1114. NEUROFIBROMA GIGANTE DIFUSO EN FIBROMATOSIS TIPO I. ABORDAJE TERAPÉUTICO MULTIDISCIPLINAR

S. Barrera Ochoa, R. Vélez Villa, D. Barastegui Fernández, M. Pérez Domínguez, J. Nardi Vilardaga y E. Cáceres Palou

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de un neurofibroma gigante difuso en el contexto de una neurofibromatosis tipo 1. La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es el tipo más común de neurofibromatosis que ocurre aproximadamente en 1 de cada 4.000 personas. Aunque muchas personas afectadas heredan este trastorno, entre el 30 y el 50% de los nuevos casos surgen espontáneamente mediante mutación genética de una persona. Es una alteración genética que provoca crecimiento tumoral sistémico. Son típicas las manchas "café con leche" (cutáneas), tumores cutáneos (neurofibromas), nódulos de Lisch (oculares), displasias (en los huesos largos), schwannomas (neurales), cataratas... El objetivo de esta presentación, es mostrar un caso extremo de neurofibroma gigante y el abordaje terapéutico multidisciplinar que precisa el tratamiento de este tipo de patología. Además de discutir algunos aspectos específicos de esta patología como la embolización preoperatoria, las posibles complicaciones postoperatorias derivadas de su manejo y el concepto de neurofibroma gigante.

Material y método: Paciente mujer de 22 años y raza caucásica, que acude a consultas externas para valoración de tumoración en zona proximal de muslo y glúteo derecho. La aparición de la tumoración

ración es de larga evolución, 9 años. Ha ido creciendo de forma progresiva durante estos años, mientras era controlada en otro centro. Entre sus antecedentes patológicos, la paciente presenta neurofibromatosis tipo I (NF1). A los 13 años de edad, la paciente fue sometida en otro centro, a una resección intratumoral de una tumoración en zona glútea derecha, de unos 5 × 5 cm. La paciente aporta un informe del centro de origen, donde destaca el diagnóstico anatomopatológico de NF1 tipo difuso. Además refieren una complicación intraoperatoria con un sangrado muy abundante que impide la resección amplia tumoral y obliga a realizar una resección intratumoral. A la exploración física, la paciente presenta las típicas manchas “café con leche”, distribuidas en la piel, con predominio de zona torácica y abdominal. Además presenta múltiples tumoraciones subcutáneas o neurofibromas, distribuidas de forma heterogénea por toda la piel. Entre ellas destaca la aparición de una tumoración de partes blandas, en la zona proximal dorso-lateral de muslo derecho, que abarca hasta glúteo derecho. La tumoración tiene un tamaño aproximado de 50 × 40 × 40 cm, y un peso aproximado de 15 kg. Se trata de una tumoración sésil, gelatinosa a la palpación y con múltiples manchas “café con leche” cutáneas. Presentaba un rango de movilidad limitado de la cadera derecha, debido al gran tamaño tumoral y una exploración neurovascular de la extremidad ipsilateral normal. El gran tamaño tumoral, provoca a la paciente importantes déficits funcionales y de movilidad, además de un grave trastorno psicológico por el gran defecto estético. En cuanto al estudio local tumoral, el TAC mostró una masa en partes blandas, de grandes dimensiones, que se extiende fuera del campo de visión del escáner. Masa polilobulada, que abarca la zona proximal del muslo, con extensión desde epidermis hasta tejido subcutáneo sin borrar los márgenes grasos respecto a la fascia muscular en ningún aspecto. El estudio por RMN fue muy dificultoso técnicamente, y gran parte de la masa tumoral no pudo ser incluida en el campo de visión. La masa presentó una señal intermedia tanto en la secuencia T1 como T2, además de una importante vascularización intratumoral. Se realizó una biopsia mediante aguja gruesa y el diagnóstico fue de neurofibroma difuso, no se observó signos de malignidad en la muestra obtenida. Se presentó el caso en el forum oncológico, en conjunto con el servicio de oncología, cirugía plástica, anatomía patológica y radiología. De acuerdo con los antecedentes quirúrgicos que presenta la paciente, las pruebas complementarias actuales donde destaca la hipervascularidad tumoral y el tamaño del mismo, se decidió realizar una embolización preoperatoria con la finalidad de reducir el tamaño tumoral y el sangrado perioperatorio. El tamaño del neurofibroma dificultaba la resección amplia con márgenes de la pieza tumoral. Otro aspecto a tener en cuenta era la cobertura final del defecto creado. Teniendo en cuenta las características cutáneas tumorales y el tamaño del defecto, se plantearon diferentes opciones, como realizar un colgajo de avance local en primer lugar o un colgajo libre vascularizado antero-lateral de muslo en segundo local. Se realizó una angiografía diagnóstica de la paciente vía la punción de la arteria femoral común izquierda. La angiografía selectiva de la lesión demostró la amplia vascularización de la lesión, irrigada mediante ramas hipertrofiadas y tortuosas del plexo lumbosacro lateral derecho y ramas principales de la arteria ilíaca profunda derecha, como la arteria glútea superior derecha. Estas fueron embolizadas de forma segura mediante un sistema coaxial de catéteres y microcatéteres y la utilización de múltiples bobinas de embolización. La embolización se realizó en los aspectos más periféricos de las arterias nutrientes tumorales, con lo que se garantizó la no interferencia con el plano quirúrgico. Ante el tamaño tumoral, y la amplia vascularización del mismo, se decidió realizar segmentar la embolización en dos episodios en días consecutivos. Así se pudo evaluar el estado general de la paciente, la tolerancia de la misma a la embolización y los efectos isquémicos tumorales. De acuerdo con el servicio de cirugía plástica y con la finalidad de objetivar los

efectos de la embolización preoperatoria, conocer el estado cutáneo preoperatorio y plantear la mejor opción de cobertura cutánea postoperatoria, se demoró la cirugía una semana tras la embolización. Durante esta semana, la paciente fue rehidratada y readaptada para la cirugía oncológica posterior. La evolución tumoral fue satisfactoria, con grandes zonas cutáneas de necrosis postembolización, sin complicaciones sistémicas asociadas. Una semana postembolización, se procedió a realizar la resección tumoral con la paciente en posición de decúbito prono para facilitar el manejo de la masa tumoral. Durante la disección de los planos superficiales tumorales se precisó atravesar zonas intratumorales, donde se observó una amplia vascularización compuesta de vasos muy friables que requirió una hemostasia muy cuidadosa. Posteriormente, en un plano fascio-graso más profundo, a través de una disección por territorio sano, sin infiltrado tumoral, se procedió a la exéresis intratumoral del neurofibroma gigante. Mediante la movilización de un colgajo cutáneo local se logró el cierre primario de la herida.

Resultados: El peso del espécimen fue de 17 kg, con unas dimensiones de 65 × 45 × 42 cm. En el estudio histológico de la pieza se confirmó el diagnóstico de neurofibroma difuso sin zonas de malignización. Se observaron amplias zonas necróticas intratumorales con embolizaciones y trombosis de la vascularización intratumoral. Durante el postoperatorio, la paciente presentó complicaciones locales de la herida, debido a la necrosis parcial del colgajo local cutáneo. Con el objetivo de sellar el espacio muerto profundo, creado a partir de la resección tumoral, y de completar la cobertura cutánea se instauró un tratamiento basado en sistemas de presión negativa. Presentó una evolución favorable con un cierre completo de la herida quirúrgica a las 4 semanas postoperatorias. A los 3 meses, la paciente presenta una movilidad y aspecto estético de la resección muy favorables. Un año tras la cirugía la paciente se muestra muy satisfecha con el resultado obtenido, con una mejoría sustancial de su capacidad motriz. No presenta recurrencias tumorales.

Comentarios y conclusiones: El abordaje terapéutico de los neurofibromas difusos gigantes, a pesar de ser generalmente una neoplasia benigna, precisa, como la mayoría de los tumores malignos, un abordaje multidisciplinar en un centro oncológico especializado. Esto se debe a las múltiples posibles complicaciones postoperatorias potencialmente graves. Debido al crecimiento tumoral tan exuberante y con la finalidad de descartar posibles malignizaciones tumorales, se realizó una biopsia preoperatoria. Este tipo de tumores se caracterizan por una importante vascularización aberrante, con vasos tortuosos y friables que pueden provocar hemorragias intraoperatorias mortales. Con el objetivo de minimizar esas complicaciones se decidió realizar una embolización preoperatoria tumoral. Existen muy pocos casos descritos de embolización preoperatoria en el contexto de un neurofibroma difuso gigante. En este caso decidimos instaurar un período ventana de observación entre la embolización y la cirugía de resección tumoral, con la finalidad de detectar posibles zonas de necrosis cutánea postembolización y minimizar las complicaciones de cobertura cutáneas postoperatorias. El objetivo de este tipo de cirugía, al tratarse de una enfermedad genética difusa, no es la resección amplia tumoral, sino la resección intratumoral, con la finalidad de reseca la mayor parte tumoral y mejorar las características funcionales y estéticas de la paciente. Por último, en la literatura científica, el término neurofibroma gigante se otorga a aquellos tumores mayores de 10 o 15 kg según el trabajo. En nuestro caso la pieza tumoral pesó 17 kg, por lo que bajo esta definición sería un neurofibroma difuso gigante. A pesar de ello, consideramos la definición y los valores umbrales otorgados inespecíficos. Creemos que para esta consideración se deberían tener en cuenta variables más fisiológicas como el índice de masa corporal (IMC) que representa la masa tumoral respecto al IMC del paciente, o en caso de tumores tan vascularizados como éste, el gasto cardíaco adicional que condiciona la neoplasia al paciente.

CC-1115. ELASTOFIBROMA DORSI: 37 CASOS CON UN SEGUIMIENTO MEDIO DE 7 AÑOS

C. Álvarez Gómez, F. Abat González, A. Peiró Ibáñez,
L. Trullols Tarrago, M. Besalduch Balaguer, N. Arriaga Lahuerta
e I. Gracia Alegría

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: El elastofibroma dorsi (EFD) es una tumoración benigna infrecuente de partes blandas, de crecimiento lento y de localización escapular. Mostramos la experiencia de nuestro centro en el tratamiento de este tipo de lesiones.

Material y método: Revisión retrospectiva de 37 casos de EFD diagnosticados y tratados en nuestro centro entre 1993 y 2009, con seguimiento medio de 7 años. La presentación clínica, los resultados anatómopatológicos y los estudios por imagen han sido revisados. En 10 de los casos, la presentación fue bilateral. El ratio hombre/mujer fue de [4:23], con una edad media de 57 años (42-78). En todos los casos se realizó estudio con RM y confirmación diagnóstica por estudio anatómopatológico de las piezas quirúrgicas. 7 casos fueron tratados conservadoramente. Los pacientes han sido estudiados por un cirujano ortopédico oncológico y un radiólogo experimentado en patología oncológica musculoesquelética. Los resultados clínicos han sido evaluados mediante la escala visual analógica (EVA) para el dolor, y la comparación del rango angular de movilidad durante el proceso clínico.

Resultados: No se ha encontrado ningún caso de antecedentes familiares de EFD. Tan sólo el 18% de los pacientes realizaba trabajos o actividades que implicaban demandas de la extremidad afectada. La duración media de la sintomatología antes del diagnóstico fue de 14 meses (3-28). El 40% de los pacientes requirieron transfusiones postoperatorias por cifras analíticas de hemoglobina < 8 g/dL. Los valores de EVA mejoraron desde valores preoperatorios medios de 6, a una media en el seguimiento postoperatorio de 2. El rango de movilidad de la extremidad intervenida mejoró de media en 40 grados de flexión anterior del hombro. Las complicaciones surgidas incluyen un caso de infección de herida quirúrgica, un caso de cicatriz hiperálgica, ocho casos de hematomas y tres casos de seromas posquirúrgicos. Estos 3 requirieron de una segunda cirugía de desbridamiento y se solucionaron sin más incidencias. Después de un periodo medio de 85 meses, todos los pacientes se encuentran libres de enfermedad, sin ningún caso de recidiva local.

Comentarios y conclusiones: Se han obtenido buenos resultados con una muestra amplia y un seguimiento intermedio. Basándonos en estos resultados y en una revisión bibliográfica del estado actual de esta patología, sugerimos un algoritmo para su diagnóstico y tratamiento.

CC-1116. NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE CÉLULAS GIGANTES

I. Miranda Gómez, M.A. Angulo Sánchez, J.V. Amaya Valero,
M.I. Moreno García y F.F. Baixauli García

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: Los tumores de células gigantes se han tratado clásicamente mediante legrado, fenolización y rellenado con cemento. La cementación a nivel epifisario no está exenta de riesgos ni complicaciones. La presencia en el mercado de nuevas sustancias para el tratamiento de estos tumores, ha abierto nuevas expectativas en el tratamiento de estas lesiones.

Material y método: Revisamos retrospectivamente una serie de 3 casos en la que tras el legrado y fenolización, rellenamos la cavidad con matriz ósea desmineralizada. Valoramos resultado oncológico y funcional.

Resultados: El relleno de la cavidad de los tumores de células gigantes con matriz ósea desmineralizada nos ha proporcionado un resulta-

do oncológico y funcional al menos tan eficaz como el relleno convencional con cemento en el tratamiento de los tumores de células gigantes.

Comentarios y conclusiones: La utilización de matriz ósea para el relleno de la cavidad, es una alternativa válida para el tratamiento de los tumores de células gigantes. En nuestra experiencia, la matriz ósea desmineralizada proporciona un microambiente propicio para el relleno de la cavidad por tejido óseo neoformado. A diferencia del relleno clásico con cemento que se comporta como una materia inerte.

CC-1117. DISPLASIA FIBROSA ÓSEA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

I. Paneque Mendoza, A. Sáez-Arenillas Martín, J. Beano Collado,
J. García Coiradas, J.L. Cebrián Parra, M.I. Cabadas
y L. López-Durán Stern

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos: Estudio clínico-terapéutico de los pacientes tratados en nuestra unidad. Repercusiones funcionales/deformidades.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de 20 pacientes con displasia fibrosa (DF), evaluados radiológica, clínica, analítica y funcionalmente (dolor, deformidad, limitación funcional), al diagnóstico, postoperatoriamente (en pacientes intervenidos), y posteriormente anualmente, con un seguimiento medio de 9 años (1-28).

Resultados: El 75% son mujeres. La edad media al diagnóstico fue 27 años (3 meses-70 años). Presentaron DF poliostótica (DFP) una mujeres y tres varones, suponiendo la DFP el 20% del total. En todas las DFP existe predilección por un lado del cuerpo y por el miembro inferior. Hay dos casos varones de síndrome McCune-Albright. El diagnóstico fue casual en 60%, por dolor 25%, fractura 2 casos y alteraciones endocrinas en 1 caso. La fosfatasa alcalina se halla elevada proporcionalmente al grado de afectación. El 70% presentan el clásico aspecto radiológico en vidrio esmerilado. El 30% presentan patrones más agresivos. Todas las DFP pertenecen al segundo grupo. A lo largo del seguimiento, el 25% presentaron alguna complicación (4 pacientes fractura, 2 deformidad). 10 pacientes fueron intervenidos, de los cuales 2 precisaron nuevas cirugías. Estos últimos se intervinieron por primera vez a los 9 y 12 años. 6 pacientes recibieron bifosfonatos y calcio orales. Otro recibe actualmente bifosfonatos i.v. con buena respuesta. En el momento de la revisión, el 55% se encontraban asintomáticos, el 35% presenta dolor ocasional y el 10% limitaciones importantes. No hubo ningún caso de malignización.

Comentarios y conclusiones: La DF es una enfermedad benigna, con un amplio espectro de presentación, subsidiaria de ocasionar repercusiones vitales. Actualmente en nuestro centro poseemos un protocolo y si existe indicación instauramos bifosfonatos i.v. y calcio para disminuir dolor y complicaciones. Es necesario incluir nuevos casos en el estudio tratados precozmente con bifosfonatos i.v. y compararlos con esta serie.

CC-1118. VALOR PREDICTIVO POSITIVO Y SENSIBILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR EN EL DIAGNÓSTICO DEL ELASTOFIBROMA DORSI

I.T. Mariño, A. Pérez Lara, J. Martínez Malo, P. Sesma Solís,
I. Martín Rodríguez y F. Villanueva Pareja

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El elastofibroma dorsi (ED) es un tumor benigno de partes blandas que clásicamente se presenta como una

masa mal definida en el polo inferior de la escápula. Varios estudios han indicado los beneficios de la resonancia magnética nuclear (RMN) en la identificación del ED. En este estudio se calculan la sensibilidad y valor predictivo positivo (VPP) de la RMN en el diagnóstico del ED en comparación con la histopatología, método diagnóstico "gold standard". Las características clínicas, hallazgos radiológicos así como las opciones terapéuticas también se discuten en este trabajo.

Material y método: Se realizó una revisión sistemática retrospectiva de todos los casos de ED tratados en nuestro centro entre 1999-2009. Se llevaron a cabo análisis histopatológicos en todos los casos así como una RMN preoperatoria. A continuación se calcularon la sensibilidad y VPP de la RMN en el diagnóstico del ED.

Resultados: Se revisaron un total de 15 casos tratados durante el periodo del estudio. De estos, hubo 14 casos de ED confirmados por la histología (3 varones y 11 mujeres). Los hallazgos radiológicos de la RMN coincidieron con los resultados de la histopatología en 14/15 casos. Se observó un caso falso positivo, y no hubo ningún falso negativo (RMN negativa e histopatología positiva). El VPP y la sensibilidad de la RMN en el diagnóstico del ED fueron de 93,3% (IC95%: 68,0 a 100,0) y 100% (IC95%: 75,2 a 100,0), respectivamente.

Comentarios y conclusiones: La RMN es una herramienta útil en el diagnóstico del ED que podría evitar la realización de biopsias innecesarias, especialmente en el paciente asintomático.

CC-1119. MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS METÁSTASIS PERIACETABULARES

J. García Coiradas, I. Soler Iváñez, A. González Pérez, C. Arvinus, J. Beano Collado, J.L. Cebrián Parra y L. López-Durán Stern

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos: Evaluar los resultados funcionales y comorbilidades asociados a distintas técnicas de tratamiento de metástasis periacetabulares.

Material y método: Estudio retrospectivo de 19 pacientes intervenidos en nuestro centro por metástasis pélvicas periacetabulares entre 2005 y 2011. Como variables principales se valoraron el alivio del dolor (Escala Visual Analógica), el inicio de carga precoz y el balance articular mediante la Escala de Harris (Harris Hip Score, HHS). Se recogieron las complicaciones precoces (< 6 semanas) y tardías (> 6 semanas).

Resultados: la media de edad fue de 64 años (36-87). El tumor primario más frecuente fue la mama (7) seguido del riñón (3). 6 pacientes no tenían otras metástasis en el momento del diagnóstico. Encontramos 3 lesiones tipo I, 4 lesiones tipo II y 12 lesiones tipo III según la clasificación de Harrington. 14 pacientes tenían dolor continuo preoperatorio que requería analgésicos opiáceos (EVA > 8), y 5 padecían dolor moderado (analgésicos menores, EVA > 5). Un paciente no podía caminar preoperatoriamente. Se realizó abordaje anterolateral modificado con osteotomía deslizante del trocánter mayor seguido de curetaje intralesional. El defecto pélvico se reconstruyó con cajas acetabulares de Burch-Schneider (8), cúpulas con vástago recubierto de hidroxiapatita (5) y procedimientos de Harrington modificados (6). La HHS mejoró de 35 (19-45) a 68 (51-84). La EVA mejoró de 7,8 a 4,1. La supervivencia estuvo condicionada por la enfermedad de base. Se produjeron 3 lesiones neurológicas (CPE) y una luxación protésica. La carga parcial progresiva comenzó con la mejoría médica postoperatoria de los pacientes (media 6,3 días).

Comentarios y conclusiones: la cirugía reconstructiva para metástasis acetabulares con una adecuada selección preoperatoria ofrece buenos resultados en cuanto a la mejoría del dolor y el comienzo precoz de la carga.

CC-1120. EXPERIENCIA SOBRE LOS CONDROBLASTOMAS EN NUESTRO HOSPITAL

M. Almenara Fernández, A. Peiró Ibáñez, L. Trullols Tarragó, R. Moldovan Moldovan, M. Gómez Masdeu e I. Gracia Alegría

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: El condroblastoma es una lesión benigna ósea infrecuente, de la que se han publicado pocas series. Representa el 1-2% de los tumores óseos primarios; tiene un pico de incidencia en la segunda década de la vida, siendo más prevalente en el género masculino (2/1). Las localizaciones más involucradas son fémur distal, húmero proximal y tibia proximal. El comportamiento es benigno en la mayoría de los casos, y el tratamiento de elección es el curetaje lesional y relleno de la cavidad con injerto óseo, aunque existen casos con características anatomopatológicas agresivas, donde será necesario emplear un tratamiento quirúrgico más amplio. La tasa de recurrencia varía del 10-35%, y la diseminación metastásica, del 0,8-6%. El objetivo de este estudio es revisar los casos de condroblastoma tratados en nuestro centro, identificando las características de estos tumores, efectividad del tratamiento empleado y resultados postoperatorios.

Material y método: Estudio retrospectivo de 25 pacientes histológicamente diagnosticados de condroblastoma, tratados en nuestro centro entre 1991-2011, determinando edad, sexo, localización, clínica inicial, tratamiento, hallazgos histológicos, evolución y complicaciones postoperatorias.

Resultados: Estudio retrospectivo de 25 pacientes histológicamente diagnosticados de condroblastoma, tratados en nuestro centro entre 1991-2011, determinando edad, sexo, localización, clínica inicial, tratamiento, hallazgos histológicos, evolución y complicaciones postoperatorias.

Comentarios y conclusiones: Los condroblastomas son tumores benignos, pero pueden ser localmente agresivos y diseminar. A pesar de tener una gran sospecha clínica y/o radiológica de la lesión, es necesario realizar una biopsia trefina del tumor para poder descartar atipias celulares, y así realizar tratamientos menos agresivos (pero igualmente efectivos). El tratamiento con curetaje intralesional agresivo con aporte de homoinjerto óseo proporciona buenos resultados a largo plazo; según nuestros resultados, la localización pélvica y femoral proximal aumenta el riesgo de recidiva, coincidiendo con la literatura publicada.

CC-1121. FRACTURAS PATOLÓGICAS EN HUESOS LARGOS POR METÁSTASIS. TRATAMIENTO MEDIANTE ENCLAVADO INTRAMEDULAR

B. Novoa Sierra, J.S. Ribas García-Peñuela, L.M. Pérez Estupiñán, V. Zarzuela Sánchez y A. Bru Pomer

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y objetivos: Las metástasis suponen la tumoración ósea más frecuente en el adulto siendo el esqueleto la tercera localización metastásica tras el pulmón y el hígado. Cuando debido al proceso neoplásico maligno se produce una alteración en las propiedades y resistencias normales del hueso llegando a romperse nos encontramos ante una fractura patológica. El objetivo de nuestro estudio es revisar aquellos pacientes diagnosticados de lesión o fractura metastásica ósea y que fueron tratados mediante clavo intramedular en nuestro Servicio entre 2000 y 2011.

Material y método: Se recogen el sexo y la edad de los pacientes, la localización de la fractura patológica y si existía tumor primario conocido en el momento del enclavado, así como la localización del mismo. Contabilizamos la supervivencia tras la fractura. Tras el tratamiento analizamos el dolor y funcionalidad mediante el MSTTS score.

Resultados: Estudiamos 35 casos, 20 eran mujeres, donde con mayor frecuencia el tumor primario se localizaba en la mama, mientras que

en los hombres se asentaba preferentemente en la próstata y colon. A excepción 5 casos, todos los tumores primarios eran conocidos. La media de edad fue de 69 años con una media de supervivencia a los 6 meses del 49%. El tercio proximal de fémur fue la localización más afectada. En el MSTS obtuvimos una puntuación de 25/30 para miembro superior y 27/30 para miembro inferior.

Comentarios y conclusiones: El tratamiento de las metástasis óseas en huesos largos debe cumplir unos objetivos como son disminuir el dolor, preservar la función y proporcionar a corto plazo una estabilidad mecánica. La fijación intramedular abarca toda la diáfisis siendo clave en el tratamiento de la enfermedad metastásica sobre todo cuando existe un defecto óseo. Además actúa como profilaxis ante nuevas fracturas patológicas que tengan lugar a lo largo de la diáfisis.

CC-1122. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS FEMORALES MEDIANTE ENCLAVADO ENDOMEDULAR

C. Arvinus, F.J. Alcobé Bonilla, L. Serrano Mateo, J. Beano Collado, J.L. Cebrián Parra y L. López-Durán Stern

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos: Realizar un estudio retrospectivo de las metástasis femorales tratadas mediante enclavado femoral. Se han estudiado parámetros quirúrgicos, grado de anemia, resultados clínicos, funcionales y radiológicos.

Material y método: Estudio retrospectivo de 61 pacientes con metástasis de fémur tratados con enclavado entre los años 1995 y 2011; el seguimiento medio fue de 15 meses (3-27 meses). 17 casos fueron enclavados profilácticos, el resto (44) presentaron fractura patológica ya establecida. La distribución etiológica más frecuente fue: mama (n = 22), pulmón (n = 10), mieloma (n = 9) y cáncer de próstata (n = 5). En 59 casos se utilizó clavo hamma, T2 en 1 caso y PFN en 1 caso. Como variables principales se valoraron resultados clínicos, funcionales y radiológicos, así como las complicaciones.

Resultados: Se obtuvo una reducción anatómica en el 69%. Se detectaron 9 casos de muerte en el postoperatorio inmediato y 7 complicaciones técnicas. Formación de callo en 30 casos. A los 6 meses, de los que sobrevivieron (70,4%) deambularon un 81,6%. La supervivencia media fue de 12 meses (1-49). Los enclavados profilácticos presentaron menor transfusión de hemoconcentrados (1,4 vs 3,0), una movilización más temprana (deambulación día 4 vs 9,7) y menor estancia hospitalaria (8 días vs 16) en comparación con los enclavados terapéuticos.

Comentarios y conclusiones: Los enclavados de fémur en las lesiones metastásicas ofrecen buenos resultados tanto clínicos como radiológicos. El tratamiento precoz de los implantes, previos a la fractura ya establecida, presenta mejores resultados, siendo un objetivo claro para la mejora de la calidad de vida de este tipo de pacientes.

CC-1123. SARCOMA DE EWING DE ESCÁPULA. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE 2 CASOS

D.I. Salgado Martínez, O. Wevar Cruz, M. Sepúlveda Hormazábal, W. Hofer Munro, R. Tolosa Soto y R. Zamora Rendich

Hospital Base de Valdivia. Universidad Austral de Chile.

Introducción y objetivos: El sarcoma de Ewing de escápula es una lesión ósea maligna de infrecuente presentación representando menos del 5% de las series clínicas. Sólo se registran reportes de casos aislados en la literatura. La escapulectomía total o parcial con márgenes oncológicos es el tratamiento de elección. Esta técnica fue descrita para el manejo de patologías alrededor de la escápula y la gran limitación estaba dada por la rehabilitación postoperatoria y el componente estético en los pacientes; no obstante en el seguimiento se obtienen buenos scores funcionales. **Objetivos:** presentar dos casos

clínicos infrecuentes, dando a conocer el estudio y manejo en conjunto con los resultados quirúrgicos y funcionales logrados en el seguimiento.

Material y método: Masculino, 22 años, operario y femenina de 20 años, estudiante, sin antecedentes mórbidos de importancia. Consultan por omalgia izquierda y derecha de 12 meses y 18 meses respectivamente de evolución asociado a limitación funcional y aumento de volumen. Ambos casos son manejados en otros centros realizándose estudio imagenológico completo que evidencian masa tumoral de escápula. Se realizan biopsias óseas que son informadas como sarcoma de Ewing. Son derivados a nuestro centro para estudio evaluación y manejo. Se realiza estudio de diseminación sin lesiones en otros sistemas. Se realiza revisión de biopsias confirmando el diagnóstico. Ambos pacientes son enviados a 4 ciclos de quimioterapia preoperatorios.

Resultados: Se realiza mediante abordaje sobre escápula resección total y parcial respectivamente con márgenes oncológicos debido al compromiso tumoral presentado, quedando el miembro suspendido en partes blandas no resecadas. Biopsias de piezas tumorales con márgenes libres de tumor y necrosis tumoral mayor al 90%. En controles seriados, se evidencian aceptables rangos articulares, sin déficit sensitivo y sin complicaciones de herida operatoria. Actualmente, realizando kinesiterapia rehabilitadora con integración a actividades de la vida diaria de forma progresiva. Ambos pacientes siguiendo protocolo post operatorio por oncología.

Comentarios y conclusiones: El sarcoma de Ewing de escápula es una lesión ósea maligna de infrecuente presentación. La escapulectomía tanto parcial como total es una buena herramienta para el manejo de esta patología asociado a la respuesta a la quimioterapia que presenta el tumor. La resección sin reconstrucción es una buena alternativa con menos complicaciones que la protésica. Los resultados funcionales varían considerablemente dependiendo de cuanto tejido periescapular es conservado y de su inervación, lo cual es fundamental para la rehabilitación de los pacientes.

CC-1124. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS OSTEOCONDROMAS SINTOMÁTICOS. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO TRAUMATOLÓGICO DE CHILE (2006-2010)

D.I. Salgado Martínez, O. Wevar Cruz, M. Sepúlveda Hormazábal, W. Hofer Munro, R. Tolosa Soto y R. Zamora Rendich

Hospital Base de Valdivia. Universidad Austral de Chile.

Introducción y objetivos: Los osteocondromas son tumores benignos frecuentes, llegando a reportar hasta un 30% de las series. Se presentan de preferencia en hombres entre los 20 a 30 años, como lesiones únicas en las metáfisis y alrededor de la rodilla, sin embargo existen presentaciones múltiples. Clínicamente pueden ser asintomáticos como así también presentar dolor, aumento de volumen y limitación funcional. La indicación quirúrgica esta dado según la clínica y la evolución. Además, la literatura presenta incidencia de sarcomatización de un 1 a 2% en lesiones solitarias motivo por el cual la biopsia es fundamental para confirmar el diagnóstico. **Objetivos:** evaluar y dar a conocer la experiencia local en relación al tratamiento quirúrgico de los osteocondromas sintomáticos en 5 años (2006-2010).

Material y método: Estudio descriptivo y retrospectivo entre los años 2006 al 2010. Revisión de fichas clínicas de todos aquellos pacientes operados en ese período de osteocondromas sintomáticos confirmados con biopsia. Se consideró el sexo, edad, sintomatología, tiempo de evolución a la consulta, ubicación, cirugía, y complicaciones al seguimiento. Se elaboró una hoja de recolección de datos y se realizó análisis estadístico, considerando un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Con un total de 28 pacientes, de los cuales 18 (64%) son hombres, promedio de edad de 30 años (de 17 años y rango 12 a 64 años). Tumores de localización única 23 (82%). Dentro de los sínto-

mas el dolor y aumento de volumen estaba presente en más del 90% de los pacientes. El sitio con mayor ubicación fue la rodilla con 15 pacientes (54%). El tiempo de evolución previo a la consulta fue de 3,8 años promedio (devest 5,4 años rango 2 a 240 meses). El MSTS Score promedio de los pacientes fue de 28 puntos (rango 26-30). En el 100% de los pacientes se realizó resección y todas las muestras fueron enviadas a estudio anatomopatológico. En 5 (18%) pacientes se registraron complicaciones entre las cuales destacan 2 (7%) infecciones de herida operatoria, 2 (7%) compromiso neurológico ambos recuperados y en 1 (3,5%) recidiva. En ningún caso se reporto incidencia de sarcomatización. El seguimiento promedio fue de 3 años (devest 1,6 años rango 1 a 5 años) sin datos estadísticamente significativos.

Comentarios y conclusiones: Los osteocondromas son tumores benignos, frecuentemente de localización única que se presentan de preferencia en hombres y alrededor de la rodilla. La resección es de elección para tratar la sintomatología que presentan con una baja morbilidad, con buenos scores, mayor aun cuando se realiza una consulta y manejo precoz. El estudio histopatológico debe ser realizado siempre, el cual confirma el diagnóstico.

CC-1125. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES ÓSEO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE VALDIVIA (1977-2010)

D.I. Salgado Martínez, J. Delgado Obando, P. Valdivia Carvajal, J. Carrasco Barra, D. Omerovic Pavlov, C. Carrasco Lara, M.T. Poblete, T. Benavides Tapia y J. Carpio Paniagua

Hospital Regional de Valdivia. Chile.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes (TCG) óseo es un tumor benigno, localmente agresivo representando un 5% de los tumores óseos primarios. Objetivo: analizar la experiencia local en el manejo del TCG óseo en el Hospital Regional de Valdivia de Chile desde 1977 al 2010.

Material y método: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes inscritos en el Registro Regional de Tumores Óseos de Valdivia que presenten diagnóstico histopatológico de TCG entre el año 1977 al 2010. Se analizan los datos según distribución por sexo, grupo etario y topografía. Estadío según Campanacci, fractura en hueso patológico e histopatología. Tratamientos, recidivas, metástasis y Score funcional. Se elaboró una hoja de recolección de datos para el análisis de las variables estadísticas para lo cual se empleó el programa Win Episcope 2.0., utilizando un nivel de confianza del 95%.

Resultados: 55 pacientes con TCG óseo diagnosticado confirmado con biopsia. Promedio de edad 31 años (rango 10-63 años) predominando el sexo femenino. Distribución topográfica más frecuente fue alrededor de la rodilla con 28 casos (51%). Fractura en hueso patológico 12 casos (22%). En relación a la clasificación 26 (47%) pacientes se encontraban en estadio II y el mismo número en estadio III de Campanacci. En todos los pacientes se realizó biopsia y en 22 pacientes (40%) impronta ósea, con una sensibilidad de 86%, un valor predictivo positivo de 100%, una eficacia de 85% y una prevalencia del 100%. El tratamiento con curetaje solo o asociado se empleó en 20 casos (36,3%). La resección sola o asociada se utilizó en 22 pacientes (40%). En 8 pacientes se realizó reemplazo protésico en 8 casos (15%). La amputación también se practicó en 13 casos (23,6%). La recidiva se presentó en 4 casos (7%) variando entre los 11 y 43 meses. Metástasis pulmonares se presentaron en 3 casos (5,4%). La evaluación funcional promedio con la escala de la Musculo Skeletal Tumor Society (MSTS) fue de 26 puntos.

Comentarios y conclusiones: TCG óseo es una lesión solitaria que afecta predominantemente alrededor de la rodilla con leve preferencia por el sexo femenino en pacientes jóvenes. Existe una infrecuente presentación de un estadio latente de Campanacci (5%) y la fractura en hueso patológico puede ser su primer síntoma de consulta. Su tratamiento ampliamente aceptado es el curetaje más adyuvancia con

una buena respuesta durante el seguimiento. Sin embargo, los TCG óseos pueden recidivar de preferencia posterior al año y en la etapa III de Campanacci. Además, los TCG óseos puede presentar metástasis pulmonares por lo que es necesario realizar estudio de diseminación en todos los pacientes.

CC-1126. TUMORES DE CÉLULAS GIGANTES DEL TERCIO DISTAL DEL RADIO

E. Romero Pijoan, S. Celi Díaz, F. Portabella Blavia, P. Monsonet Villa, O. Pablos González, S. López Marne y J. Casañas Sintés

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos: El tumor de células gigantes es un tumor benigno agresivo de localización epífisis que se localiza fundamentalmente a nivel de la rodilla, hombro y tercio distal del radio.

Material y método: La localización en la extremidad distal del radio muestra una gran agresividad, recidivas frecuentes y malignizaciones en algunas ocasiones. El tratamiento a este nivel es complejo, ya que en muchas ocasiones está afectada la articulación radiocarpiana. Se han propuesto varios tratamientos como los habituales para las otras localizaciones, como pueden ser el legrado seguido de injertos óseos o cemento acrílico, o actitudes más agresivas como las resecciones en bloque y la colocación de prótesis o la realización de artroplastias o artrodesis con homoinjerto y osteosíntesis con peroné vascularizado.

Resultados: Presentamos 8 casos de tumores de células gigantes localizados en el tercio distal del radio tratados con legrado y relleno con cemento acrílico y las complicaciones derivadas que han obligado a realizar artrodesis en dos de los casos.

Comentarios y conclusiones: Se discute la necesidad o no de efectuar un tratamiento agresivo como primer acto quirúrgico o bien una actitud más conservadora, reservando la resección tumoral por el momento en que se produzcan las complicaciones.

1127. SARCOMAS EN LA REGIÓN DEL CODO. EXPERIENCIA Y RESULTADOS

I. Miranda Gómez, J.V. Amaya Valero, F.F. Baixauli García, M.A. Angulo Sánchez y M.I. Moreno García

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: Dentro de causas que pueden simular una epicondilitis o un atrapamiento del nervio interóseo posterior se encuentran los sarcomas de codo. Constituyen un grupo de patología infrecuente pero de graves consecuencias funcionales y para la vida del paciente. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la presentación clínica de este tipo de sarcomas, su manejo terapéutico y los resultados de nuestra serie.

Material y método: Revisamos retrospectivamente la presentación clínica, el diagnóstico radiológico y anatomopatológico de nuestra serie consecutiva de 9 casos de sarcomas en la región del codo y su resultado vital, funcional y las complicaciones surgidas.

Resultados: Se evalúan los resultados tras un seguimiento mínimo de año y medio desde el punto de vista oncológico y funcional. En nuestra experiencia la cirugía de conservación del miembro ofrece unos resultados oncológicos similares a la amputación del miembro con mejor resultado funcional. Sólo en uno de los casos se tuvo que recurrir a la desarticulación del hombro.

Comentarios y conclusiones: Aunque sean infrecuentes, hay que tener en cuenta a los sarcomas de codo como causa de dolor a dicho nivel. Esta patología requiere de un abordaje multidisciplinar, que permite, en el momento actual, realizar una cirugía de conservación del miembro con tasas de supervivencia alentadoras.

1128. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SCHWANNOMAS

I. Jiménez Pina, G. Guerrero Álvarez, M. Pardo Coello, F. Doñate Pérez y P. Jiménez Ortega

Hospital Nuestra Señora del Prado. Toledo.

Introducción y objetivos: Los schwannomas son los tumores benignos de las vainas de los nervios periféricos más frecuentes. A diferencia del resto de tumores de partes blandas derivan del neuroectodermo, y, junto con los neurofibromas, suponen aproximadamente del 10 al 12% del total de tumores de partes blandas. Presentamos un estudio descriptivo de los schwannomas diagnosticados y tratados en nuestro centro.

Material y método: Se recogieron y analizaron las historias pertenecientes a los casos diagnosticados e intervenidos en nuestro centro cuya anatomía patológica final fue de schwannoma, recopilando los siguientes datos: sexo, edad, antecedentes personales, tiempo de evolución, localización, clínica de presentación, tamaño y complicaciones posquirúrgicas.

Resultados: Se recogieron un total de 7 casos de schwannomas entre los años 2010 y 2012, 6 hombres y una mujer. La edad media de presentación fueron 53 años. El tiempo medio de evolución fue de 8,6 meses. La clínica de presentación más frecuente fue la masa palpable con alteraciones sensitivas asociadas, localizándose más frecuentemente en el miembro inferior. En todos ellos se realizó biopsia escisional por los criterios de imagen de benignidad. Actualmente no hemos registrado recurrencias. Las únicas complicaciones postoperatorias fueron un caso de déficit sensitivo y otro de dolor neuropático.

Comentarios y conclusiones: Los schwannomas son los tumores más frecuentes de las vainas periféricas, siendo la clínica más frecuente la masa palpable con alteraciones sensitivas asociadas en miembro inferior. Los datos recogidos hasta el momento son consistentes con la literatura consultada, siendo necesario ampliar el tiempo seguimiento para documentar las tasas de recurrencia.

CC-1129. RECONSTRUCCIÓN DE RAMA ILEOPÚBICA CON ALOINJERTO DE TIBIA EN PACIENTE CON SARCOMA DE EWING. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Badiola Vargas, S. Ferrer Perión, J.A. Camacho Chacón, B. García Martínez, A. Aso Vizán, M.E. Monge Vázquez, M. Sanagustín Silano y J.F. Blanco Gómez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos: El sarcoma de Ewing es un tumor maligno de baja incidencia que afecta típicamente a adolescentes y adultos jóvenes. Su etiología es desconocida pero en la mayoría de ellos existen alteraciones cromosómicas. Pueden debutar como enfermedad ósea primaria o como sarcomas de origen extraesquelético. Nuestro objetivo es analizar el tratamiento realizado en un paciente diagnosticado de sarcoma de Ewing de pelvis.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente de 28 años derivado a nuestro centro para tratamiento de masa intrapélvica de origen esquelético dudoso y con diagnóstico anatomopatológico de sarcoma de Ewing. Tras inicio de la quimioterapia es intervenido de urgencia por peritonitis aguda con suboclusión intestinal. Durante el acto quirúrgico se le atribuye a la masa un claro origen osteomuscular. Una vez finalizada la neoadyuvancia el paciente es intervenido realizándose resección ampliada del tumor, aporte de aloinjerto de tibia y colocación de placa Matta (Striker). El resultado anatomopatológico de la muestra confirma el diagnóstico de sarcoma de Ewing grado 3 con un porcentaje de necrosis del 40% y la existencia de un ganglio linfático con micrometástasis. Tras la intervención y una vez transcurrido el tiempo necesario para su recuperación, terminó su tratamiento oncológico con quimioradioterapia.

Resultados: A día de hoy, un año después de la intervención el paciente se encuentra libre de enfermedad y sin dolor. Presenta como morbilidad paresia para la aducción de la EI.

Comentarios y conclusiones: Para el tratamiento de la mayoría de lesiones oncológicas es necesaria la existencia de un equipo multidisciplinar, más aún si se trata de tumores de baja incidencia y localizaciones atípicas. Los sarcomas de Ewing son tumores malignos que, aproximadamente en un 25% de los pacientes se presentan con enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico. Es por ello que un tratamiento exitoso exige tratamiento sistémico con quimioterapia y control local con cirugía, radioterapia o ambas.

CC-1130. TUMORES INTRARAQUÍDEOS EXTRADURALES DE COLUMNA

M.J. Hidalgo Pérez, M. Polaina Bailón, F.J. Serrano Escalante, J.M. López Puerta González y S. Rincón Cardoso

Hospitales Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los tumores intraraquídeos extradurales son poco frecuentes. Se presentan con clínica insidiosa y poco clara de evolución lenta. Son pacientes que han ido muchas veces a su médico antes de establecerse el diagnóstico definitivo. El objetivo de la comunicación es analizar la clínica, tumores más frecuentes y tratamiento de elección.

Material y método: Analizamos los casos que han sido tratados quirúrgicamente en nuestro centro de trabajo en los dos últimos años. Así mismo; hacemos una revisión bibliográfica y una puesta al día de la presentación clínica de estos tumores. Revisión anatomopatológica de los tumores más frecuentes que se manifiestan de esta forma y del tratamiento de elección y evolución.

Resultados: Presentamos dos casos clínicos. Un schwannoma a nivel de T7 en un paciente de 33 años y un schwannoma a nivel de L4 que había sido tratado previamente en otro centro y había recidivado al año de la cirugía. Presentamos los resultados postquirúrgicos, complicaciones y evolución que han tenido estos dos casos.

Comentarios y conclusiones: Los tumores de presentación intrarraquídea extradurales más frecuentes suelen ser benignos. La causa más frecuente es el schwannoma. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa por su localización sobre todo. La tasa de recidiva es mínima si se hace una buena planificación preoperatoria y la resección es completa.

CC-1131. ELASTOFIBROMA DORSI BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Casellas Basagaña, J. Rodríguez Miralles, R. Bachiller Caño y A. Pérez Pons

Consorci Hospitalari de Vic. Barcelona.

Introducción y objetivos: El elastofibroma dorsal 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. De predominio en personas que realizan esfuerzos manuales reiterativos. Generalmente es unilateral, preferentemente de lado derecho, existiendo un 10% de formas de presentación bilaterales. Presentamos un caso clínico de una mujer de 55 años que acude a nuestra consulta por tumoración elástica muy dolorosa en zona subescapular y distal a la punta de la escápula con extremidad superior derecha en anteversión. Acude con RM de pared torácica con contraste realizada 2 meses antes de la consulta siendo informada como normal.

Material y método: Debido a la evidencia en la exploración física de la tumoración se decide nuevo estudio con ecografía musculoesquelética. La ecografía muestra un bultoma subescapular derecho que

corresponde a lesión ocupante de espacio heterogénea e isoecoica, de localización intramuscular a redondo mayor que muestra desplazamiento con la contracción muscular. Respeto de la cortical ósea. Sugiere elastofibroma dorsi. Debido a encontrarnos frente una tumoración dolorosa y de crecimiento rápido se indica tratamiento quirúrgico. Se programa intervención quirúrgica, durante el tiempo de espera la paciente vuelve a consultar por aparición de tumoración de las mismas características pero de tamaño inferior en zona subescapular izquierda por lo que se indica exéresis de ambas tumoraciones.

Resultados: Se procede a escisión quirúrgica completa de ambas tumoraciones enviando tejido para estudio anatomopatológico, siendo descritas como proliferación mal delimitada de abundantes fibras de colágeno con fibras de núcleo denso eosinófilo, compatibles con elas-

tofibroma. En la revisión clínica efectuada a los 6 meses la evolución es favorable. La paciente no refiere dolor y mantiene un balance articular escapulotorácico completo.

Comentarios y conclusiones: El elastofibroma dorsal es un pseudotumor benigno raro del tejido blando, de crecimiento lento que suele localizarse en la región infraescapular y es típico en mujeres mayores. El tamaño de la lesión, la localización profunda y el apego a las costillas puede sugerir la posibilidad de sarcoma de tejido blando. Las típicas características histológicas (fibras de colágeno y fibras elásticas degeneradas junto a fibroblastos ocasionales y agrupaciones de células grasas) son diagnósticas de ésta lesión benigna. No se ha descrito la transformación maligna. El tratamiento definitivo es quirúrgico, no registrándose recidivas cuando su extirpación es completa.